



Maestría en Administración y Políticas Públicas

Tesis de Maestría

Decimocuarta promoción

La descentralización de la salud pública: ¿una estrategia de desarrollo
humano?

El caso de la República Argentina 1990-2001

Macarena Brechner Vega - Legajo N° 31.973.970

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 19 de diciembre de 2018

Director: Sebastián Essayag

Índice

Agradecimientos	5
Abstract	6
Glosario	7
Capítulo 1: Tema, problema, estado del arte, metodología y preguntas de investigación	8
1.1 Introducción	8
1.2 Estructura del trabajo	12
1.3 Estado del arte	13
1.3.1 Enfoques económico-fiscales	14
1.3.2 Enfoques administrativos	18
1.3.3 Enfoques políticos	19
1.3.4 Enfoques procesuales-multidimensionales	20
1.4 Metodología	32
1.4.1 Preguntas de investigación	32
1.4.2 Objetivos	33
1.4.3 Hipótesis de trabajo	34
1.4.4 Diseño metodológico	36
1.4.5 Limitaciones metodológicas	38
Capítulo 2: Marco teórico	39
2.1 Descentralización del sistema sanitario y gestión: la configuración en torno al concepto de equidad en salud	41
2.2 La salud como parte constitutiva del desarrollo humano	47
Capítulo 3: Antecedentes de la descentralización del sistema de salud pública de Argentina y su impacto en la equidad sanitaria (1945-2001)	54
3.1 Características del Sistema de Salud Argentino con especial énfasis en el subsistema público	54
3.2 El proceso de descentralización del sistema de salud en Argentina: su evolución histórica	57
3.2.1 El modelo “descentralizado anárquico” (hasta 1945)	58
3.2.2 El modelo centralizador (1945-1955)	58

3.2.3 La descentralización del sistema (1955-1978).....	59
3.2.4 La descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo (desde 1978)	61
3.2.5 Emergencia sanitaria y el modelo de coordinación federal (2001 en adelante)...	67
3.3 Reflexiones finales en torno al proceso de descentralización sanitaria en Argentina.	68
Capítulo 4: Análisis de caso. Gestión descentralizada de la salud en la República Argentina. ¿Éxito o fracaso en términos de equidad sanitaria?	73
4.1 Estados de salud de la población	74
4.2 Acceso a las prestaciones de salud y su calidad	83
4.2.1 El gasto en salud provincial per cápita.....	83
4.2.2 Cantidad de establecimientos públicos, camas y médicos por provincia.....	89
4.3 Compensación de las inequidades sanitarias producto del proceso de descentralización.....	101
4.4 Recomendaciones de política pública en materia de descentralización en salud con miras a la equidad sanitaria.....	104
5 Conclusiones.....	112
6 Bibliografía.....	117
7 Anexos.....	130

Índice de gráficos y cuadros

Cuadro 1: Enfoques explicativos para el concepto de descentralización.....	24
Cuadro 2: Enfoques explicativos para el concepto de equidad en salud.....	32
Figura 1: Relación entre las categorías conceptuales	35
Cuadro 3: Operacionalización de las variables	35
Tabla 1: Comparación IDH por provincia, Esperanza de Vida al Nacer, Tasa de Mortalidad Infantil y Población con Necesidades Básicas Insatisfechas para el año 1991	51
Gráfico 1: Evolución del índice de desarrollo humano por jurisdicción. Años 1991,1993, 1995, 2000 y 2014	52
Cuadro 4: Línea de tiempo del proceso de descentralización.....	69
Tabla 2: Tasa de Mortalidad infantil cada mil nacidos vivos para los años 1983 y 1992... 77	
Mapa 1: Tasa de mortalidad infantil cada mil nacidos vivos, años 1983 y 1992.....	78

Mapa 2: Esperanza de Vida al Nacer. Evolución histórica comparada, años 1992-2001 ...	79
Gráfico 2: Evolución de las defunciones en menores de 1 año cada 1000 nacidos vivos por conjunto de provincias: rezagadas y adelantadas	80
Mapa 3: Tasa Bruta de Natalidad, años 1983, 1992 y 2001	81
Tabla 3: Población no cubierta con obra social o plan médico y evolución del gasto provincial en salud per cápita: 1991 y 2000	87
Gráfico 3: Porcentaje de gasto provincial en salud sobre presupuesto total para los años 1993 y 2000	88
Gráfico 4: Gasto público en salud por nivel de gobierno, 1980-2012 (como % del PIB)...	88
Tabla 4: Cantidad de establecimientos con y sin internación del subsector público, según nivel de dependencia, años 1980 y 1995	90
Tabla 5: Cantidad de establecimientos públicos y población no cubierta con obra social o plan médico	91
Tabla 6: Ratio de distribución de camas entre la población no cubierta por plan médico u obra social, años 1995 y 2010	92
Gráfico 5: Habitantes sin cobertura privada o de obra social por cama (1995 vs 2010).....	93
Tabla 7: Óptimo de camas y presentes por provincia, años 1995 y 2010	94
Tabla 8: Cantidad de habitantes sin cobertura privada y distribución de médicos por provincia	96
Gráfico 6: Cantidad de habitantes sin cobertura privada por médico (2001).....	97
Tabla 9: Cantidad de médicos por población de cada provincia y ratio recomendado según la OMS.....	99

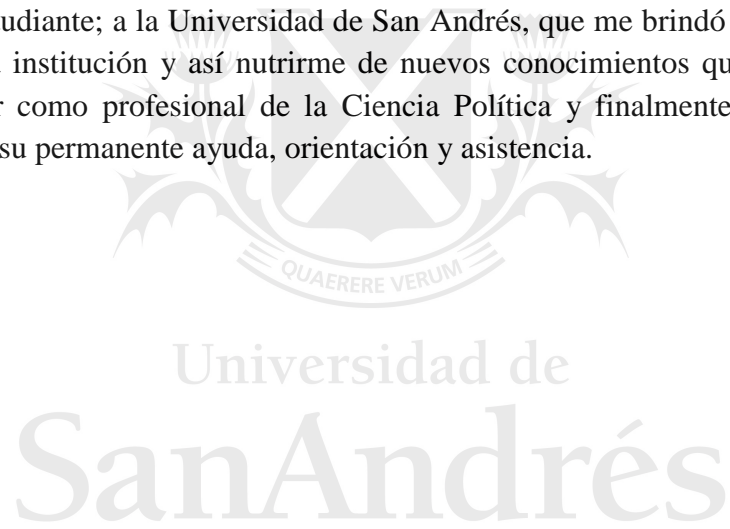
Agradecimientos

Terminar mi tesis después de tanto tiempo no hubiera sido posible sin el apoyo, amor incondicional, aliento y contención de mis padres, Bibiana y Raúl y mi hermano, Alan.

Agradezco también a mi director de tesis, Sebastián Essayag, quien con paciencia y generosidad absoluta encausó mi trabajo investigativo con el firme propósito de conseguir un producto de calidad, aportando con sus valiosas contribuciones y recomendaciones.

Hago una especial mención a mi jefe y amigo, Federico Sciola, quien me aconsejó sobre los detalles y acabados finales y me dio el coraje necesario para terminar el proceso, confiando siempre en mi capacidad y alentándome cuando me sentía abrumada o abatida.

También hago extensa mi gratitud y reconocimiento a los docentes que han guiado mi camino como estudiante; a la Universidad de San Andrés, que me brindó la oportunidad de ser becaria de la institución y así nutrirme de nuevos conocimientos que me permitieron crecer y mejorar como profesional de la Ciencia Política y finalmente, a la Lic. Diana Schumacher por su permanente ayuda, orientación y asistencia.



Abstract

El proceso de descentralización de la salud en la Argentina, acaecido durante la década del '90, mantuvo y/o reprodujo la brecha de inequidad sanitaria entre las provincias al no corregir el problema distributivo de origen, puesto que la oferta de servicios y de recursos no se adecuó a las demandas específicas locales ni garantizó una equitativa y eficiente asignación de los recursos, limitando así el acceso de la población a bienes y servicios sanitarios de calidad similar. El estudio está alineado a los enfoques teóricos que definen la descentralización como un proceso multidimensional y dinámico de reforma política, sostenido en el tiempo, que implicó la transferencia y devolución de responsabilidades, capacidades, facultades y establecimientos hospitalarios, desde la Nación a las provincias y municipios. La descentralización de la salud se hace operativa a través de una gestión descentralizada, entendida ésta como el traspaso y delegación de efectores desde el nivel central al nivel local y a la cesión de competencias hacia el interior del sistema público de salud provincial quedando así configurados niveles y redes de atención. Ello con el fin de fomentar una gestión eficiente y racional de la salud, además de promover la mejora en los niveles de accesibilidad, bienestar y calidad de vida de la población, así como también aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios. Esta tesis entiende a la equidad en salud como un concepto multidimensional, con foco no solo en la distribución justa de la atención sanitaria y el acceso a los servicios sanitarios de calidad, sino también como factor que contribuye al desarrollo humano sostenido e inclusivo.

Glosario

APS: Atención Primaria de la Salud

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

BM: Banco Mundial

CDSS: Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud

CEDES: Centro de Estudios de Estado y Sociedad

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

CIPPEC: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento

COFELESA: Consejo Federal Legislativo de Salud

COFESA: Consejo Federal de Salud

CW: Consenso de Washington

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información de Salud

FMI: Fondo Monetario Internacional

IDH: Índice de Desarrollo Humano

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

RPG: Reformas de Primera Generación

RSG: Reformas de Segunda Generación

SES: Sistema Estadístico de Salud

SESD: Sistema Intregado de Estadísticas Sociodemográficas

SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SSA: Sistema de Salud Argentino

Capítulo 1: Tema, problema, estado del arte, metodología y preguntas de investigación

“La curación es asunto de tiempo, pero es también a veces, cuestión de oportunidad”.

Hipócrates.

1.1 Introducción

A partir de la década del '90, y tras una serie de reformas en las políticas públicas de desarrollo promovidas en el marco del Consenso de Washington¹ (CW) -reformas que buscaban redefinir los programas impulsados durante los '70s- el análisis del impacto de las reformas de segunda generación (RSG) ha ocupado un lugar central tanto en el debate académico como en el debate público transformándose así en uno de los temas prioritarios de las agendas de los países en vías de desarrollo.

Las RSG implicaron medidas de carácter institucional y administrativo (modificaciones en la gestión administrativa y creación de nuevas instituciones en vistas al fortalecimiento del

¹ Entendemos por Consenso de Washington (Williamson, 2004) al conjunto de medidas, políticas y programas económicos diseñados en los '90s por los organismos financieros internacionales y los centros económicos norteamericanos, para aplicar de manera general a los países latinoamericanos (sin tener en cuenta sus especificidades y particularidades). Ello con el fin de impulsar el crecimiento económico y el desarrollo en un mundo cada vez más global. La implementación de las 10 medidas listadas a continuación se dio en un contexto post – crisis de la deuda, luego de que los países latinoamericanos entraran en default (altos niveles de desequilibrio macroeconómico a causa de balanzas comerciales deficitarias además de altos niveles de deuda externa, inflación y baja confianza en las monedas locales). El paquete de medidas macroeconómicas deseables y prescritas incorporó los siguientes ingredientes: 1) disciplina en la política fiscal, centrándose en evitar los grandes déficits fiscales; 2) redirección del gasto público hacía áreas prioritarias que promuevan la distribución del ingreso y el desarrollo, por ejemplo, servicios favorables para los pobres (pro-poor y pro-growth) como ser la educación primaria, la atención primaria de salud y la infraestructura; 3) reforma impositiva de modo de ampliar la base tributaria (incremento del ingreso fiscal por medio de la extensión de la base gravable) y adopción de tipos impositivos marginales moderados; 4) liberalización de los tipos de interés (determinados por el mercado); 5) tipos de cambio competitivos; 6) liberalización del comercio internacional por medio de la liberalización de las importaciones y la eliminación y/o reducción de las barreras arancelarias; 7) liberalización de los flujos de inversión extranjera (eliminación de barreras a los movimientos de capital trasnacional); 8) privatización de las empresas estatales (venta de empresas públicas y de los monopolios estatales); 9) desregulación de los mercados para promover la competencia: abolición de regulaciones que impidan acceso al mismo o restrinjan la libre competencia; y 10) seguridad jurídica para la protección de los derechos de propiedad privada.

Estado²) que buscaban: acompañar el nuevo modelo de mercado (liberalización económica y apertura comercial), mejorar las capacidades instaladas, transformar los incentivos para “hacer funcionar los mercados recién creados” y mejorar “el funcionamiento de los programas de bienestar social” (Ross Schneider, 2001:12). En resumen, el principal objetivo de las RSG era la transformación de la estructura institucional del Estado: abordar a la burocracia gubernamental y revitalizar y redefinir el papel del aparato del Estado en los asuntos del desarrollo económico con el fin de reducir los costos y la incertidumbre de las transacciones de modo tal que los agentes privados pudieran operar con libertad y sin riesgo.

A diferencia de la Primera Generación de Reformas (RPG), orientadas a superar los desequilibrios fiscales, de corte más coyuntural³, las RSG tuvieron un carácter de mediano y largo plazo y estuvieron dirigidas a la búsqueda de: a) eficiencia en los servicios públicos, b) efectividad; c) democratización; d) participación e involucramiento de la comunidad en la toma de decisiones (modelos participativos) y e) descentralización de las responsabilidades de provisión de infraestructura y de los servicios sociales a los niveles subnacionales (Souza y Moreira, 1999:2).

En lo que respecta al sector salud autores como Acuña C. y Chudvnosky M (2002); Cetrángolo (2007); Finot (2001); Tobar (1996); Ugalde A. y Homedes N. (2008); han estudiado las RSG hacia dentro del Estado concentrándose en los impactos de la descentralización de la salud en dimensiones tales como la modalidad y la estructura

² El Estado será factor, promotor y garante del desarrollo económico, mediante el disciplinamiento organizacional de la sociedad a través de un esquema institucional (normas, reglas, valores y pautas organizativas) que incentive el eficiente funcionamiento del mercado, y mediante la profesionalización de la función pública. El Banco Mundial (BM) (1997:1) plantea que “el Estado es fundamental para el proceso de desarrollo económico, pero no en cuanto agente directo del crecimiento sino como socio, elemento catalizador e impulsor de ese proceso”.

³ Ross Schneider (2001) agrega que las reformas de primera generación o también conocidas como reformas neoliberales o de mercado fueron medidas de ajuste para superar los graves desequilibrios macroeconómicos. Implicaron medidas de racionalización de los recursos financieros del Estado (cortes de gastos corrientes y de inversión), de liberalización del comercio y de eliminación de barreras y regulaciones, privatización y, por lo general, reducción del tamaño del Estado en cuanto a su funcionalidad y a la dotación de personal. Dichas reformas buscaban reducir la intervención del Estado en la economía de cara a su estabilización. De allí que se implementó una política de ajuste macroeconómico destinada a corregir los graves desequilibrios fiscales, y una política de cambio estructural, con miras a establecer los elementos básicos para el desarrollo del modelo de economía hacia afuera. Oszlak agrega que las reformas de primera generación tuvieron como objetivo central encoger al Estado, no necesariamente mejorarlo. Menos Estado no significaba comprimir su estructura y dotación por un simple afán racionalizador, sino porque ese aparato desarrollaba funciones y actividades que en el nuevo contexto ideológico pasaron a ser consideradas ilegítimas (Oszlak, 1999:85).

(fragmentaria) del sistema, la eficiencia del gasto, la efectividad y eficacia, la reducción de la corrupción, la participación de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud, y en los niveles de cobertura y calidad del servicio provisto.

Sin embargo, los autores anteriormente citados no han focalizado integralmente en el impacto de la descentralización de la salud en el desarrollo humano, más específicamente en lo que respecta a la cuestión de la equidad en: 1) el acceso a las prestaciones de salud⁴, 2) la calidad de las prestaciones de salud⁵ y 3) el estado de salud de la población⁶. Es preciso comentar que para conocer y medir el estado de salud de la población analizamos, de manera no exhaustiva, cuatro variables epidemiológicas (proxys) a saber: esperanza de vida al nacer, tasa bruta de natalidad, defunciones en menores de 1 año cada mil nacidos vivos y tasa bruta de mortalidad infantil. Destacamos que estos indicadores se corresponden con los utilizados por el PNUD en lo que refiere a la construcción del Índice de Desarrollo Humano (IDH) - dimensión salud- y por la Agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible de las ONU (Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, meta 3.2 y 3.3). De allí que asumimos que las variables que miden el estado de salud de una población son componentes claves del desarrollo humano.

Es así que este trabajo investigativo busca contribuir al debate sobre los efectos de las políticas de descentralización de los servicios de salud en la equidad sanitaria, entendiendo a ésta como un concepto multidimensional, que tiene en cuenta al acceso de la población a las prestaciones sanitarias, la entrega de servicios de calidad y los estados de salud de la población, ello en el marco del paradigma de desarrollo humano. También busca demostrar, para el caso argentino, que el proceso de gestión descentralizada de la salud, entendiéndolo

⁴ Para esta investigación la equidad en el acceso a las prestaciones de salud implica igual acceso al servicio disponible frente igual necesidad e igual utilización para igual necesidad. Teniendo en cuenta a Whitehead (1991:10) cualquier persona tiene igual oportunidad de ser seleccionado para recibir los servicios de atención, a través de un procedimiento basado no en la influencia social, sino en la necesidad (mismo derecho a los servicios disponibles). También implica una distribución geográfica regular y justa de los recursos y las instalaciones, basada en las necesidades de atención de la salud (evitando así la concentración en áreas urbanas más desarrolladas) y por último, la eliminación de cualquier tipo de barrera injusta e ilegítima.

⁵ Retomando a Whitehead (1991) se espera que los servicios sean provistos con los mismos niveles de profesionalidad procurando así iguales resultados.

⁶ Tobar (2003:41) afirma que la primera categoría del análisis sanitario es la situación de salud de la población puesto que constituye una dimensión de la calidad de vida y del desarrollo humano de los pueblos.

como un proceso de mesogestión⁷ que pone operativo el proceso general de descentralización, mantuvo y/o reprodujo la brecha sanitaria interprovincial ya que no garantizó ni corrigió el problema distributivo de origen entre las distintas jurisdicciones. En este sentido, la oferta de servicios y de recursos de salud no se adecuó a las demandas o necesidades específicas locales ni se garantizó una asignación equitativa, limitando así las posibilidades de la población de acceder y utilizar bienes y servicios sanitarios de calidad frente a iguales necesidades y de alcanzar así, el máximo potencial de salud.

Es dable aclarar que este trabajo realiza un abordaje desde la perspectiva de la reforma sectorial (formulaciones en materia de salud pública) pero la enmarca en el proceso de descentralización general. Parte de la noción de descentralización de la salud como un proceso sistémico, general y dinámico de reformas de política pública y no como “una característica estática que describe al sistema político o fiscal” (Falleti, 2006:320). El estudio entiende a la gestión descentralizada de la salud como un proceso específico, que operativiza el proceso de descentralización, transferencia, traspaso y cesión de facultades, competencias, capacidades, responsabilidades, recursos e infraestructura, desde el centro a la periferia. Ello en vistas de fomentar una gestión eficiente y racional de la salud y mejorar los niveles de accesibilidad acercando así la provisión de los servicios a las demandas locales/regionales y mejorando también el impacto redistributivo de los recursos (Moscoso y Moradelli, 2009:157).

En cuanto a la noción de equidad en el campo de salud, para esta tesis el concepto implica más que la simple distribución sanitaria; involucra la utilización, realización, atención y acceso a la salud integral, erigiéndose esta última como una “consideración social” más (Amartya Sen, 2002:302). Buscamos entonces superar la estrechez del concepto, relacionado a los fines específicos y procesuales, al enmarcarla en el paradigma de desarrollo humano que contempla el desarrollo del máximo potencial de la persona en vistas de que pueda llevar y vivir una vida larga y saludable, productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades (PNUD, 2002). En síntesis, este trabajo investigativo entiende

7 La gestión de la salud abarca tres niveles: la macrogestión sanitaria implica la intervención de los gobiernos en la definición de la política pública sanitaria en vistas de aumentar la equidad y corregir disfunciones del sistema. La mesogestión sanitaria o gestión de centros es la desarrollada por las instituciones sanitarias con el objeto de generar salud a través de la prestación de un servicio, fomentando la coordinación con otros niveles y sectores, y finalmente la microgestión sanitaria refiere a la gestión clínica de los profesionales de la salud.

a la equidad en salud como un concepto multidimensional que incluye no solo la distribución de la atención sanitaria y el acceso a la salud sino también aspectos relacionados con el logro de una buena salud y una vida sana.

1.2 Estructura del trabajo

La presente tesis se encuentra estructurada en cinco capítulos.

El primero recupera los antecedentes bibliográficos y cuerpos de literatura relevantes para los objetivos esta investigación, así como los principales marcos explicativos. Para ello recorreremos aproximaciones ligadas a diferentes concepciones filosóficas y ético-valorativas sobre todo en lo que respecta al concepto de equidad en salud que es retomado por distintas corrientes ideológicas. Asimismo, damos cuenta de cuál es el problema investigativo, la pregunta de investigación que guía el estudio, los objetivos, la hipótesis de trabajo y la metodología. También aclaramos las principales limitaciones metodológicas.

En el segundo capítulo detallamos las consideraciones teóricas que subyacen al análisis. Presentamos los antecedentes conceptuales que definen qué entendemos por descentralización del sistema de salud y por gestión descentralizada, haciendo referencia al macroproceso de descentralización acaecido en América Latina. También exponemos los antecedentes teóricos que definen el concepto de equidad en salud. En un último apartado analizamos el rol sustancial que cumple la salud en el desarrollo humano y la estrecha relación entre este último y la equidad sanitaria.

En el tercer capítulo tratamos las características principales del sistema de salud argentino, centrándonos especialmente en el subsistema público y en la etapa que se extiende desde 1990 a 2001 (puesto que no tenemos acceso a datos cuantitativos completos para los años anteriores). Realizamos un breve relato sobre el marco analítico desde el cual diversos autores que estudian la temática han pensado los procesos de descentralización en el país, dando cuenta de la evolución del mismo y de los hitos que marcan cada una de las etapas que lo componen.

En un cuarto capítulo analizamos el caso argentino en lo que respecta a la descentralización de la salud pública y sus impactos en términos de equidad sanitaria. Trabajamos datos

claves relacionados con variables epidemiológicas, sanitarias, demográficas, socioeconómicas, financieras y físicas a modo de construir indicadores para cada una de las tres dimensiones que hacen a la equidad en salud y así evaluar los resultados del proceso. Esto último permite indicar si la planificación y la gestión sanitaria descentralizada tuvieron en cuenta la equidad en salud y si reprodujo la brecha sanitaria y territorial preexistente. También formulamos una batería de recomendaciones generales de política pública basadas en el análisis crítico del proceso de gestión descentralizada de la salud llevado a cabo en la Argentina y la (in)equidad sanitaria que generó.

Cerramos nuestra investigación con un quinto y último capítulo, donde exponemos las principales conclusiones que dan respuesta concreta al problema que originó esta investigación.

1.3 Estado del arte

Esta tesis se inscribe dentro de la literatura general sobre descentralización en el sector salud y desarrollo humano. El problema de investigación del presente estudio remite a la gestión descentralizada del sistema de salud, erigiéndose ésta como variable independiente y explicativa y a la equidad en salud, en términos de acceso, calidad de la atención y estados de salud, como variable dependiente.

Entendemos al proceso de descentralización de la salud en la Argentina como uno sistémico, de carácter macro, prescriptivo, el cual fija los lineamientos de política sanitaria nacional de modo de aumentar la eficiencia, la equidad y corregir las disfunciones propias del mercado. El mismo se operativiza en el concepto de gestión descentralizada de la salud, proceso de carácter meso que se refiere a la transferencia y traspaso de facultades, competencias, responsabilidades, recursos y establecimientos hospitalarios desde la Nación (nivel central) a las provincias y municipios (nivel local) y a la cesión de competencias hacia el interior del sistema público de salud provincial, quedando así reconfigurados los niveles y redes de atención⁸.

⁸ Tanto en el año 1978 como en 1992 se lleva a cabo la transferencia de establecimientos hospitalarios, 65 en la primera etapa y 20 en la segunda. En ambas ocasiones predominan los objetivos financieros, como ser el de

Ahora bien, la literatura ofrece variadas explicaciones acerca del proceso de descentralización acaecido en la Argentina en general y de la descentralización del sistema de salud en particular (Acuña C. y Chudvnosky M (2002); Boisier (1990); Cetrángolo (2007); Di Gropello E. y Cominetti (1998); Finot (2001, 2007); Maceira (2005, 2009); Tobar (1996); Ugalde A. y Homedes N. (2008); Vilas (2003)). Autores como Moscoso y Modarelli (2009); Finot (1999); Montecinos, (2005) dan cuenta de las diversas causas y tipos de descentralización configurando distintas corrientes o enfoques explicativos de carácter general.

Entre las distintas líneas de investigación y perspectivas más generales que contribuyen al estado de conocimiento de la cuestión y que se erigen como antecedentes directos del tema, encontramos los siguientes:

1.3.1 Enfoques económico-fiscales

Estos plantean a grandes rasgos que la toma de decisión descentralizada mejora la eficiencia en la provisión de bienes y servicios públicos dado que responde a la agregación de preferencias individuales (hacerlo para cada una de estas preferencias de manera unilateral constituiría un problema de eficiencia). En contraposición a los bienes públicos, los privados deben ser provistos por el mercado respondiendo así, con precisión, a las preferencias individuales claramente explícitas (Samuelson, 1954). A su vez, cuanto más homogéneas y pequeñas se presenten las comunidades, más eficiente es la provisión de bienes y servicios, por lo que se le permite a la población moverse de acuerdo a sus preferencias— *“votar con los pies”*— (Tiebout, 1956). Paralelamente esta clase de enfoques postulan que, si el gobierno subnacional posee el control sobre una determinada región, esto puede facilitar la captación por parte de éste de las necesidades y preferencias de la comunidad, internalizando así los costos y los beneficios del suministro (Oates, 1977). Bisang y Cetrángolo (1997) adhieren a este enfoque y comentan acerca de la necesidad de que la descentralización y la transferencia sean acompañadas por mecanismos de

lograr el equilibrio fiscal, por medio de la reducción del gasto social, por sobre los requerimientos de la política sectorial en salud.

compensación financiera. Esto implicaría una redefinición de las relaciones financieras y fiscales entre la nación y las provincias.

Las principales corrientes que estudian y explican el proceso de descentralización desde los enfoques económico-fiscales son:

El Federalismo Fiscal cuyos principales exponentes son Samuelson, 1954; Oates, 1977; Musgrave; 1983, 1989; y Centrángolo, 1997, entre otros, y cuyos principales argumentos fueron expuestos en el párrafo anterior. Este enfoque asocia la descentralización con la coparticipación de los gobiernos locales en las finanzas nacionales y con la capacidad de estos de recaudar a través de impuestos subnacionales. Es así que las provincias ejercen funciones de gasto y son responsables de la obtención de ingresos. Los impuestos que pagan los individuos deben estar relacionados con los beneficios que reciben y las transferencias intergubernamentales sólo deben darse hacia aquellas regiones más desfavorecidas que no pueden proveerse de servicios públicos satisfactorios (Montecinos, 2005 citando a Rojas, 1999).

La desventaja que observamos es la diferencia de ingresos entre las distintas unidades subnacionales y, por ende, la diferencia en el tipo y calidad de prestación que pueden ofrecer. De allí la necesidad de homogeneizar y resolver las desigualdades mediante la implementación de un sistema de transferencia que puede ser de carácter condicionado o no condicionado.

La teoría de la Elección Pública o “*Public Choice*” (Buchanan, 1986), basada en algunos elementos de la teoría neoclásica, plantea que la ciudadanía elige entre diversas opciones y según los costos, de modo de lograr un óptimo paretiano o una solución eficiente. Los estudios centran su análisis en el individuo como agente racional que se comporta y elige basado en sus preferencias particulares y con el objetivo de maximizar su utilidad, es decir aumentar su bienestar -no así el bienestar general-. Los individuos se comportan según los incentivos positivos y negativos del contexto. No obstante, surgen soluciones cooperativas - como ser los bienes públicos- que mediante acuerdos que regulen su intercambio y competencia y mecanismos que hagan cumplir el contrato (por ejemplo, mecanismos de

disciplinamiento), evitan la aparición de *free-riders* o *polizones* y permiten así, llegar a unas decisiones sociales eficientes.

El marco institucional surge entonces como un mecanismo que canaliza intereses y decisiones individuales de modo de contribuir al interés colectivo y ciudadano (Peters, 1999). Estas consideraciones teóricas apoyan a las del Federalismo Fiscal en lo que respecta a la provisión de bienes públicos de manera descentralizada: el *delivery* es más eficiente cuando las comunidades son más pequeñas ya que reducen la intermediación y el proceso de asignación se ajusta a las preferencias ciudadanas (Finot, 2001)

La teoría del principal-agente (*principal-agent problem* or *agency dilemma*) ayuda a entender el proceso de descentralización entre la Nación (Principal) y el orden subnacional (Agente) y permite reflejar cómo el primero cede la defensa de su interés, delegando en los últimos, funciones, recursos, potestades, etc. (Arredondo Salinas, 2011). Moscoso y Modarelli (2009:158) agregan que la herramienta permite modelizar el proceso de descentralización puesto que existen sistemas de transferencias interjurisdiccionales destinados a compensar las diferencias entre ingresos y gastos de gobiernos subnacionales, sujeto al cumplimiento de condiciones preestablecidas. Esta teoría colabora en el análisis del comportamiento de los actores (Nación-Provincia) dando cuenta de las diferencias en cuanto a la posesión y la calidad de la información y de las asimetrías resultantes.

En síntesis, los gobiernos subnacionales están en una mejor posición ya que conocen las condiciones locales y saben de sus prioridades, esto trae aparejado cierto riesgo moral de que se utilicen los recursos de la Nación en función de las preferencias de la provincia o jurisdicción (Daniel Levinthal, 1988) ya que el Agente suele tener sus propios intereses y cierta información con la que el Principal no cuenta.

Finalmente, la teoría neo institucional (Douglas North, 1990; Barry R. Weingast, 1995) plantea que para que la provisión de servicios funcione de manera eficiente, es prioritario generar un contrato o convenio social mediante el cual se definan las reglas de juego. Estas normas (formales e informales) deberán ser obedecidas por todos y reforzadas con mecanismos que las hagan cumplir, como ser las instituciones. Cabe destacar que cuanto más perfectas sean, menores serán los costos de transacción.

El enfoque neo institucional plantea que una política pública como es la descentralización del sistema de salud es pieza fundamental para promover eficiencia y desarrollo local. Sin embargo, tanto la eficiencia como el desarrollo local avanzan cuando existe determinado grado de madurez institucional y consolidación de las normas, ya que éstas hacen a la reducción de los costos de transacción.

Es así que las instituciones surgen y funcionan para disciplinar a los actores, forman parte de un sistema de incentivos y constricciones a partir de los cuales los sujetos individuales o colectivos definen su estrategia y su accionar. También proporcionan previsibilidad, reduciendo el margen de incertidumbre y reducen los costos de transacción, es decir los costos de monitorear y reforzar los acuerdos (Putnam, 1993), venciendo así posibles problemas de oportunismo. Las instituciones entonces ofrecen seguridad a los agentes económicos y reducen la imprevisibilidad y volatilidad que caracteriza a los mercados.

Asimismo, este enfoque plantea cierto nivel de autonomía relativa del Estado en lo que refiere al desarrollo de instituciones de carácter formal o informal (sistemas simbólicos, valores, códigos, cultura), que obedecen al contexto socioeconómico y político en vistas al desarrollo económico.

Arredondo Salinas (2011:14) agrega que una “asignación eficiente de recursos públicos va a depender, en buena medida, de la adecuada asignación de derechos de propiedad, es decir, competencias y atribuciones para que cada nivel de administración provea de acuerdo a su capacidad”.

Es dable destacar que la teoría neoinstitucional se nutre de distintas ciencias, entre ellas la sociología, la ciencia política, la economía y la historia. Cada especialidad da cuenta del uso de las instituciones desde una perspectiva distinta (Peters, 1999). De allí que encontramos modelos como el de la “racionalidad limitada” (Simon, 1983) donde los cálculos del sujeto están restringidos por limitaciones de carácter cognitivo, psicológicas y de acceso y calidad de la información; el “neoinstitucionalismo histórico” (North, 1990), que considera a las instituciones como reglas de juego formales e informales (rutinas, costumbres y tradiciones) que reducen la incertidumbre y dan un marco de racionalidad puesto que estructuran incentivos y, por ende, determinan el desarrollo humano. Este

modelo opera bajo supuestos como ser: la calidad y el costo de la información, los marcos conceptuales e ideologías previas y la imperfectibilidad de los acuerdos, que derivan todos ellos en “costos de transacción”. De este modo, reglas claras, eficientes y flexibles traducidas en mecanismos de coordinación, control y seguimiento, permiten reducir dichos costos y operar de manera más eficiente y previsible. Es así como, ante la transferencia y delegación de competencias del gobierno nacional al gobierno local, no solo debe haber un traspaso de recursos para el adecuado cumplimiento, sino que también deben plantearse mecanismos de coordinación y seguimiento que controlen el cumplimiento de los acuerdos (Arredondo Salinas, 2011).

Es importante recalcar que la teoría neoinstitucionalista también contempla al cambio institucional como un proceso gradual e incremental con el objetivo de maximizar los beneficios, sin embargo, esto trae aparejado altos costos (efectos de apredizaje y de coordinación, además de “expectativas adaptativas”) (North, 1990). No obstante, el cambio institucional es visto como un nuevo punto de equilibrio que traerá consigo nuevas limitaciones informales y formales.

1.3.2 Enfoques administrativos

Éstos proponen una reasignación de responsabilidades tal que promuevan un incremento en la eficiencia, la equidad y la calidad de la administración pública (Ugalde y Homedes, 2008) y, por ende, en la mejora en las prestaciones ofrecidas por dicho sector (Rondinelli, 1989 citando a Finot 2001; Cheena y Rondinelli, 1983). Sin embargo, la descentralización administrativa no necesariamente implica que la decisión sea trasladada al ámbito local, no basta con la simple transferencia de competencias y responsabilidades: no hay autonomía en cuanto a la decisión política de asignación.

Según Rondinelli (1989) descentralización implica “la transferencia de responsabilidades de planificación, gerencia y recaudación y asignación de recursos, desde el gobierno central y sus agencias a unidades territoriales”. Finot (2001:34) distingue cuatro formas principales

o grados de descentralización: (i) desconcentración, (ii) delegación, (iii) devolución y (iv) privatización⁹ o regulación.

- i. Desconcentración: implica la redistribución de poder de decisión y de responsabilidades financieras y de administración entre varios niveles del gobierno central hacia unidades locales/regionales.
- ii. Delegación: transferencia de poder de decisión y administración – incluidas responsabilidades financieras- sobre funciones públicas a organizaciones no totalmente controladas por el gobierno central pero responsables ante el mismo.
- iii. Devolución: transferencia de autoridad, financiamiento y administración hacia gobiernos locales que cobran sus impuestos y tienen independencia para tomar decisiones de inversión y gestión.
- iv. Privatización: implica que los servicios sean provistos por actores privados y organizaciones sociales o comunitarias dejando la entrega a la libre competencia económica.

Por su parte, Boisier (1990) distingue tres formas de traspaso de competencias desde un punto de vista administrativo: descentralización, desconcentración y deslocalización. Este último implicaría el traslado de las actividades administrativas sin por ello trasladar el poder de decisión.

Falleti (2006) indica que la descentralización administrativa puede implicar la delegación de la autoridad decisoria y puede coincidir con la descentralización fiscal, en el caso de que le sean transferidos al orden subnacional los ingresos para solventar la prestación y los costos propios de la administración.

1.3.3 Enfoques políticos

Éstos hacen hincapié en la delegación de la autoridad política y habilitan la posibilidad de reformar la constitución y/o reformar el sistema electoral. Estas reformas se corresponden

⁹ Algunos autores como Boisier (1992), plantean que privatizar es un acto formal de descentralizar puesto que implica “traspasar funciones a un ente dotado de una personería jurídica distinta de aquel que previamente era responsable de la producción o prestación”. Se pueden privatizar funciones públicas, competencias administrativas o medios de producción (Von Haldenwang, 1990).

al tercer nivel -R3¹⁰- puesto que “definen los procesos de participación política y decisionales” (Acuña & Repetto, 2007:8). Se transfiere así el poder a las instituciones del gobierno local para la toma de decisiones relacionadas con los ingresos y el gasto público, de cara a la provisión de bienes y servicios públicos.

1.3.4 Enfoques procesuales-multidimensionales

Autores como Oszlak conceptualizan la descentralización como “un *proceso* que implica la devolución o transferencia hacia los niveles inferiores del Estado, pero, al mismo tiempo, implica mantener y fortalecer algunas funciones de los Estados centrales” (Oszlak & Serafinoff, 2011:3) (la cursiva es nuestra). Siguiendo esta línea, pero complementándose con argumentos de otros enfoques explicativos como ser el económico-fiscal (en lo que respecta las necesidades y preferencias de la comunidad), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) agrega que lo que está en juego es la *transferencia de las responsabilidades administrativas, políticas y financieras* a los niveles subnacionales de gobierno (PNUD, 2006:21), ello con el fin de flexibilizar la estructura del Estado y hacerlo más *permeable a las demandas ciudadanas y a las cuestiones propias del ámbito local* (la cursiva es nuestra).

Este organismo define la descentralización como un *proceso multidimensional*, es decir como un proceso político ya que está en juego la distribución de poder entre niveles de gobierno en lo que respecta a la toma de decisiones y las definiciones de política pública; como uno administrativo puesto que distribuye competencias y funciones entre los ordenamientos otorgándoles capacidad de ejecución e implementación sea por medio de la desconcentración, la delegación o la devolución; como uno fiscal dado que determina la (re)asignación de recursos materiales y económicos y competencias fiscales para ejecutar lo planificado a nivel político. Ello mediante transferencias intergubernamentales, crédito público, como así también mediante la capacidad y autonomía para generar rentas o ingresos propios – impuestos y/o tasas-.

¹⁰ Según Acuña y Repetto (2011:7) las Reglas de tercer nivel, R3, son aquellas que gobiernan las de menor nivel (R2) que determinan las de todavía menor nivel (R1). Las instituciones de nivel R3 son las que definen quienes y cómo se hacen las reglas generales; definen la naturaleza del régimen político, de la sociedad y del mercado. Ejemplos de R3 formales son las Constituciones y, en muchas ocasiones, dependiendo del peso específico de sus contenidos, los Pactos Fiscales.

Autores como Amartya Sen (1979), plantean que la estrategia de gestión pública debería generar impactos positivos: a) en la gestión central del Estado y en el desempeño subnacional, y b) en el desarrollo humano, puesto que la descentralización busca expandir las libertades reales de la población mediante la eliminación de las brechas y mediante la implantación de procesos equitativos y participativos que garanticen a los ciudadanos el acceso homogéneo a un mismo nivel de bienes públicos básicos a lo largo y ancho del territorio nacional.

La descentralización pretende, por un lado, reducir los niveles de exclusión de los sectores sociales menos favorecidos en la distribución socioeconómica ya que los servicios estatales se vuelven accesibles a todos los ciudadanos, al ser gratuitos, al estar “más cerca” y al fomentar nuevas herramientas de participación e involucramiento. Y, por otro lado, procura achicar las brechas de desarrollo entre los territorios subnacionales ya que la disparidad entre los mismos afecta la provisión y el acceso a bienes y servicios públicos, generando así graves desequilibrios regionales.

Adhiriendo al planteamiento del PNUD observamos que, en la práctica, “no todos los territorios cuentan con las mismas capacidades de gestión que el nivel central, y este en la mayoría de los casos, no dispone de los recursos suficientes para compensar (dichos) desequilibrios” (PNUD, 2006:55). No debemos perder de vista entonces que la equidad sanitaria involucra una distribución igualitaria de las capacidades y de las actividades de salud para los diversos grupos de la población, de modo de que se compensen las desigualdades sociales y regionales presentes.

En otro informe (PNUD, 1993 citando a Finot, 2001), se distinguen dos formas de descentralización: una horizontal (entre unidades de un mismo nivel de gobierno) y otra vertical (unidades de distinto nivel), lo que implica: 1) desconcentración (a niveles inferiores de la administración central), 2) delegación (a gobiernos locales o a agencias paraestatales) y 3) devolución (a autoridades locales). Otras posturas (Modarelli y Moscoso Nebel, 2009) solo dan cuenta de dos de las dimensiones de la descentralización: a) una económica: la descentralización como modo de lograr eficiencia en la asignación de los recursos y en la provisión de bienes y servicios, y otra b) política-administrativa: como

forma de mejorar la democracia, la participación y la descongestión o desconcentración de poder.

Finot (2001:7) expone que la descentralización política remite al traslado del proceso de revisión de bienes públicos desde el ámbito nacional hacia ámbitos subnacionales, y la descentralización económica refiere a la transferencia de procesos de producción a la competencia económica. A diferencia de los autores anteriormente citados, Finot argumenta que la participación democrática ciudadana queda relegada a la simple participación económica a fin de solventar el gasto. Siguiendo su planteamiento, en ambos casos hay transferencias de decisiones sobre asignación, en la primera sobre provisión, y en la segunda sobre la producción. Asimismo, agrega otro tipo de descentralización, la operativa, que implica la “transferencia de competencias de operación de decisiones sobre provisión a administraciones territoriales o a administraciones funcionales del mismo nivel” (Ibíd., 2001:41).

En tanto Boisier (1990, 1992) argumenta que existen tres tipos de descentralización: funcional, o “reconocimiento de competencias específicas o delimitadas a un solo sector de actividad”; territorial, o “traspaso de poder decisional a órganos cuyo ámbito de actuación o cuya jurisdicción está constituido por un territorio o localidad”; y finalmente política, cuando el cuerpo descentralizado se genera mediante procesos electorales.

Como hemos de observar, gran parte de la literatura sobre la descentralización segmenta el proceso en cuanto a sus dimensiones. En este sentido, si se toman sólo algunos de sus componentes, el análisis y tratamiento de un proceso dinámico se realiza de manera parcial y sesgado.

No obstante, algunos de los autores nombrados - Finot (2001) y Falleti (2006) y el PNUD, (2006), conjugaron las distintas dimensiones de la descentralización (la dimensión política, administrativa/operativa y económica) erigiendo así, una posición dinámica, integradora y superadora. Caracterizar a la descentralización como un proceso multidimensional (Falleti: 2006, Montero y Samuels, 2004, PNUD, 2006), gradual y multicausal, supone analizar las “interacciones entre las distintas clases de descentralización (administrativa, fiscal y política) tal como evolucionaron en el tiempo” (Ibíd., 2006:319).

Es así como autores como Falleti logran superar la versión sesgada y parcial de la descentralización que trata cada una de las categorías por separado o solo alguna. Siguiendo esta posición, en esta tesis analizaremos a la descentralización como un proceso dinámico, donde intervienen diversos aspectos y actores colectivos de carácter social y político con intereses definidos según el nivel de gobierno al que pertenezcan y las características de la unidad territorial en cuestión, con motivaciones y preferencias distintas dependientes del tipo de descentralización¹¹. Esto permitirá analizar un proceso gradual y sostenido en el tiempo, de manera integral dando cuenta de los equilibrios y desequilibrios de poder inter e intragubernamental.

Con base a la evidencia recogida, esta investigación define entonces a la descentralización como “un proceso de reforma del Estado compuesto por un conjunto de políticas públicas que transfieren responsabilidades, recursos y/o autoridad de los niveles más altos de gobierno a los más bajos” (Falleti, 2006:320). Además de ser un proceso dinámico, observamos que la descentralización es un proceso de carácter secuencial ya que creemos que los resultados del proceso descentralizador son dependientes de la trayectoria e historia de reforma además del contexto y del tipo de Estado.

El cuadro adjunto a continuación resume los principales enfoques y los aportes de cada corriente a la hora de explicar el concepto de descentralización. Ello a modo de sintetizar lo desarrollado en los párrafos anteriores.

¹¹ Falleti (2006:325) plantea que cuando “al inicio del proceso de descentralización prevalecen los intereses de las autoridades nacionales (Poder Ejecutivo-Gobierno central), es probable que el primer tipo de descentralización sea administrativa. Si el traspaso de responsabilidades no se acompaña de recursos fiscales, el poder ejecutivo nacional fortalecerá su poder frente a los funcionarios subnacionales, quienes dependerán en mayor medida de las transferencias del gobierno central. Si el proceso de descentralización continúa, el presidente preferirá que la siguiente sea una descentralización fiscal y no política” (A (1978)→F (1988)→P (1994)). Esta fue la secuencia que sigue la Argentina entre 1978 y 1994: los gobernadores tenían mayores responsabilidades, menores recursos fiscales sin que se modificara su autoridad política (Idem, 2006:345) volviéndolos más dependientes del gobierno central y fortaleciendo éste su dominio sobre los gobiernos subnacionales.

Cuadro 1: Enfoques explicativos para el concepto de descentralización

Enfoques	Corrientes	Principales aportes
Económico-Fiscales	Federalismo fiscal	Comunidades pequeñas y homogéneas responsables de recaudar impuestos Mecanismos centrales de compensación financiera ante las diferencias entre comunidades
	Public Choice	Individuo como agente racional que basa sus decisiones en sus preferencias particulares Soluciones cooperativas Marco institucional para canalizar intereses individuales y contribuir al interés colectivo
	Principal-agent	Delegación de funciones por parte del Principal (Nación) en su agente (Provincias) Agente con mejor posición para la toma de decisiones (información) Riesgo moral de que se utilicen los recursos del principal en función de las preferencias del agente
	Neo - institucionalismo	Contrato o convenio social mediante el cual se definen las reglas de juego Instituciones como mecanismos que hacen cumplir los contratos (incentivan y disciplinan) y reducen los costos de transacción (incertidumbre)
Administrativos	-	Reasignación de responsabilidades para incrementar la eficiencia y equidad en las prestaciones No hay autonomía en cuanto a la decisión política de asignación de recursos
Políticos	-	Delegación de autoridad política a los gobiernos locales Puede implicar cambios en la Constitución o en el sistema electoral
Procesuales- multidimensionales	-	Transferencia de las responsabilidades administrativas, políticas y financieras del centro a la periferia Proceso gradual, dinámico, integral, multicausal y secuencial. Supone analizar las interacciones entre todas las dimensiones

Fuente: Elaboración propia.

El concepto de “equidad en salud” surge por primera vez de la meta establecida por “Salud para todos” de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud -OMS- en 1977 y de la “Declaración Alma Ata” de 1978.

Es en este documento donde se plantea alcanzar una mayor equidad en el acceso a la salud, reconociendo que los problemas sanitarios tienen su origen en aspectos económico-sociales y en la ausencia de verdaderas políticas de salud. Esboza que la salud es un derecho humano fundamental y la consecución de un nivel de salud alto es un objetivo social prioritario cuya realización requiere de la acción y coordinación de los sectores sociales y económicos además de una amplia participación del sector sanitario, ello en vistas al desarrollo nacional y comunitario.

Por su parte, la OMS relaciona el concepto de la equidad con el de justicia social y el logro de la accesibilidad de la población a los servicios de salud, dado que conciben que todo ser humano debe tener una “oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud” y ninguno de ellos “debe estar en desventaja para alcanzarlo” (Whitehead, 1991:45).

Consideran a toda diferencia o desigualdad¹² en salud como innecesaria y evitable además de arbitraria e injusta (la inequidad tiene una dimensión moral y ética¹³), por lo que un acceso inadecuado a los servicios elementales de salud entraría en esta última clasificación.

Paralelamente, varias agencias internacionales y organizaciones como ser la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial y la Fundación Rockefeller comenzaron a desarrollar para finales de la década de los '70s un programa denominado "Equidad en Salud"¹⁴ erigiéndose éste en eje central de la cooperación técnica (Spinelli et al., 2002).

El objetivo de este programa es reconceptualizar el concepto de Equidad en Salud, superando así las situaciones de ambigüedad y confusión terminológica ((in)equidad vs (des)igualdad). También deja de lado las diferencias biológicas, de estilos de vida individuales o colectivos, las posiciones sociales u otras circunstancias determinadas por factores sociales. Observa que existen pruebas suficientes y consistentes para aseverar que los grupos más desfavorecidos tienen menos oportunidades de supervivencia y una esperanza de vida más corta, así como diferencias en la experiencia de la enfermedad (los grupos vulnerables suelen sufrir una carga más pesada de enfermedad y discapacidad)¹⁵.

Es así como las nombradas organizaciones buscan instaurar el concepto de equidad en las agendas, unificando criterios de definición y conceptualización, operacionalización y tipologías, sistematización de indicadores y de su medición, e instalando herramientas de monitoreo y evaluación. Sin embargo, surgieron discusiones posteriores en torno a la (in)equidad en el nivel y la calidad de la salud de diferentes grupos poblacionales y la (in)equidad en la prestación y distribución del servicio de salud.

Según lo planteado por OMS, los "Estados deben intentar reducir las brechas evitables en los servicios de salud entre los grupos con diferentes niveles de privilegios sociales" (Linares Pérez & López Arellano, 2008:221). El objetivo de una política sanitaria con miras

¹² Observamos que en la literatura existe cierta ambigüedad acerca del término desigualdad, algunos autores lo emplean para transmitir un sentimiento de injusticia, otros en sentido puramente matemático.

¹³ La reducción de las inequidades se fundamenta en los derechos humanos y son asuntos de justicia social.

¹⁴ Según Whithhead (1991) y Spinelli et al. (2002), la equidad en salud supone que el sujeto debe tener la oportunidad justa para lograr su potencial en salud y que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que pueda evitarse.

¹⁵ Destacamos que para calificar a una situación como inequitativa se deben estudiar y examinar las causas que la generan, situadas en el contexto de lo que le sucede al resto de la sociedad.

a la equidad debe orientarse a reducir y/o eliminar todas las diferencias en salud resultantes de factores considerados como evitables e injustos, creando las mismas oportunidades de atención y salud para todos los habitantes, sin importar su posición socio económica, su condición racial, de género o religiosa.

Es con la constitución de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2005-2008) (CDSS) de la OMS que se comienza a abordar la inequidad en salud desde un enfoque intersectorial de los determinantes sociales. El propósito de esta Comisión es reunir evidencia científica para crear un movimiento global por la equidad en salud.

Solar (2010) plantea que existen dos tipos de determinantes sociales: los *estructurales*, productores primarios de estratificación y divisiones sociales. Entre ellos ubica a las políticas macroeconómicas, las relativas al campo de la educación y la salud, las políticas sociales, entre otras. Estas generan como resultado diferenciaciones en ingreso, etnia, clase social, etc; y los determinantes *intermedios*, que no son causantes primarios, sino que moduladores de la equidad. Ubicamos en este grupo a las circunstancias materiales - condiciones de trabajo y de vida-, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y a propiosistema de salud. Es dable agregar que los determinantes estructurales operan a través de los determinantes intermedios con el objetivo de producir resultados sanitarios.

El marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud supera al paradigma biomédico (centrado en los problemas de salud y que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario) y plantea que para abordar cuestiones de equidad hay que ir más allá de las políticas sanitarias. La mirada debe estar puesta en aquellos factores que afectan de manera directa o indirecta la salud de las personas y que causan la inequidad, como ser: el medioambiente, los ingresos, la educación, las condiciones laborales y habitacionales, el acceso a servicios, entre otros tantos.

De esta manera, la problemática de la equidad en salud no pueda resolverse integralmente desde el sector salud puesto que se trata de una cuestión social más, que trasciende al sector y cuya solución depende no solo de decisiones políticas, sino también de la asignación de recursos y de acuerdos justos (Spinelli, 2002).

En esta misma línea, el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 propone la “Salud en Todas las Políticas” como modo de abordar de manera integral, intersectorial y multilateral a los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud a modo de promover un desarrollo sostenible mediante el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Es en la resolución WHA67.12 de la OMS donde se insta a los ministerios de salud de los Estados Miembros a que fomenten la salud y promuevan la equidad sanitaria adoptando medidas eficaces con relación a los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

En el Informe Final de la CDSS (2008) se sugiere que equidad en salud y determinantes sociales de la salud son dos conceptos íntimamente ligados entre sí, dos caras de una misma moneda: la equidad en salud es expresión de justicia social y se consigue cuando cada persona tiene la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie es excluido o queda en desventaja para alcanzar tal potencial por razón de su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas. Por ello, para mejorar la equidad en salud es imperioso cambiar la distribución y rol de los determinantes sociales de la salud¹⁶.

Finalmente, la sinergia entre los determinantes sociales de la salud y la perspectiva de los derechos humanos queda plasmada de manera integral y transversal en la Agenda de Desarrollo Sostenible promovida por las Naciones Unidas, en sus 17 objetivos y 169 metas que se proponen alcanzar y medir a través de 231 indicadores. Esta sinergia hace que la Agenda 2030 quede centrada en torno al concepto de equidad y en la generación de una sociedad más inclusiva (principios que priman en la misma). El principio de equidad se erige como imperativo rector y ético para orientar, informar y definir las prioridades de la acción política en materia de salud. El mismo inspira la esencia de universalidad e inclusión social requerida para la implementación de la Agenda y de cara a alcanzar sus objetivos (Becerra-Posada, 2015).

Cabe destacar que la mayoría de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que conforman la Agenda están relacionados directa o indirectamente con la salud ya que no es solo un fin en

¹⁶ Dicho informe plantea que la eliminación de las ubicuas inequidades en la salud solo se puede conseguir a partir de la acción sobre los determinantes sociales de la salud (Becerra-Posada, 2015:1).

sí mismo sino un medio para lograr otras metas. Es condición *sine qua non* para el desarrollo y para la justicia social.

La salud ocupa el Objetivo 3: «garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades» y queda operativizado en 13 metas que buscan lograr una cobertura sanitaria universal y un acceso a una atención de salud de calidad asegurándose de que nadie quede excluido y de que todos tengan las mismas oportunidades para llevar una vida saludable, digna y gratificante.

La equidad en salud es asunto fundamental, sustento y condición para la sostenibilidad del desarrollo puesto que es expresión de justicia social al plantearse como meta crear oportunidades iguales de salud. Observamos entonces que la inequidad en salud resulta ser una clara amenaza para la gobernanza de la Agenda 2030.

En lo que respecta a los grandes cuerpos de literatura de la filosofía política que refieren a la definición de equidad en relación a la justicia social, podemos observar la existencia de varios enfoques y corrientes filosóficas, ético-políticas en el pensamiento contemporáneo. Todos ellos buscan explicar el mismo problema, pero desde diferentes ámbitos.

Entre los marcos explicativos encontraremos fundamentaciones liberales, utilitaristas, igualitaristas y la corriente que restaura la dimensión ética no solo como problema filosófico sino también, como práctica social, la de Amartya Sen. Estas corrientes dan un tratamiento diferente a la noción de equidad dando origen a distintas concepciones en materia de política pública en salud (Cetrángolo & Devoto, 1998).

Los *Liberales* promueven que la salud es una cuestión que pertenece al ámbito privado ya que el acceso a la salud es una responsabilidad individual en la que la elección y el consumo del servicio queda atado a las preferencias individuales por lo que se deben individualizar los riesgos. Todo acceso a la prestación debe resolverse en el mercado, ello puesto que consideran que los mecanismos de mercado son los más eficientes asignadores de recursos y proveedores de servicios. A diferencia de otras corrientes, la salud no es concebida como un bien meritario. Dicho esto, el Estado no debe intervenir en la provisión del servicio de salud, salvo en lo que respecta a la atención de los sectores de renta baja o aquellos que no pueden valerse por sí mismos -por ejemplo, las personas con discapacidad-

a través de políticas y programas sociales focalizados. De esta forma, se restringe el acceso y se elige (focaliza) qué sujetos tendrán derecho a la garantía.

La *Escuela Utilitarista*, deriva el concepto de equidad del concepto de bienestar aplicado a problemas de distribución (Amartya Sen, 1979:198). El objetivo es maximizar la suma de las utilidades (preferencias o valores) individuales, es decir, maximizar la utilidad agregada que deriva de los estados de salud de los sujetos. No obstante, ello requiere de la equidad en la utilidad marginal de cada uno de los sujetos, es decir, del igual tratamiento de los intereses individuales. Esta corriente, concibe a la salud como fuente de utilidad.

Los *Igualitaristas* (Rawls, 1971; Dworkin, 2000) parten de la concepción de que la justicia sanitaria es resultado de un contrato social justo y equitativo -posición originaria en la que cada persona tiene en cuenta las necesidades de los demás como seres libres e iguales que son-. Argumentan que las personas merecen un trato igual y respetuoso. Realizan su propuesta en contra del utilitarismo, dado que éste falla al tratar a las personas como fines en sí mismos, es decir al permitir el sacrificio auto perpetuado de algunas personas en función del beneficio de los demás (Kymlicka, 2002:120). El enfoque rawlsiano, contempla a la equidad en salud como parte de la búsqueda de justicia social, de esta manera busca mejorar la situación de los que peor están, aquellos más urgidos o necesitados. En este sentido, toda diferencia de beneficio, producto de las contingencias, es moralmente arbitraria. Citando a Cetrángolo & Devoto (1998:3), estas posiciones “entienden que la utilización de las prestaciones de la salud no debe ser objeto de elección individual ni depender de la situación económica de cada familia”. La salud es entonces un derecho universal, un bien meritorio cuyo acceso y uso es independiente de la condición socio-económica, geográfica, cultural o de género.

Según Nivaldo Linares-Pérez y Oliva López-Arellano (2008:2) y coincidiendo en parte con la postura de Igualitaristas como Rawls, los *contractualistas*, “enfocan sus posiciones en los principios que enmarcan un contrato que deben ser acordados a través de procedimientos”. El contrato se transforma así en un acuerdo implícito entre un grupo y sus miembros o entre individuos dentro de un estado relativo de derechos, obligaciones y responsabilidades que tiene tanto el Estado como los ciudadanos. La aceptación de los

términos deviene de la aceptación y elección de formar parte de la sociedad para el beneficio de todos.

Finalmente, Amartya Sen (1979; 2001; 2002) en “Equality of what” discute tanto con las posiciones utilitaristas como con la rawlsiana, y plantea que la equidad en salud es un concepto *multidimensional* que trasciende la simple demanda de atención sanitaria. Es así que debe “abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana” (Ibíd., 2001:1).

No obstante, podemos observar que tanto Rawls (1985) como Sen (1992) asocian la equidad con el concepto de justicia social, ello en la medida que proponen unos mecanismos correctivos para ciertas situaciones consideradas desiguales, evitables e innecesarias a través de una distribución de bienes primarios sociales -libertades, oportunidades, poder, ingresos, riquezas- para Rawls, y de una distribución de capacidades básicas o primarias que permitan satisfacer los funcionamientos esenciales para una vida digna y de calidad, para Sen.

Resumiendo, la equidad en la salud es un concepto multidimensional, relacionado con las capacidades de los individuos¹⁷ en lo que respecta al derecho, al desarrollo social, económico y cultural (Linares Pérez & López Arellano, 2008:249). Forma parte integral de un concepto amplio de justicia social, trascendiendo así al concepto de desigualdad. Para Bárbara Starfield (2001:1) equidad en salud significa “la ausencia de diferencias sistemáticas entre poblaciones o subgrupos poblacionales definidas socialmente, demográficamente, o geográficamente en uno de los aspectos de la salud”. Dicha autora adhiere a la postura de Amartya Sen (y a la de la Comisión de los Determinantes Sociales anteriormente detallada) al reconocer el impacto de las influencias sociales, económicas y políticas sobre la salud. Concluimos que la equidad en salud es una problemática intersectorial, condicionada por determinantes extra sectoriales (Spinelli et al., 2002:18).

Es Musgrove (1983) quien expone algunos de los principales indicadores para medir la equidad sanitaria y plantea que la misma “debe entenderse y medirse al nivel de la

¹⁷ Estas capacidades están determinadas por factores biológicos, socioeconómicos, por la disponibilidad de oferta de bienes y servicios y por sus características.

provisión de servicios y no necesariamente al nivel del estado de salud de la población, y que la “equidad perfecta se entiende como una igualdad en esa provisión, para toda la población” (Ibíd., 1983:525). En su artículo “La equidad del sistema de servicios de Salud. Conceptos, indicadores e interpretación” (1983) plantea que para conceptualizar el concepto de equidad en salud hay que pensar en la variable distribución del ingreso y destaca la conveniencia de medir la equidad con un enfoque probabilístico, con énfasis en la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado cuando se está enfermo.

A modo de cierre, afirmamos que esta tesis adhiere a la posición de Whitehead (1992), quien argumenta que “la equidad en salud significa, idealmente, que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar”. La autora plantea que la equidad no significa que todos deban tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que deben considerarse las necesidades de cada uno. Asimismo, coincidimos con la OPS (1982) y Musgrove (1983) cuando afirman que la equidad debe entenderse y medirse al nivel de la provisión de servicios -y no solo al nivel del estado de salud de la población-, y que la equidad perfecta se entiende como una igualdad en esa provisión, para toda la población sin importar religión, raza o condición socioeconómica.

El cuadro expuesto a continuación sintetiza los principales enfoques y los aportes de cada corriente a la hora de explicar el concepto de equidad en salud. Ello a modo de esquematizar lo desarrollado en los párrafos anteriores.

Cuadro 2: Enfoques explicativos para el concepto de equidad en salud

Concepto	Enfoque	Aportes
Equidad en salud	Liberal	Salud como cuestión del fuero privado La prestación debe resolverse en el mercado (el Estado no interviene salvo en sectores de renta baja)
	Escuela Utilitarista	Asocia equidad a bienestar Salud como fuente de utilidad
	Igualitaristas (Rawls)	Justicia sanitaria como resultado de un contrato social justo y equitativo Busca mejorar la situación de los que peor están Salud como derecho universal, bien meritocrático
	Contractualistas	Contrato acordado
	Multidimensional (Amartya Sen)	Enfoque intersectorial y multidimensional, condicionado por determinantes extra sectoriales Mecanismos correctivos Asociada al concepto de justicia social
	Salud para todos + Declaración Alma Ata (OMS)	Equivalencia a justicia social (dimensión moral y ética) Diferencias en salud: innecesarias, evitables, arbitrarias e injustas
	Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (OMS)	Enfoque intersectorial y multicausal Mirada puesta en aquellos factores que afectan de manera directa o indirecta la salud
	Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU)	Equidad como imperativo rector y ético para orientar, informar y definir las prioridades de la acción política Salud como fin y medio para alcanzar otros objetivos (relación intrínseca entre los ODS)

Fuente: Elaboración propia.

1.4 Metodología

1.4.1 Preguntas de investigación

El propósito de este trabajo investigativo es responder a las siguientes preguntas:

La gestión descentralizada de la salud como un aspecto de la descentralización de la salud pública,

1. ¿implica la readecuación de facultades, funciones y recursos entre el orden nacional y el subnacional?
2. ¿corrige el problema distributivo de “origen” entre las provincias?
3. ¿adecua la oferta de servicios y de recursos a las demandas específicas locales?
4. ¿lleva a una eficiente provisión, asignación y distribución de los servicios y recursos de salud en las provincias?

5. ¿garantiza la equidad a nivel interprovincial?
6. ¿mejora la salud de las personas a nivel interprovincial y con ella, las oportunidades?
7. ¿mejora el nivel de desarrollo humano de las provincias?

Nuestro principal aporte será demostrar si la gestión descentralizada de la salud reduce, mantiene y/o profundiza la brecha interprovincial en lo que respecta al acceso a las prestaciones de salud, la calidad de las mismas y los estados de salud de la población (dimensiones del concepto equidad en salud). De esta manera, buscamos problematizar si corrige (o no) el problema distributivo de origen que se presenta en los Estados subnacionales.

1.4.2 Objetivos

Objetivo general

Demostrar en qué medida la **gestión descentralizada de la salud**, en el marco del proceso de descentralización del subsistema público de la salud en Argentina, impacta sobre la **equidad en salud**, medida en términos de acceso a las prestaciones de salud, calidad de las prestaciones de salud y estados de salud de la población, bajo el enfoque del desarrollo humano.

Objetivos específicos

- a) Analizar y demostrar si la gestión descentralizada de la salud reduce, mantiene o amplía las inequidades en cuanto al acceso y calidad de las prestaciones de salud y si empeoran o mejoran los indicadores de la dinámica demográfica que hacen al estado de salud de la población.
- b) Analizar si los recursos de salud asignados tras el proceso de transferencia y traspaso medida en términos de gasto provincial en salud per cápita en pesos constantes, cantidad de establecimientos hospitalarios por provincia, cantidad de médicos per cápita y número de camas por paciente, afectaron la equidad en salud.

- c) Observar si esta estrategia de gestión genera un acercamiento en cuanto a la provisión de los servicios a las demandas y necesidades particulares de los territorios provinciales.
- d) Demostrar si la gestión descentralizada de la salud responde a una estrategia nacional de planificación sanitaria que tiene en cuenta las características epidemiológicas y las necesidades sociosanitarias principales de las jurisdicciones.

1.4.3 Hipótesis de trabajo

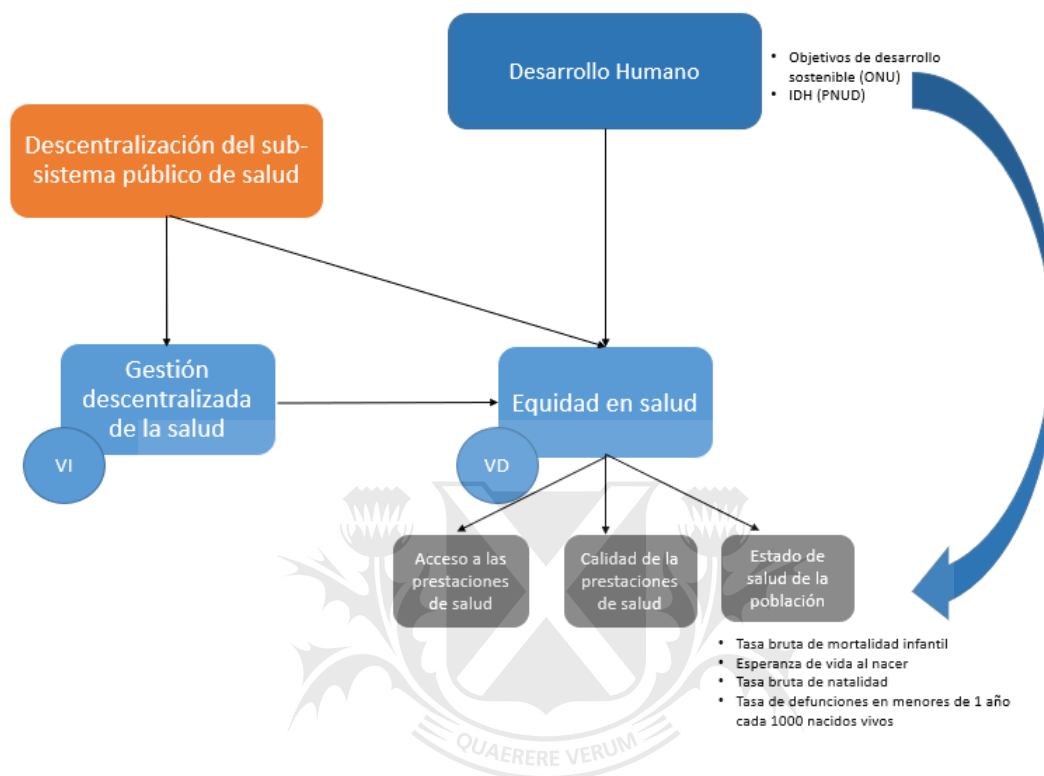
La hipótesis principal a verificar en este estudio es que:

La gestión descentralizada de la salud reproduce la inequidad en términos de accesibilidad de la población a las prestaciones de salud y a una atención de calidad, además de mantener las bechas en los estados de salud de las poblaciones a nivel provincial¹⁸.

Podemos observar en la siguiente figura la interrelación entre las distintas categorías conceptuales.



¹⁸ Ello a pesar de que conceptualmente, el objetivo principal del proceso sea hacer operativo el derecho a la salud de manera local, conociendo las particularidades y las necesidades de la población objetivo y procurando alcanzar de manera equitativa y racional, los mejores resultados sanitarios posibles.

Figura 1: Relación entre las categorías conceptuales

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3: Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Indicadores
Gestión descentralizada de la salud	Independiente	Transferencia presupuestaria	Monto de los recursos financieros provenientes de la Nación (expresados en pesos argentinos, años 1978 y 1991)
		Transferencia de recursos físicos y establecimientos	Cantidad de establecimientos hospitalarios, de recursos humanos y físicos provenientes de la Nación y transferidos a las provincias
		Traspaso de facultades y competencias	Existencia o no de normativa para la transferencia de responsabilidades administrativas y la cesión de competencias
Equidad en salud	Dependiente	Acceso a las prestaciones de salud	Porcentaje de población no cubierta con obra social o plan médico por provincia
			Gasto provincial en salud per cápita en pesos constantes
		Calidad de las prestaciones de salud	Cantidad de médicos por provincia
			Cantidad de camas por provincia
		Estado de salud de la población	Cantidad de establecimientos por provincia (distribución geográfica)
			Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos
	Tasa bruta de natalidad por mil habitantes		
	Defunciones en menores de 1 año cada mil nacidos vivos		
	Esperanza de vida al nacer (en años)		

Fuente: Elaboración propia.

La hipótesis planteada nos lleva a evaluar el estado relativo de la estructura de la salud en la Argentina (a nivel provincial) mediante el análisis de la evolución de determinadas variables del campo de la economía, demografía, epidemiología y salud pública. Esto nos permite señalar los impactos de la última fase del proceso de descentralización (1990 en adelante) y verificar si trajo aparejada la continuidad de las inequidades sanitarias. De este modo, nos proponemos demostrar la necesidad (o no) de: a) mejorar las capacidades estatales de los gobiernos provinciales a la hora de gestionar localmente la incorporación de las prestaciones sanitarias y del gobierno nacional de cara a ejercer la rectoría del sistema; b) mejorar la calidad de la canasta de servicios y bienes sanitarios, lo cual implica una eficiente asignación y distribución de los recursos sea por parte de Nación como de las provincias; y c) garantizar la ausencia de barreras en el acceso a la salud asegurando la igualdad de oportunidades de la población a una vida saludable y feliz.

1.4.4 Diseño metodológico

La presente investigación queda ubicada dentro de los denominados análisis sectoriales, también conocidos como “sector-based approach” (PNUD, 2006c), ya que trata de abordar en profundidad el impacto de la descentralización sobre un sector concreto: el de la salud. Siguiendo al PNUD, los análisis sectoriales permiten estudiar el impacto de la descentralización en aquellos sectores que tienen especial importancia para el desarrollo humano.

Para el desarrollo del estudio hemos aplicado un enfoque analítico y descriptivo, utilizando herramientas cuantitativas y cualitativas. Aadoptamos un enfoque de tipo mixto con el fin de mejorar la comprensión acerca de nuestro objeto de estudio. Autores como Pereira Pérez (2009) observan que este tipo de enfoques permiten obtener una mejor evidencia y comprensión de los fenómenos y, por ello, facilitan el fortalecimiento de los conocimientos teóricos y prácticos.

Trabajamos conjuntamente con fuentes primarias y secundarias. Recurrimos a la aplicación de técnicas de análisis cualitativo (como el análisis documental y las entrevistas en profundidad) y cuantitativo (análisis cartográfico y análisis estadístico) lo cual permite cartografiar los indicadores seleccionados y observar la variación espacial y temporal de los

datos geográficos verificando la asociación o relación entre las variables con el objetivo de inferir y generalizar los resultados al universo.

La recopilación de información secundaria implica la revisión de la literatura especializada en materia de descentralización, desarrollo humano y equidad en salud. Analizamos documentos de distinto tipo: leyes, decretos, resoluciones, normas reglamentarias, modificatorias y complementarias (nacionales y provinciales), documentos de trabajo internos del Ministerio de Salud de la Nación, informes técnicos de Organismos Internacionales, (PNUD, OPS, OMS y CEPAL) y publicaciones académicas de Think Tanks (Fundación Pensar, Centro de Estudios de Estado y Sociedad y Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento – CIPPEC). Además, recurrimos a estadísticas socioeconómicas y sanitarias dirigidas y producidas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), por el Ministerio de Salud de la Nación e información presupuestaria nacional del Ministerio de Hacienda.

El tratamiento de los datos censales fue principalmente descriptivo y tuvo el propósito de permitir la caracterización de la situación socioeconómica y sanitaria de la población a nivel provincial. Los indicadores generados y utilizados para tal fin fueron elaborados según las definiciones establecidas por el INDEC y por Organismos Internacionales como PNUD, OMS y OPS y contruidos operacionalmente según las posibilidades de cada fuente de datos.

En cuanto a los datos primarios empleamos como técnica de recolección la entrevista en profundidad semiestructurada a informantes claves previamente seleccionados (ver Anexo 1), ello a modo de complementar el estudio y poder entender los contextos situacionales y estructurales que fundaron la decisión de descentralizar la gestión de la salud en Argentina y sus impactos. Esta técnica fue aplicada a funcionarios y exfuncionarios, asesores, consultores, expertos en la temática, docentes e investigadores permitiendo identificar los aspectos relevantes del proceso, a juicio de los actores claves.

Recogimos las opiniones y los argumentos mediante un cuestionario de carácter semi estructurado que refiere a la estrategia de implementación, los objetivos, metas previstas e impactos de la descentralización y su gestión en la equidad y en el desarrollo humano, las

preferencias y los intereses de los actores involucrados, los instrumentos y recursos de los que dispusieron, entre otras (cuestionario en Anexo 1).

1.4.5 Limitaciones metodológicas

Las principales limitaciones de nuestro estudio están relacionadas con que el proceso de descentralización es uno de carácter gradual, secuencial y acumulativo. Destacamos que, tanto en el año 1978 como en el año 1992 se produce la transferencia de competencias, funciones y establecimientos del orden nacional al subnacional, lo que en esta tesis conceptualizamos como gestión descentralizada de la salud. En relación a este punto, observamos una limitación en cuanto a la disponibilidad y acceso a datos censales oficiales. El INDEC no cuenta con datos comparables de las unidades subnacionales para el período 1978-1990¹⁹. De allí que decidimos hacer un recorte temporal, analizando el período 1990-2001 pero siempre dando cuenta de la incidencia de la primera ola de descentralización. Es prioritario reconocer que a fin de evitar sesgos en la información y en el análisis lo ideal hubiese sido utilizar series de datos homogéneas. Debemos hacer notar que tal situación no fue posible debido a la ausencia de estadísticas actualizadas (tanto a nivel nacional como provincial).

A modo de resolver la presente limitación y ganar poder explicativo, rigurosidad y exhaustividad en el análisis decidimos hacer la comparación de dos maneras: por un lado, hacemos un análisis vertical de los datos, es decir, comparamos un indicador para un mismo año y para todas las provincias. Por otro lado, realizamos un análisis transversal o longitudinal para aquellos indicadores con los que se cuenta datos estadísticos previos y posteriores al proceso de gestión descentralizada de la salud (por ejemplo, para el gasto en salud pública per cápita). Comparamos los datos en cada provincia a lo largo del tiempo con el fin de analizar el comportamiento de los mismos antes y después del proceso de reforma del '90.

¹⁹ El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2006c) afirma que contar con información desagregada permite tener una mejor comprensión de los temas relacionados a la descentralización y a los desafíos de desarrollo del país.

Capítulo 2: Marco teórico

La presente sección tiene como objetivo introducirnos al proceso macro de descentralización acaecido en Latinoamérica para luego abordar el caso argentino, prestando especial atención al sector de la salud y su gestión. Esta tesis busca demostrar si la gestión descentralizada de la salud (proceso que operativiza el proceso de descentralización de la salud) expande las libertades reales de la población a través de la implementación, por parte del Estado, de medidas que garanticen un acceso universal y equitativo a prestaciones de calidad a nivel provincial.

Definiremos al desarrollo humano siguiendo las consideraciones teóricas de Sen (1992, 2000, 2002). Asimismo, demostraremos que la salud cumple un papel principal en el desarrollo ya que, además de ser un activo, es capacidad habilitante, generadora de nuevas, más y mejores oportunidades por lo que toda diferencia innecesaria en salud será calificada por nosotros, de injusta.

Ahora bien, como Spinelli et. al. (2002) observan, los estudios sobre equidad en salud pueden dividirse en dos:

1) *Sanitarios*, que analizan la equidad en relación a la situación de salud (ASIS) de la población, acceso a los servicios y atención. Según la Organización Panamericana de la Salud (1992) los ASIS han sido definidos como procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de estudios y que permiten caracterizar, medir y analizar la situación y las tendencias del proceso salud-enfermedad-servicios²⁰ con especial énfasis en la identificación de los determinantes sociales y las desigualdades. De este modo, los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en materia de salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de sus impactos (Spinelli et. al.,2002).

2) *De asignación de recursos* (que a su vez se distinguen en intra y extra sectoriales) (Spinelli, 2002:17). Este tipo de estudios parten de la hipótesis de que una

²⁰ A la hora de entender el proceso salud –enfermedad, adherimos al modelo ecológico multicausal que propone interpretar este proceso como un fenómeno ante todo complejo (multivariado) y, además, colectivo, histórico y que se encuentra determinado en última instancia, por el entramado social.

asignación eficiente de recursos (financieros y sanitarios) es condición necesaria para reducir las inequidades en el marco de un acceso universal a la salud. Se centran en políticas y acciones que mejoren la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud, siendo éstos los criterios prevalentes.

Teniendo en cuenta a este autor, ambos tipos de estudios pueden realizar un abordaje desde el punto de vista de la *equidad horizontal* y/o *vertical* (Linares Pérez, N. y López Arellano, O., 2008 citando a Starfield, 2001; Porto, 2002 y OMS, 1999).

El primer tipo refiere a la equidad en el tratamiento de los individuos en circunstancias similares (igual trato o tratamiento para individuos iguales o con necesidades de salud iguales, lo que supone equivalente asignación de recursos para igual necesidad). El segundo, refiere a la equidad en el tratamiento de los individuos en circunstancias diferentes (desigual trato para individuos desiguales; desigual tratamiento ante condiciones de salud distintas por lo que implica asignación diferencial de recursos ante distintos niveles de necesidad).

Nuestra tesis se enmarca dentro de los estudios sanitarios, ya que explica el estado de salud de la población de cada provincia haciendo especial hincapié en los determinantes sociales, económicos y sanitarios que lo condicionan. Sin embargo, dado que estudiamos la equidad en el marco de la gestión descentralizada de la salud, hacemos referencia a cuestiones que remiten a la distribución (desigual) y la asignación de recursos fiscales, presupuestarios, humanos, infraestructurales y físicos entre las unidades.

Puesto que buscamos “territorializar” las demandas específicas, de modo de identificar y dimensionar los problemas, segmentar las necesidades de cuidado de la salud y geolocalizarlas, abordamos el tema en macroáreas, siendo las unidades de análisis del estudio las provincias y el distrito federal. Este abordaje permite realizar comparaciones para unidades político-administrativas con un mismo nivel jurisdiccional de un mismo país. Según Spinelli (2002) la comparación se ve facilitada por la existencia de sistemas nacionales de información sociodemográfica y de salud (por ejemplo, el Sistema Intregado

de Estadísticas Sociodemográficas -SESD- y Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino- SISA-) y, por ende, de datos agregados a nivel país, región y/o provincia²¹.

El análisis a través de macroáreas permite a) captar la complejidad propia de cada unidad territorial y de las necesidades de cada espacio-población y b) dar cuenta de las asimetrías en cuanto al acceso y calidad de los servicios públicos de salud en Argentina, lo cual se traduce en diferentes estados de salud de la población²².

2.1 Descentralización del sistema sanitario y gestión: la configuración en torno al concepto de equidad en salud

El proceso de descentralización de la salud es un fenómeno macro en el cual se inserta la gestión descentralización de la salud (como proceso derivado). A pesar de que existen varias acepciones de lo que se entiende por descentralización, esta tesis recupera y reelabora la definición acuñada por Falletti (2006), complementándola con la de Oszlak y Serafinoff (2011) y PNUD (2006) pero la circunscribe al campo de la salud.

Entendemos a la descentralización de la salud como un proceso dinámico y multidimensional. Es un proceso político ya que está en juego la distribución de poder en lo que respecta a la toma de decisiones y las definiciones de política pública en materia sanitaria. Es un proceso administrativo puesto que distribuye competencias y funciones entre los ordenamientos o niveles, otorgándoles capacidad de ejecución sea por medio de la desconcentración, la delegación o la devolución. También es un proceso fiscal dado que determina la (re)asignación de recursos materiales y económicos y competencias fiscales - mediante transferencias intergubernamentales, crédito público, como así también mediante la capacidad autónoma para generar rentas o ingresos propios, vía impuestos y/o tasas. Si bien a través de la descentralización de la salud, el Estado nacional busca transferir competencias y responsabilidades a los niveles subnacionales, con el fin supuesto de flexibilizar su estructura y hacerlo más permeable a las necesidades de la población y a las

²¹ La incorporación al análisis de estos datos pone de manifiesto el carácter intersectorial de la problemática de la equidad en salud y el carácter extrasectorial de sus determinantes.

²² Las diferencias iniciales a nivel inter e intra provincial y las distintas capacidades económicas y fiscales de cada una de estas unidades subnacionales son factores que, en un contexto de descentralización, contribuyen a acentuar las inequidades.

cuestiones propias del ámbito local, también busca mantener y fortalecer algunas funciones centrales como ser las de monitoreo y evaluación.

Como bien hemos comentado en párrafos anteriores, puesto que la descentralización de la salud en Argentina es un proceso espaciado, episódico y gradual, esta tesis lo operativiza (y materializa) a través del concepto de gestión descentralizada de la salud. Concepto que además nos permite circunscribir el análisis y explorar un momento determinado, el de la década de los 90's.

En este estudio definimos a la gestión descentralizada de la salud como la transferencia y traspaso de capacidades, responsabilidades, facultades y establecimientos hospitalarios desde la Nación (nivel central) a todas las provincias y municipios (nivel local) y la cesión de competencias hacia el interior del sistema público de salud provincial (quedando así configurados niveles y/o redes de atención). Ello con el fin de fomentar una gestión eficiente y racional de la salud, además de mejorar los niveles de accesibilidad, equidad, bienestar y calidad de vida, así como también el nivel de satisfacción de los usuarios.

Es un proceso abierto de organización, vinculación y gestión en forma de red (red asistencial o comunitaria, red institucional y red de establecimientos o servicios) (Fleury, 2002) donde se gestan intercambios dinámicos entre diferentes centros (nodos) y estructuras de interdependencia y se brinda una respuesta conjunta e integral a una población y a un territorio definido. Existe un amplio conocimiento de las necesidades y preferencias en cuestiones de salud para ese público específico lo cual define y determina la oferta específica de servicios de salud en cuanto a su tipo, complejidad y rol (promoción y prevención; detección, diagnóstico, control y tratamiento; recuperación, rehabilitación y reinserción; cuidado paliativo).

Según la OPS/OMS (2013) este sistema de gestión busca que los hospitales y los centros de atención primaria de la salud estén más integrados y cercanos a las necesidades de la población, sean más eficientes e incorporen nuevas tecnologías, basando siempre sus decisiones en la equidad.

De presentarse ciertas condiciones de carácter contextual -sociales, culturales, político-institucionales y económicas- se puede favorecer y propiciar la participación e intervención

de la comunidad. Una comunidad involucrada e integrada en espacios de deliberación, concertación y toma de decisión (sean éstos de carácter formal o informal) permite organizar los intereses, fijar prioridades, delimitar problemas y hacer eco de los deseos y demandas colectivas en torno a problemáticas de salud socialmente territorializadas y reconocidas/legitimadas por todos. En este sentido, la participación ciudadana favorece la resolución de conflictos vinculados a la salud de la comunidad, influyendo en la política y exigiendo “el derecho a “tener voz” para así hacerse corresponsables junto con el Estado de las políticas que se implementen” (Essayag, 2010:118). En palabras de Essayag (2010) el involucramiento de la comunidad permite influir sobre la agenda y sobre los resultados finales de las políticas sanitarias en vistas de hacer del sistema sanitario uno más eficiente y equitativo.

En cuanto a las organizaciones que ofrecen servicios de salud, éstas deben prestar acceso a la información, fomentar la creación o fortalecer espacios institucionales y generar mecanismos adecuados que promuevan la participación de la comunidad en el quehacer público de modo de darles a las personas capacidades reales para el ejercicio de sus derechos ciudadanos. Asimismo, deben funcionar de manera articulada y coordinada, delimitando y focalizando en el ámbito de su competencia, pero funcionando en forma de red, movilizándolo recursos y estrategias con el fin de mejorar las condiciones de vida locales (Essayag, 2010) y brindando servicios de salud integrados e integrales de manera racional y justa.

Es así que, un modelo de gestión descentralizado orientado a la equidad debe basarse en la persona, la familia y la comunidad teniendo en cuenta las particularidades de género, étnicas, religiosas, culturales y en valores que inscriben a la salud como derecho, en la justicia y en la solidaridad.

Para un efectivo funcionamiento debe presentarse un único sistema de gobernanza que incluya a los actores más importantes y que coordine acciones de carácter intersectorial con el objetivo último de abordar los determinantes sociales de la salud, a modo de disminuir las inequidades y así prestar un servicio sanitario homogéneo.

En relación con este último punto, es dable agregar que en el proceso de descentralización de la salud en Argentina las condiciones iniciales no estaban dadas del mismo modo para cada una de las jurisdicciones. Esta diferencia relativa condiciona las mediciones de equidad que sobrevienen al proceso de traspaso y reconfiguración del sistema.

Como hemos comenzado a esbozar en los primeros párrafos de esta sección, la descentralización de la salud y, por ende, su gestión, están pensados para eliminar brechas e implantar procesos equitativos que garanticen a los ciudadanos un acceso homogéneo a bienes y servicios públicos básicos a lo largo y ancho del territorio nacional.

Sin embargo, investigadores como Cetrángolo y Devoto (2002), Cetrángolo y Gatto (2002), Ugalde y Homedes (2008) y Finot (2001), analizan y cuestionan los procesos de descentralización de la salud (e indirectamente su operativización) en lo que respecta a la eficacia en la asignación de recursos, la equidad y homogeneidad en la cobertura, la eficiencia de la producción (reducción del gasto público), y también en lo que hace al incremento de la participación ciudadana en las decisiones públicas, en la efectividad del control, el accountability y en la reducción de los niveles de corrupción. Aseveran que el proceso en sí obedece a la imperiosa necesidad de la Nación de modificar a su favor la relación financiera con los Estados subnacionales –modificación de la coparticipación efectiva- (Cetrángolo y Devoto, 1998; Manzanal, 2006) frente a los embates de la crisis financiera y el pago de la deuda pública acumulada en la década del '90²³.

Por su parte, el Dr. Carlos Regazzoni agrega que el proceso de descentralización, como instrumento y no como meta en sí misma, no se piensa como una estrategia de planificación sanitaria cuya nave insignia es la equidad sanitaria. Si bien el Estado Nacional contaba con una planificación de carácter residual, con graves problemas de implementación y funcionamiento, la descentralización de los '90s rompe con esta lógica al responder a criterios estrictamente económicos, financieros, políticos y administrativos. En este sentido, el principio de descentralización y su gestión quedan subsumidos al principio de subsidiariedad, el cual plantea que un asunto de salud pública debe ser resuelto por aquella autoridad más próxima al objeto del problema sin reparar, por ejemplo, en los recursos o

²³ En esta época no se presentaron transferencias específicas para atender el financiamiento de los servicios transferidos ni se diseñaron mecanismos compensatorios (Cetrángolo y Gatto, 2002).

posibilidades que tiene esa comunidad (entrevista de la autora a Carlos Regazzoni, 21/09/18).

Retomando a los autores anteriormente citados y entrevistados, queda claro que el objetivo principal del proceso de descentralización fue la “eficiencia” fiscal, es decir reducir el gasto social de modo de liberar fondos para el pago de la deuda mediante la transferencia de la competencia y de la responsabilidad del financiamiento a las provincias (sin presupuesto, lo cual hace que se presenten múltiples respuestas locales en lo que hace a la forma y a los resultados) (Cetrángolo y Devoto, 1998).

En este sentido, el objetivo primario no fue el de mejorar el acceso a las prestaciones de los servicios públicos de salud; reducir las brechas territoriales iniciales en términos de infraestructura, recursos y equipamiento, producto de desarrollos regionales-económicos diferenciales; incrementar la eficiencia pública; mejorar la calidad de los servicios; y/o fomentar la participación comunitaria de modo de empoderar a los individuos para la toma de decisión²⁴. Coincidimos con Moreno y Fuentes (2009) cuando afirman que el proceso de descentralización configuró una “estructura de gobernanza multinivel” y un reparto de competencias entre los órdenes involucrados²⁵ –fragmentación intrasistema público de salud- que dificultó la cohesión, coordinación e integración del subsistema, y generó un impacto directo en la equidad, al presentarse distintos estados de salud en la población de una misma nación.

Con el fin de analizar los impactos reales del proceso de gestión descentralizada de la salud en la equidad -y por ende en el desarrollo humano- nuestra medición va a abordarse no solo en términos del estado de salud de la población (indicadores socio- demográficos y

²⁴ Estudios generados por la CEPAL, demuestran y concluyen que no hay indicios significativos de que la descentralización en salud (de la década del '90) hubiera generado una tendencia positiva y generalizada en los aspectos nombrados. (Finot, 2002).

²⁵ Frente a una estructura federal, los gobiernos provinciales se reservan autonomía en materia de diseño y ejecución de políticas de salud pública y en la gestión y provisión de los servicios, aunque mantienen una relación de dependencia con el nivel central en el plano financiero (reciben transferencias automáticas por coparticipación tributaria). Los municipios retienen para sí, la implementación de determinados programas y la administración de algunos servicios. Sin embargo, es preciso destacar que la descentralización a nivel local (municipal) queda a merced de la iniciativa y voluntad de los gobiernos provinciales (Di Gropelli, E., y R. Cominetti, 1998).

epidemiológicos)²⁶ sino también, en términos de acceso y calidad de las prestaciones médicas (que operacionalizamos en indicadores relativos a la distribución, asignación, disponibilidad y utilización de los recursos de salud -financieros, humanos y materiales o físicos-). Es preciso agregar que las tres dimensiones en las que desagregamos la variable dependiente “equidad en salud” están íntimamente relacionadas entre sí, por lo que inferimos causalidad circular: mejorar el acceso y la calidad de los servicios, mejora los estados de salud de la población y con ello las oportunidades reales de las personas. Esto último a su vez, conlleva a una mejora en el estado y en el nivel del capital humano trayendo aparejado una mejora en términos de desarrollo (económico y humano) que se refleja en servicios más accesibles y de mejor calidad.

En síntesis, las inequidades en materia de salud se transforman en elementos decisivos a la hora de explicar los mayores o menores niveles de desarrollo de un país, de un territorio y de una persona (desarrollo que no se circunscribe solo al campo económico). El efecto de las mismas constituye uno de los mayores obstáculos en términos de equidad para el desarrollo humano sostenible puesto que limita la formación del capital humano e impide su incorporación al proceso productivo, profundizando así la brecha y erosionando la garantía de igualdad de oportunidades.

Retomando lo desarrollado en párrafos anteriores, el Dr. Regazzoni comenta que la inequidad en materia de salud viene en aumento a partir de los '70s producto de deterioro del Estado de bienestar, los cambios en el mercado laboral, los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población entre otras causas. A su vez esgrime que los problemas sanitarios son también problemas económicos porque limitan la capacidad productiva de un país. En este sentido, invertir en salud y mejorar las condiciones de vida de la población impacta positivamente sobre la tasa de esperanza de vida al nacer y reduce la mortalidad infantil, y ambos factores repercuten en el crecimiento demográfico que promueve crecimiento económico en términos de PBI (entrevista de la autora a Carlos Regazzoni, 21/09/18). Tobar (2002) adhiere a esta visión, agregando que es un error interpretar a la salud (y la política de salud) dentro del campo restringido de la satisfacción

²⁶ Entendemos por ello al estado de bienestar físico, mental y emocional además de la ausencia de afecciones o enfermedades relacionadas con factores socioeconómicos determinantes.

de necesidades médico-asistenciales, puesto que tiene un valor agregado que se refleja en los retornos económicos.

Damos cuenta que una descentralización de la salud y una gestión que busque mejorar los niveles de desarrollo humano en términos de equidad debe, por un lado, reducir los niveles de exclusión de los sectores sociales menos favorecidos en la distribución socioeconómica. Es decir, reducir los desequilibrios interjurisdiccionales donde la inequidad que se presenta es de tipo “vertical” y que implica la marginación de ciertos grupos. Por el otro lado, debe procurar achicar las brechas de desarrollo entre los territorios subnacionales puesto que la disparidad entre los mismos afecta la provisión y acceso a bienes y servicios públicos, generando así graves desequilibrios interregionales o “inequidad horizontal” (ya que unidades político-administrativas iguales, son tratadas financieramente de distinta forma) (OPS/OMS, 1999). En relación a este último tipo de inequidad, PNUD (2006) agrega que en la práctica también se observa que “no todos los territorios cuentan con las mismas capacidades de gestión y el nivel central, en la mayoría de los casos, no dispone de los recursos suficientes para compensar estos desequilibrios”, por lo que ésto contribuye a profundizar la inequidad horizontal.

A modo de cierre, observamos entonces que cuando la descentralización de la salud forma parte de un proceso de desarrollo planificado con miras a la equidad aquella permite una distribución igualitaria de las oportunidades de salud a nivel subnacional y de acciones y/o mecanismos que compensan las desigualdades sanitarias territoriales -preexistentes y generadas- mediante una distribución equitativa de los recursos financieros y mediante la generación de capacidades estatales que integren y maximicen los resultados. Ello a modo de homogeneizar las “condiciones iniciales”, reducir los desequilibrios presentes y aportar al desarrollo humano.

2.2 La salud como parte constitutiva del desarrollo humano

A la hora de profundizar conceptualmente lo que entendemos por desarrollo humano debemos comentar que partimos de un enfoque basado en las personas²⁷; de aquella

²⁷ El enfoque del desarrollo humano plantea serias dudas sobre la capacidad de las políticas promovidas por los organismos financieros internacionales de transformar los recursos económicos en desarrollo humano.

corriente que restaura la dimensión ética no solo como problema filosófico sino también como práctica social (Sen, 2000). Es Sen (2000) quien afirma que “el aumento de la libertad del hombre es tanto el principal objetivo del desarrollo como su medio primordial”. En otras palabras, la libertad es fin fundamental y objetivo último del desarrollo (papel constitutivo). También es medio, es decir, instrumento para lograr mayores niveles de desarrollo (papel instrumental)²⁸. El autor define al desarrollo de este modo, ya que la libertad les permite a las personas aumentar sus capacidades y oportunidades para que de esta forma puedan vivir del modo en que lo quieran hacer²⁹.

Aclarado este punto de partida, debemos agregar que es el PNUD quien basa su propuesta en torno a la definición de desarrollo humano de Amartya Sen y lo define con determinados objetivos a alcanzar como ser “la ampliación de las oportunidades que tienen las personas de acceder a una vida más larga, más saludable y más plena” (Sen, 1996). El concepto de desarrollo humano del PNUD incluye tres componentes fundamentales: ingreso económico, salud y educación³⁰, requisitos fundamentales para acceder a opciones de naturaleza política, cultural y de seguridad. La salud y el desarrollo humano quedan así estrechamente ligados, la primera es parte constitutiva de la segunda, y sin una no hay la otra. La salud se erige como medio que posibilita el desarrollo humano y como fin. Es así como “la salud interactúa como propósito y como herramienta con otros bienes sociales, en el marco del desarrollo humano. De esta manera la salud es una capacidad que posibilita el uso y disfrute de bienes y es parte de una función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales” (Linares Pérez y López Arellano, 2008).

Observa que el crecimiento económico es condición necesaria pero no suficiente. Por lo tanto, este nuevo paradigma cambia el objeto y el foco de estudio: del crecimiento económico al “...proceso de aumentar las habilidades y las opciones de los individuos de manera que puedan ser capaces de satisfacer sus propias necesidades” (Singer, 1998). A su vez es preciso agregar que es el Enfoque de las Necesidades Básicas, representado por Mahbub ul Haq (1969-1978) el que por primera vez rechaza las teorías del bienestar que definen el desarrollo en términos de mero crecimiento económico. Sin embargo, el enfoque del desarrollo le cuestionará luego varios de sus principales postulados.

²⁸ La importancia de la libertad yace en las cosas que podemos hacer con ella, y no en ella misma.

²⁹ Toda carencia (material) será el resultado de limitaciones personales y sociales al ejercicio efectivo de la libertad.

³⁰ Estas tres dimensiones componen el Índice de Desarrollo Humano: el mismo resulta del promedio del índice de esperanza de vida, el índice de nivel educacional y el índice de P.I.B. ajustado. Sin embargo, no siempre se presenta de forma balanceada entre sus dimensiones por lo que suele alcanzar mayores niveles en una dimensión en detrimento de otra. También puede no ser homogéneo en cuanto a su distribución entre las personas o entre provincias (PNUD, 2013).

El desarrollo humano permite la ampliación de las libertades, es decir de las oportunidades y capacidades de las personas, sin distinción de su condición socioeconómica ni territorial. Todo desequilibrio medido en términos de inequidades en cuanto a las condiciones socioeconómicas y geográficas del entorno debe ser superado a fin de construir un desarrollo humano inclusivo. Es así que se infiere que una profundización en las diferencias iniciales (inter e intraprovinciales) resultante de la gestión descentralizada de la salud pública argentina traería consecuencias inmediatas sobre los indicadores de salud como ser la esperanza de vida al nacer³¹ y por ende, sobre el IDH.

Lo planteado en el párrafo anterior se observa claramente en la Tabla 1. En los primeros años de la década del '90, aquellas jurisdicciones con mayor esperanza de vida al nacer³² y menor tasa de mortalidad infantil cada mil nacidos vivos eran las que poseían un IDH más alto. Claro ejemplo de ello son las provincias de Santa Fe, Buenos Aires, La Pampa, Neuquén, Córdoba y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires³³. Asimismo, es dable hacer notar que estas mismas provincias (salvo Neuquén) eran las que menor porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas poseían para el año 1991. Notamos que existe una asociación estadísticamente significativa entre una mejora en la salud y el nivel de IDH: si mejora la salud, mejora también el desarrollo humano, puesto que es capacidad habilitante para las otras dos dimensiones que lo componen: educación/capital humano³⁴ (y desarrollo económico³⁵).

³¹ Indicador que mide la dimensión de salud en el IDH. El PNUD (1990:37) señala que su utilización se debe a tres consideraciones: “el valor intrínseco de la longevidad, su valor como forma de ayudar a las personas a alcanzar diferentes metas y su relación con otras características, tales como una buena salud y nutrición”. Esto implica que una vida prolongada está relacionada con otros indicadores como ser el acceso a los servicios de salud, educación, nutrición, cobertura sanitaria, etc. Palencia et al. (2011:263), agregan que “la longevidad y una buena salud permiten alcanzar metas valiosas durante la vida, una de ellas es tener un ciclo de vida con un buen nivel de salud que permita desarrollar las capacidades, talentos y llevar a cabo los proyectos de vida”.

³² Indicador que mide la dimensión de salud en el IDH.

³³ No resulta casual que, en materia de coparticipación, las provincias aquí detalladas tienen libre disponibilidad de recursos coparticipados (tienen afectados sólo el 20% como garantía de endeudamiento). A su vez, son relativamente autónomas en relación a los recursos recaudados por el gobierno nacional (recaudan entre un tercio y dos tercios de sus ingresos totales (salvo Ciudad Autónoma de Buenos Aires que es absolutamente autónoma según las categorías de Centrángolo y Gatto (2002), recaudando el 90% del total de sus ingresos). Asimismo, son las que poseen mayor capacidad productiva y desarrollo local.

³⁴ Medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria.

³⁵ Medido por el PBI per cápita PPA en dólares estadounidenses.

En oposición, encontramos jurisdicciones con baja esperanza de vida y, por ende, con bajo IDH. En este grupo ubicamos a Jujuy, Corrientes³⁶, Formosa³⁷, Chaco, Santiago del Estero, Salta y Misiones³⁸. Cabe agregar que estas provincias eran las que presentan las peores tasas de mortalidad infantil cada mil nacidos vivos y mayor porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas. Del análisis anterior podemos concluir que las provincias con mejores trayectorias en relación con el IDH son las que poseen mejores indicadores sanitarios.



³⁶ Observamos que, para la provincia de Corrientes, la tasa bruta de mortalidad infantil cada mil nacidos vivos para el año 1991 supera la media de 25 (28.5).

³⁷ Para el año 1992 Formosa tiene una tasa bruta de mortalidad infantil de 32.3 puntos y el promedio en la década de los '90s es de 29.1. Para el resto de los indicadores se comporta de manera similar al resto de provincias citadas.

³⁸ Cabe agregar que indicadores como ser el porcentaje de población con NBI para el año 1991 se comporta de manera similar en relación al IDH: las provincias con mejores trayectorias en relación con el IDH son las que poseen menor porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas.

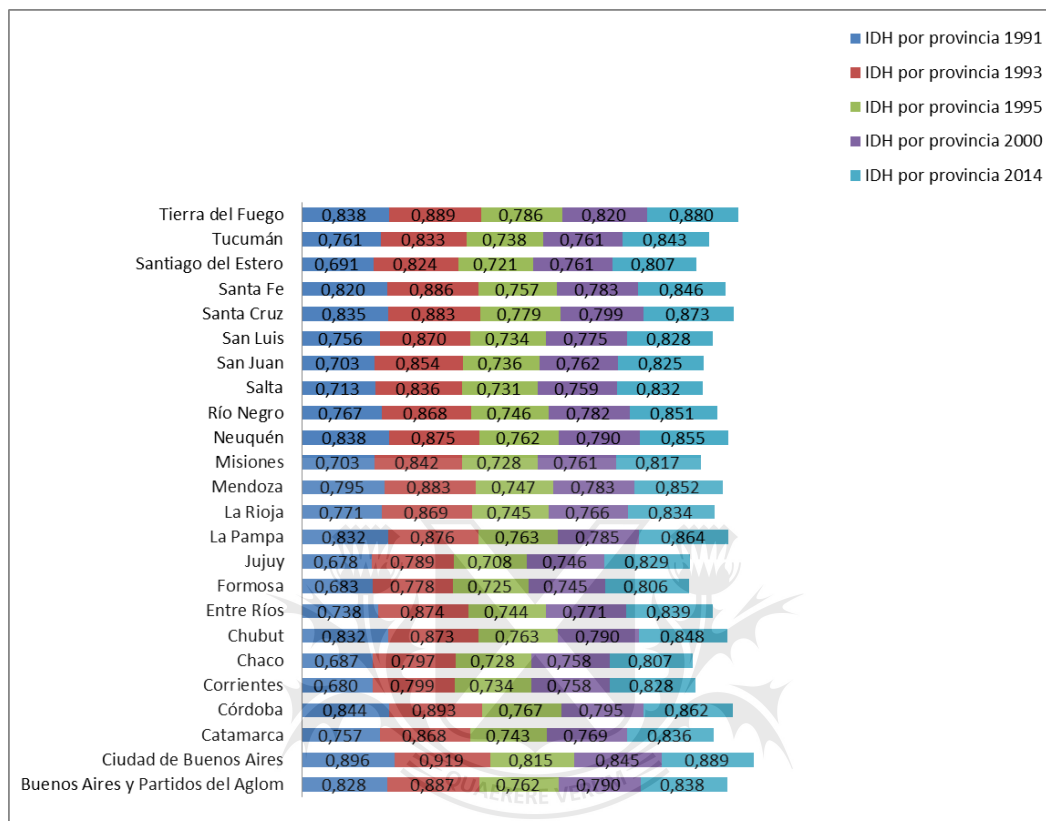
Tabla 1: Comparación IDH por provincia, Esperanza de Vida al Nacer, Tasa de Mortalidad Infantil y Población con Necesidades Básicas Insatisfechas para el año 1991³⁹

Jurisdicción	IDH por provincia	Porcentaje (%) de población con NBI	Esperanza de Vida al Nacer (en años)	Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos
Buenos Aires y Partidos del Aglom. GBA	0,828	14,70	72,09	24,20
Catamarca	0,757	24,60	70,61	31,80
Chaco	0,687	33,20	69,02	32,30
Chubut	0,832	19,40	70,58	19,10
Ciudad de Buenos Aires	0,896	7,00	75,91	15,20
Córdoba	0,844	12,80	72,79	22,30
Corrientes	0,680	26,90	70,09	28,50
Entre Ríos	0,738	17,20	71,61	23,20
Formosa	0,683	34,30	69,37	24,50
Jujuy	0,678	33,60	68,37	33,20
La Pampa	0,832	12,00	71,57	20,50
La Rioja	0,771	23,60	70,38	27,20
Mendoza	0,795	15,30	72,72	23,60
Misiones	0,703	30,00	69,49	32,10
Neuquén	0,838	19,10	71,39	15,60
Río Negro	0,767	20,70	70,87	24,10
Salta	0,713	33,90	68,92	32,90
San Juan	0,703	17,20	71,13	24,60
San Luis	0,756	18,70	70,79	28,60
Santa Cruz	0,835	15,20	70,41	19,90
Santa Fe	0,820	14,00	72,29	22,20
Santiago del Estero	0,691	33,60	69,83	29,20
Tierra del Fuego	0,838	25,50	70,16	16,70
Tucumán	0,761	24,60	71,01	28,60

Fuente: Elaboración propia en base a PNUD, 2003 e INDEC.

³⁹ Tomamos los datos del año 1991 ya que tenemos acceso a todos los indicadores para esa fecha.

Gráfico 1: Evolución del índice de desarrollo humano por jurisdicción. Años 1991,1993, 1995, 2000 y 2014



Fuente: Elaboración propia en base a PNUD, 2002 y 2013.

Como bien hicimos notar en los párrafos anteriores, la salud se erige como “una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar” (Sen, 2002). Es este autor quien le atribuye un papel destacado en tanto es oportunidad (fin) para que las personas puedan gozar de ella y potenciar así sus capacidades, y al mismo tiempo, medio que permite desarrollar estas capacidades y libertades de cara a lograr los objetivos y metas que se propongan. Involucra la realización del sujeto; implica un medio para conseguir otros bienes sociales puesto que es una capacidad habilitante (de disfrute, de uso, de distribución y de compensación). De esta manera, la salud surge como una aptitud y pieza constitutiva para un buen desarrollo que permita desplegar las capacidades de las personas, o sea, la libertad real de hacer y ser lo que la gente está dispuesta a valorar con su vida (Palencia et al., 2011 citando a Sen 1999, 2000).

Es por ello que en esta tesis, siguiendo la recomendación de Sen (2002), se analizan los factores limitantes -como ser la distribución económica y la asignación de recursos- y los acuerdos sociales y políticos que hay detrás -cómo ser el proceso de gestión descentralizada de la salud-, puesto que éstos son determinantes en el estado de salud de las personas. Creemos que cuando se presentan grandes inequidades en el logro de la salud -que no se deban a precondiciones de salud irremediables en las personas- la explicación debe encontrarse en la inexistencia de determinadas políticas económicas, reformas sociales y/o políticas⁴⁰.

A modo de cierre, afirmamos que sin derecho y oportunidad de acceso a prestaciones de salud de calidad no hay libertad y, por ende, sin libertad no hay desarrollo humano posible. La salud tiene un papel determinante en lo que hace a la vida humana y a las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades ni sufrimientos (Sen, 2002) que les permita participar en la vida pública y así lograr retornos y bienestar ante mismos esfuerzos. Es tanto un activo, condición esencial para nuestro bienestar y para ejercer las libertades y posibilidades, como también factor que posibilita el desarrollo económico, por lo cual ninguna persona debe estar en desventaja para alcanzar su potencial en salud.

Siendo de tal importancia el rol que cumple, tener la posibilidad de alcanzar una buena salud y realizarse no puede depender de los esfuerzos individuales. Como parte constitutiva del desarrollo humano, no es una cuestión que puede dejarse a criterio de las personas. La salud es un derecho universal cuyo acceso y uso es independiente de la condición socioeconómica, geográfica, política, cultural, de raza o de género. Por lo anterior, es el Estado quien debe velar por su fomento y provisión, corrigiendo cualquier fallo evitable o brecha innecesaria e injusta que se presente o genere; porque la salud es un tema de justicia social y de equidad.

⁴⁰ Según Linares Pérez y López Arellano (2008:249), Sen “introduce un pensamiento distinto al considerar el problema de la justicia sanitaria y de la equidad en salud particularmente en función de las capacidades de los individuos, ligadas al derecho, al desarrollo social, económico y cultural”.

Capítulo 3: Antecedentes de la descentralización del sistema de salud pública de Argentina y su impacto en la equidad sanitaria (1945-2001)

Este capítulo procura dar cuenta del impacto del proceso de descentralización del subsistema público de salud en la equidad sanitaria. Es así que expondremos las características principales que hacen a la organización del sistema de salud de la República Argentina, centrándonos en el subsistema público. Analizaremos la evolución del proceso de descentralización, distinguiendo cinco grandes fases y haciendo mayor hincapié en la fase 1978-2000, denominada “descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo” (Acuña, C. & Chudnovsky, M., 2002).

Repararemos en la presencia de desigualdades consideradas como evitables e injustas (algunas originarias y otras, producto de la reforma y/o exacerbadas por la misma). Estas inequidades serán de tipo social, económicas, epidemiológicas e infraestructurales. Como veremos luego, las mismas se presentan en todo el territorio nacional, aunque concentrándose en determinadas regiones y/o provincias. A su vez, analizaremos cómo éstas reproducen la inequidad interna en cuanto al acceso a la prestación y a la calidad de la atención, y, por ende, como minan, no solo las oportunidades de los ciudadanos, sino también el propio proceso de desarrollo del país.

3.1 Características del Sistema de Salud Argentino con especial énfasis en el subsistema público

El Sistema de Salud Argentino (en más, SSA), se compone de tres subsectores: el subsistema público (constituido por hospitales públicos y centros de atención primaria), el subsistema de las obras sociales (para trabajadores formalizados que aporten a la seguridad social, jubilados y pensionados) y el subsistema privado (medicina prepaga de aporte individual)⁴¹. Los diferentes subsistemas se diferencian respecto a su población objetivo, la cobertura que prestan y su calidad, el régimen de prestación, el origen de los recursos financieros y la modalidad de operación.

⁴¹ Con las reformas de los '90s, impulsadas por los Banco Multilaterales de Desarrollo, se busca asegurar y abrir el mercado a las obras sociales y a la medicina prepaga con el fin de descomprimir la presión sobre el sistema público de salud. De esta manera, no sólo se busca mejorar los servicios sino también liberar recursos estatales que podrían destinarse a otros ámbitos, como ser el del gasto social.

Es así que el carácter central del subsector de las Obras Sociales es la adhesión y organización obligatoria de los afiliados por rama de actividad (Ley N° 18.610)⁴². Se erige como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados -y sus familiares directos- cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones del empleador y del empleado (Acuña y Chudnovsky, 2002:11). En cuanto al subsistema privado, éste se caracteriza por la presencia de una diversidad de empresas de medicina prepaga cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios. Dicho subsector se financia con el aporte voluntario e individual de los usuarios. Por último, el subsector público –cuyos recursos provienen del sistema impositivo- provee servicios de salud de forma gratuita a toda la población, ello a través de una red de hospitales públicos y centros de salud distribuidos geográficamente. Dicho subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en tres niveles distintos: el nacional, el provincial y el municipal (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Autores como Acuña y Chudnovsky (2002) plantean en su artículo “El Sistema de Salud en Argentina” que el SSA se erige como uno fragmentado que lleva a que los subsistemas que lo conforman cohabiten de una manera: a) descoordinada, entre las diferentes jurisdicciones: nacional, provincial, municipal y b) desarticulada, perdiendo eficiencia en el uso de los recursos -por la duplicidad de cobertura-, calidad y equidad. Agregan que la falta de coordinación y articulación impide la formalización del “sistema” de salud.

Como bien hemos notado, el subsistema público de la salud se caracteriza por su universalidad y gratuidad (esto queda reflejado en la Constitución Nacional -art. 41, 42, 43 y 75 inc. 19, 22 y 23- donde se garantiza el derecho a la salud)⁴³. Sin embargo, y a pesar de darle cobertura a la totalidad de la población argentina, según datos oficiales del INDEC (2010), la demanda de atención en el subsistema público asciende al 38% de la población, es decir alrededor de 16.2 millones de habitantes. En su mayoría, población de bajos recursos de zonas urbanas marginales y/o áreas rurales de las provincias de menor renta per

⁴² Mediante la Ley N° 19.032 se extiende el servicio a jubilados y pensionados con la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

⁴³ El subsector público ofrece servicio a todos los habitantes del país, tengan o no otro tipo de cobertura (seguro social o privado). Todo ciudadano tiene derecho a recibir atención sanitaria básica (aunque la calidad resultará diferente dependiendo de la provincia donde se encuentre o resida). De este modo, los 43 millones de argentinos se transforman en público potencial.

cápita. La cobertura de este sector se realiza a través de hospitales públicos o centros de atención primaria de la salud, y en la generalidad de los casos para atender la urgencia y no para brindar prevención.

A pesar de la baja cobertura - teniendo en cuenta que la misma es universal-, la distribución geográfica de los servicios es muy amplia ya que cubre las 23 provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cuenta con más de 8300 establecimientos con y sin internación, sean éstos de gestión nacional, provincial, municipal o mixta (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2014) y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado.

Es preciso remarcar que desde la década de los '90s todas las provincias cuentan con autonomía respecto de las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones y son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus Ministerios o Secretarías de Salud. De esta forma, son estos últimos los responsables del presupuesto público y del financiamiento del sector. Siguiendo lo afirmado por Maceira (2006), este esquema presenta consecuencias en lo relativo a la equidad interjurisdiccional ya que la calidad de la prestación depende de la disponibilidad de recursos financieros, pero también de recursos humanos e infraestructurales.

En relación a este último punto, el Dr. Regazzoni citando a Unger en "La Alternativa de la Izquierda" (2005) plantea que *"no se puede dejar a una comunidad "pobre" a merced de los recursos físicos, intelectuales, culturales, económicos, sociales o de recursos humanos que esa comunidad tiene"*. La *"ecualización"* de los recursos es crítica y no basta solamente con la distribución de fondos o con políticas compensatorias que, según su punto de vista, no responden a ningún plan y son poco efectivas y eficientes (entrevista de la autora a Carlos Regazzoni, 21/09/18).

Ahora bien, la fragmentación de la decisión y de la acción que surge de la autonomía y devolución de las responsabilidades es producto de un "asistemático intento de descentralización de la gestión de la salud de la Nación hacia las provincias" (Acuña y Chudnosky, 2002) que no tiene en cuenta las necesidades de desarrollo de cada unidad subnacional ni de la población que en ella reside. Simplemente responde a la necesidad de

realizar un ajuste de corte administrativo-financiero a través de una serie de medidas, como ser la delegación y la transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales (lo cual implica el arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago, a través de las cooperadoras, y a los prestadores de salud que utilicen sus instalaciones o recursos). Todas estas acciones limitan al público, haciendo que solo accedan aquellos en situación de pobreza y/o habitantes sin cobertura médica (Ibid, 2002).

3.2 El proceso de descentralización del sistema de salud en Argentina: su evolución histórica

A fin de comprender en profundidad las RSG en materia de salud, nos vemos ante la necesidad de hacer un breve recorrido histórico en lo que respecta la evolución del subsector y sus hitos. De este modo, siguiendo la recomendación de algunos autores que ya han trabajado el tema (Acuña y Chudnosky, 2002; Bisang y Cetrángolo, 1997; Repetto, 2001; Tobar, 2004), y a fin de ganar poder analítico, estableceremos etapas de análisis delineadas según el grado de concentración o descentralización de la toma de decisiones, así como también del poder relativo que cobra (o pierde) nuestro actor principal: el subsistema público de salud.

La separación en períodos nos permitirá ver que el proceso de reforma fue uno de carácter secuencial, y esto nos ayudará a comprobar la afirmación de Falleti (2006) que dice que la “primera ronda de descentralización administrativa tuvo un efecto de demostración para la segunda” llevada a cabo durante la década del ‘90” bajo la promoción y el auspicio de los organismos técnicos financieros⁴⁴.

Siguiendo a autores como Acuña y Chudnosky (2002), así como el Estado no siempre se ocupó de la salud, sus políticas con respecto a la misma fueron cambiando con el correr de los años, de allí que distinguimos cinco fases: 1) el modelo “descentralizado anárquico” (hasta 1945); 2) el modelo “centralizado” (1945-1955); 3) el modelo de “descentralización del sistema” (1955-1978); 4) el modelo de “descentralización fiscal motivada por objetivos

⁴⁴ En Argentina, la transferencia de instituciones públicas de salud de Nación al ámbito provincial y municipal, comienza en el año 1956 y culmina en el año 1992 en el marco de la Reforma del Estado y la Ley de Emergencia Económica.

de corto plazo” (desde 1978 en adelante) y 5) el modelo de emergencia sanitaria y de coordinación federal (2001 en adelante)⁴⁵(ver Cuadro 4).

3.2.1 El modelo “descentralizado anárquico” (hasta 1945)

Este modelo basó su atención en el paradigma de que la salud era una cuestión de responsabilidad individual y objeto de caridad; era un problema privado que no formaba parte de la “cosa pública”. De este modo, la medicina argentina progresó de manera independiente a las funcionalidades propias del Estado. Este último solo se encargó de dar respuesta puntual y limitó su accionar al control de las enfermedades transmisibles. De allí que el rol del Estado en la salud pública fue uno de carácter subsidiario; la prestación sólo asistencial, y ante contingencias o urgencias no previstas, -en esta época no era posible pensar en un esquema de prevención- y no colectiva puesto que no constituía un derecho ciudadano. En síntesis, el sistema se desarrolló sin planificación nacional y el Estado solo se limitó expresamente a cuidar la higiene pública, controlar epidemias y vigilar la sanidad de las fronteras. Sumado a ello, las instituciones públicas se encontraban fragmentadas, descoordinadas y la formulación de políticas públicas era para el corto plazo.

3.2.2 El modelo centralizador (1945-1955)

Con la llegada del presidente Juan Domingo Perón al poder en el año 1946 cambiaron los esquemas en relación a las prestaciones de salud y el rol que debía tener el Estado central en la provisión y atención. Es así como éste se transformó en garante de la salud pasando a ser la misma, su obligación y responsabilidad. El período se caracterizó por promover una planificación centralizada. De allí que la decisión de reforma comenzó con la nacionalización de los establecimientos públicos (a pesar de que la Constitución Nacional no le daba al gobierno central atribuciones para hacerlo puesto que las provincias contaban

⁴⁵Tobar (2004) en su tesis de doctorado plantea la existencia de cuatro modelos de Estado en relación a las políticas de salud implementadas. Estos modelos involucran distintas concepciones de ciudadanía que privilegian determinado tipo de accionar. Entre ellos observamos: “la policía médica del Estado liberal” que coincide con la etapa previa al año 1945, denominada por Acuña y Chudnovsky (2002) como “modelo descentralizador anárquico”; el “Estado de compromiso” que coincide con el “modelo centralizador”; el modelo desarrollista o “modelo descentralizador” y, por último, el “modelo neoliberal” que se corresponde con el modelo de “descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo”.

con autonomía). Además, se creó una red de centros de atención ambulatoria y se diseñaron programas específicos según las necesidades epidemiológicas y poblacionales.

Este giro de 180 grados trajo aparejado una fuerte dependencia del sector con respecto al presupuesto central. La salud pública comenzó a ser tema prioritario de agenda y asunto de interés público ya que las aspiraciones del gobierno peronista eran las de mejorar las condiciones de vida y los niveles de consumo de las clases populares. Por ello, el Estado central llevó a cabo una fuerte inversión en obra pública, más específicamente en infraestructura hospitalaria (se construyeron nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios) expandiendo el servicio en todo el territorio nacional. Esto permitió la ampliación de la cobertura asistencial dirigida a sectores sociales que hasta entonces habían tenido un acceso limitado y marginal a la atención médica hospitalaria.

En el año 1949 se creó el Ministerio de Salud Pública y junto con él aumentaron los servicios y las prestaciones, también se incrementaron el número de empleados y casi se duplicaron el número de camas, pasando de 63 mil a 108 mil en 1955 (Isuani y Mercer, 1985 citado en Acuña y Chudnosky, 2002).

3.2.3 La descentralización del sistema (1955-1978)

Tras el derrocamiento de Juan Domingo Perón en el año 1955 y el inicio de la “Revolución Libertadora” -dictadura cívico-militar que va del año 1955 al 1958- se tomaron medidas tendientes a desconcentrar la toma de decisión en materia sanitaria y a transferir a las provincias y municipios las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos que hasta la década anterior habían estado en manos del gobierno central. Esta política de delegación -sin recursos- impactó de manera diferencial en los gobiernos subnacionales dependiendo su capacidad de gasto y de gestión, profundizando así las carencias originarias producto de la discrecionalidad y la improvisación (Tobar, 2002 citando a Belmartino, 1991).

A partir del '55 comenzó una progresiva desconcentración y un sostenido desfinanciamiento de las instituciones públicas. Empezaron a cobrar importancia las instituciones del sector privado y las obras sociales en detrimento del sector público.

Para el año 1957 se dió inicio a la delegación de instituciones desde el nivel central al subnacional bajo el paradigma del Estado como subsidiario. Dicho modelo giró en torno a la “provincialización” de la capacidad instalada (Acuña y Chudnosky, 2002). El objetivo final radicaba en que la provisión del servicio volviera a manos provinciales pero la coordinación y articulación del subsistema quedara en manos del Estado central, a través de la generación de organismos creados para tal fin. Es importante recalcar que la descentralización se realizó sin la transferencia de recursos, por lo que sólo se descentralizó el subsistema de manera operativa. A su vez, esta devolución se caracterizó por la falta de asistencia técnica y de acompañamiento por parte del centro a la periferia. Todo esto trajo aparejado un rápido deterioro de la infraestructura pública. Además, la baja capacidad técnica y financiera de las jurisdicciones que recibieron los establecimientos afectó la factibilidad del proceso por lo que en el año 1958 los efectores fueron reintegrados a la órbita nacional (Tobar, 2002).

En paralelo, aparecieron hospitales que fomentaban la participación de la ciudadanía y de sus empleados en la administración (Hospitales de Comunidad, Ley N° 17.102). Los mismos estaban habilitados para recaudar sus propios recursos financieros. Sin embargo, la capacidad para conseguir financiación estaba íntimamente ligada al tipo de economía regional. Esto generaba efectos dispares en el desempeño de los sistemas sanitarios provinciales, profundizando así la brecha ya existente.

En el año 1971 se sancionó la Ley N° 19.337 de “Transformación de Establecimientos Hospitalarios y Psiquiátricos en Organismos de Caracter Descentralizado” (Decreto reglamentario 3.915/72); esta ley delegó funciones administrativas a las provincias procurando una mayor independencia de los establecimientos hospitalarios respecto del origen y destino de los fondos. Sin embargo, dicha ley no llegó a implementarse. En 1973 y mediante la Ley N° 20.222 se modificó la del año 1971 pero nuevamente encontró limitaciones de índole política, económica y organizacional a la hora de aplicarse. Es en 1986, mediante el Decreto 2.367, cuando se puso en vigencia la Ley 19.337 y su reforma, Ley 20.222, estableciendo la desconcentración administrativa de 21 hospitales y centros de atención (Tobar, 2002).

Cabe agregar que en el período que va del año 1966 a 1973 se desarrolló fuertemente la capacidad privada desactivándose veinte mil camas estatales, también se redujo la cantidad de médicos y la inversión estatal en recursos físicos (Stolkiner et al., 2003 citando a Arce, 1993). Esta etapa se caracterizó por la formación de un modelo pluralista de planificación descentralizada (PNUD, 2011). Sin embargo, con la vuelta del Peronismo en el año 1973, se dio nuevamente un giro de 180 grados: se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el propósito de conformar un sistema único con eje en el Estado que asegure un acceso equitativo a toda la población (Repetto et al., 2002).

3.2.4 La descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo (desde 1978)

El gobierno de facto del período 1976 a 1983 aceleró el proceso tanto en lo que respecta la transferencia de hospitales como al desarmado del sector hospitalario público a favor del privado. La transferencia discrecional se convirtió en una política habitual y la asistencia y provisión del servicio sanitario se transformó en responsabilidad de la comunidad local, ocupándose el Estado central sólo de los sectores más necesitados. En esta época no solo se redujo el financiamiento y la provisión sino también la inversión, lo cual trajo aparejado la profundización del deterioro de la capacidad instalada (ver Anexo 3).

En el año 1978, y bajo la Ley 21.883 se transfirió la totalidad de establecimientos asistenciales que quedaban bajo la órbita nacional -65 centros hospitalarios- a las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán⁴⁶. A su vez, se descentralizaron los servicios periféricos que dependían de ellos - centros y salas de atención a la salud-. Cabe destacar que se transfirieron tanto los inmuebles como los recursos humanos, pero no hubo compensación presupuestaria por el hecho por que la cesión se debió estrictamente a un tema de logro de equilibrio fiscal de las cuentas nacionales de modo de superar el déficit (Cetrángolo y Bisang, 1997). En palabras de Tobar (2002:103) se “transfiere el conflicto a la esfera provincial liberando a presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población”, de este modo las provincias pasaron a hacerse cargo presupuestariamente de la situación.

⁴⁶ Cetrángolo y Gatto (2002:19) afirman que este proceso no formó parte de una “política de salud coordinada globalmente en la cual se establecieron pautas mínimas y comunes para el manejo de las instituciones transferidas”.

Para el año 1979 solo quedaba un 20% de establecimientos dependiendo de la órbita nacional (Tobar, 2002). A esto debemos sumarle que la transferencia no tuvo en cuenta las diferencias regionales, sociales y/o económicas originales ni las necesidades sanitarias de la población local. Esto hizo que aumente, una vez más, la brecha de inequidad sanitaria entre una provincia y otra.

En este mismo período se tomó otra medida que impactó directamente en la equidad en salud: se establecieron aranceles a los servicios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de otras 14 provincias.

Con la vuelta a la democracia en el año 1983, el deterioro de los servicios de salud se vió reforzado por una profunda crisis económica, la cual desencadenó en el total debilitamiento del subsistema público: escasez de inversión nacional-provincial en materia de salud y caída de la masa salarial aportada a las Obras Sociales producto del aumento de la desocupación, lo cual impactó en un incremento en la demanda de los servicios públicos de salud.

Teniendo en cuenta el contexto nacional e internacional, y hacia mitad de la década de los '80s, las agencias financieras internacionales comenzaron a promover una serie de políticas públicas de desarrollo para aquellos países que, como Argentina, estaban seriamente endeudados por los préstamos tomados -crisis de la deuda-. A este set de recomendaciones se los acuñó en 10 puntos que se conocen como el Consenso de Washington (Williamson, 1993)⁴⁷ y se implementaron a través de los planes de ajuste estructural y de estabilización financiera. De este modo, el gasto público procuró redirigirse desde aquellas áreas que no producían beneficios económicos, como por ejemplo la defensa o los subsidios indiscriminados, hacia áreas capaces de producir grandes beneficios sociales a través de una mejora en la distribución de los ingresos, por ejemplo, la salud.

Es así que organismos como el FMI y el BM condicionaron sus nuevos créditos a la reestructuración, privatización, desconcentración y descentralización de varios sectores,

⁴⁷ Autores como Bustelo (1992) inscriben este proceso en una “contra-revolución neoclásica” o una vuelta al liberalismo basada en dos pilares; por un lado, la liberalización externa dada por la participación plena en el comercio internacional y por el otro, interna, donde el Estado solo debe intervenir para corregir ineficiencias y desequilibrios, como es en el caso de los bienes públicos.

entre ellos el analizado⁴⁸. El suministro de nuevos fondos se aseguró mediante un acuerdo previo sobre el programa económico a implementar y la supervisión y el control por parte de estas instituciones. Se esperaba que las medidas contribuyan a la reducción de los conflictos distributivos, agudizados por la crisis económica que afrontaba el país, evitando que los mismos se canalicen hacia el Estado central. En síntesis, una nueva ola de descentralización sumó sus esfuerzos al adelgazamiento y ajuste del Estado, izando la bandera de la eficiencia y eficacia.

Siendo éste el marco, en 1986 comenzó en forma gradual la descentralización microeconómica⁴⁹. Mediante una resolución se puso en vigencia la Ley 19.337 del año 1971 y su reforma del año 1973 implicando la transferencia de 19 hospitales en total, 7 en el año 1988 y 12 en 1989.

En el año 1987 se impulsó una medida para subsanar la brecha y así mejorar la eficacia de la cobertura y fomentar la equidad: se creó el “Seguro Nacional de Salud” (Ley N° 23.660 y 23.661 de 1989) que proponía ampliar la cobertura para la totalidad de la población mediante un sistema de seguro universal. En paralelo, el sector privado y el de las obras sociales volvieron a ser reforzados, aumentando su importancia y la cantidad de clientes.

Es a partir de la década del '90 cuando se retomó con énfasis la política descentralizadora. El proceso se enmarcó en lo que se denomina la “Modernización del Estado”, inscribiéndose ésta dentro de las RSG. Estas reformas fueron promovidas por los organismos internacionales financieros –como ser el BID –1994- y el BM – 1993 y 1996- y encuadradas dentro de un paquete de políticas estatales dirigidas a modificar las relaciones sociales, económicas e institucionales, de modo de que las mismas no bloquearan la estrategia económica propuesta y el crecimiento. La política social en general y la de salud en especial atravesaron en esta época por un ajuste nunca visto.

⁴⁸ Montecinos (2005) afirma que la “descentralización fue incorporada y ocupó un papel central dentro de un nuevo dispositivo de intervención estatal desarrollado por estos organismos a partir de la crisis de la deuda”.

⁴⁹ Cabe destacar que la salud pública se financia a través de transferencias generales automáticas del gobierno nacional a las provincias. Éstas derivan del denominado “pacto fiscal”. También se financia con recursos fiscales propios; cada una de las provincias asigna de manera autónoma los recursos presupuestarios al sector (Di Gropelli, E., y R. Cominetti, 1998).

Sumado a ello, el clima social instaló la idea de que la privatización de empresas productivas y de servicios, de activos públicos y de actividades de regulación, permitía liberar recursos económicos para así destinarlos de manera focalizada a áreas prioritarias y colaborar en la reducción del déficit público.

Bajo las presidencias de Carlos Menem (1989-1999) la reforma del sector permitió hacer permeable la lógica de mercado y reducir así el gasto fiscal; el proceso de transferencia del centro a la periferia logró hacer desaparecer las partidas presupuestarias destinadas a los servicios hospitalarios (Ley de Presupuesto del año 1992). Tanto la gestión y financiamiento de los programas y de los recursos humanos, como la administración de los establecimientos se transformó en responsabilidad de cada una de las provincias y de los Ministerios de Salud provinciales⁵⁰. Es así que el proceso de descentralización en Argentina supuso solo el traspaso de responsabilidades sin la transferencia de recursos financieros ni de capacidades.

Sobre este punto, autores como Acuña y Chudnosky (2002) y Centrágolo y Devoto (2002) argumentan que el proceso de descentralización de los '90s no buscaba mejorar los niveles de eficiencia y equidad, sino que simplemente obedecía "a la presión que la Nación ejercía con el objeto de modificar en su favor la relación financiera con los Estados subnacionales". Lo único que pretendía era lograr el equilibrio fiscal de las cuentas nacionales para así rendir ante los organismos financieros internacionales.

Paralelamente, la cesión de las nuevas tareas a los agentes gubernamentales de menor nivel -provincial o municipal- se realizó de manera unilateral, sin discusión ni negociación política, de forma muy abrupta y con poca comprensión de las necesidades locales, todo ello con el fin último de minimizar el Estado Nacional. Debemos destacar que, en un inicio, los gobiernos subnacionales vieron con la transferencia de hospitales, la posibilidad de recibir fondos adicionales que mejoraran su situación financiera. Paralelamente, podrían disponer de puestos de empleo público como mecanismo de negociación política.

⁵⁰ Entre 1980 y 1995 los hospitales de dependencia nacional se redujeron de 51 a 16, los de dependencia provincial aumentaron de 3507 a 4628 y los de jurisdicción municipal de 903 a 2003 (Moscoso y Modarelli, 2009).

Ahora bien, las últimas transferencias de dependencias nacionales a las provincias se realizaron en el año 1991. El Estado Nacional dispuso la cesión de 19 establecimientos a través del artículo 25 de la Ley N° 24.061 de 1991⁵¹. En el anexo de la presente Ley se enumeraron los establecimientos y las provincias a las cuales fueron transferidos: 12 establecimientos a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 4 a la provincia de Buenos Aires y 3 a la provincia de Entre Ríos⁵². Según Bisang y Cetrángolo, (1997:32) los hospitales transferidos empleaban aproximadamente un total de 9.200 agentes y representaban un gasto de \$110,7 millones⁵³. Hacia finales de los '90 solo quedaban bajo la órbita del gobierno central, 7 establecimientos con internación y 9 sin internación. Esto reflejó un claro replanteo de las incumbencias del Estado Nacional en la prestación de los servicios de salud pública.

También se observó una distorsión en cuanto a la provisión del servicio en algunas provincias -sobre/subdimensión de camas, dotación y establecimientos- y una distribución que no se ajustó a las características y necesidades sociosanitarias y epidemiológicas de la población que allí residía. Un claro ejemplo de ello es lo que sucedió con la transferencia de hospitales y centros a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los transferidos a la provincia de Buenos Aires. La primera quedó sobredimensionada en cuanto a la cantidad de camas y empleados de la salud. Los efectores de la segunda quedaron distribuidos en zonas no tan densamente pobladas. Otro de los problemas que derivó de la descentralización es que algunos municipios impidieron que población no residente se atendiera en sus hospitales.

⁵¹ Proyección del ejercicio presupuestario de 1992.

⁵² Los establecimientos que fueron efectivamente transferidos en 1992 son los de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sólo dos de la provincia de Entre Ríos.

⁵³ Repetto et al. (2002:26). afirman que la "lógica que motivó la transferencia de hospitales de 1992 estuvo orientada a lograr en el corto plazo el equilibrio fiscal de las cuentas nacionales". Esto queda confirmado con el análisis de la evolución del gasto público en salud del Estado nacional. Entre los años 1991 y 1992 observan una disminución del gasto del orden del 22%, que fue mayoritariamente originada por la transferencia de los hospitales nacionales. Aseveran que "la organización de la provisión pública de la salud esta relacionada a las disputas entre la Nación y las provincias por el reparto de los recursos tributarios recaudados por el Estado nacional".

Retomando la evolución histórica del proceso, en el año 1993 se creó el hospital público autogestionado (Decreto 578/1993)⁵⁴. Estrategia ésta de descentralización por la cual se buscó mejorar el desempeño de los hospitales en cuanto a su autonomía, manejo de sus recursos, rendición de cuentas y recaudación.

Es así que, el objetivo era crear unidades autogestionadas eficientes capaces de conseguir su propia recaudación mediante el cobro de aranceles -muchas veces hasta compulsivos- a aquellos pacientes u obras sociales que utilizaran el servicio público; esto a modo de recupero indirecto por los servicios prestados- gastos. De esta manera, el hospital autogestionado tenía la potestad para, retener y emplear lo recaudado, orientar la producción de servicios según las necesidades de la población local y, además, celebrar convenios con terceros o firmar contratos de provisión de servicios. Por su parte el Estado Nacional evitaba y ahorra el subsidio.

Los efectores comenzaban así a absorber funciones propias de la administración como ser la ejecución del presupuesto y de los recursos generados, la gestión del sistema de compras de insumos, la administración del personal, la integración de redes de servicios, la elaboración de los reglamentos internos, normas de funcionamiento y manuales de procedimientos técnicos y administrativos, el manejo de los servicios auxiliares y demás cuestiones de administración general (PNUD, 2011, Repetto et al., 2002).

Es importante recordar que se presentaban distintos puntos de partida en relación a la cantidad de profesionales de la salud, el equipamiento médico disponible, las especializaciones y la capacidad de recaudación de las distintas unidades autogestionadas; aquellas con deficiencias estructurales iniciales tenían menor poder de recaudación⁵⁵. También debemos agregar que la atención médica gratuita quedaba restringida a los sectores de más bajos recursos que demostraban no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado. Ambas cuestiones, tenían una clara incidencia sobre la equidad sanitaria y

⁵⁴ El decreto 578/1993 estableció el registro nacional de hospitales de autogestión habilitados para cobrar por sus prestaciones a las obras sociales. En el año 2000, el régimen de Hospitales de Autogestión fue reemplazado por el régimen de Hospitales de Gestión Descentralizada (Decreto 939/00).

⁵⁵ El modelo de hospital público autogestionado no llegó a consolidarse por que el arancelamiento tuvo una aplicación moderada, en parte por la falta de pago de las Obras Sociales por el uso de sus afiliados de las instalaciones públicas y en parte por la falta de recaudación/contribución de los usuarios.

reflejaban el desentendimiento del Estado en la garantía del acceso a la atención de la salud (Giordano y Colina,2000).

A modo de cierre afirmamos que los '90s en Argentina se caracterizaron por la necesidad de redefinir las reglas de juego y especificar qué funciones tendría el Estado central y cuáles deberían ser delegadas. El Estado nacional conservó las funciones de controlar, vigilar, regular y fiscalizar, y las restantes quedaron en manos de las fuerzas de libre mercado o de las provincias y municipios. Como veremos en el próximo capítulo, esto generó un impacto inusitado en términos de justicia sanitaria y territorial.

3.2.5 Emergencia sanitaria y el modelo de coordinación federal (2001 en adelante)

En 2001-2002, frente a la emergencia sanitaria⁵⁶ producto de la crisis económica y financiera, el Estado Nacional puso en marcha una serie de medidas para limitar el impacto de la misma y fomentar la equidad. El objetivo último era darle prioridad y garantía de acceso a los grupos más vulnerables o de mayor riesgo. Para ello se planificaron una serie de programas, planes y leyes de emergencia, que buscaban proveer servicios y medicamentos a dicha población. Entre estas acciones se encontraban: el Plan Nacer, que se erigió como un proyecto de inversión en salud materno infantil que brindaba cobertura a embarazadas, puérperas de hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tenían plan u obra social. El objetivo del Plan era disminuir los índices de morbimortalidad materno infantil fortaleciendo a su vez la red pública de atención primaria de la salud; el Programa Remediar, programa auspiciado por un préstamo del BID, cuyo objeto era la provisión directa y universal de medicamentos al momento de la consulta en cualquier efector del primer nivel de atención médica a nivel nacional (Essayag, 2010) y la Ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico. Paralelamente, se comenzó a discutir en el Consejo Federal de Salud una estrategia sectorial de mediano y largo plazo. De allí que se proponían dos alternativas: una que implicaba la participación y consenso de todas las provincias, puesto que son responsables de la provisión de salud pública; otra que planteaba la

⁵⁶ Maceira expone que durante la crisis se hizo más fácil alinear intereses puesto que el gobierno central financiaba a aquellas provincias que adherían a sus directrices (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018).

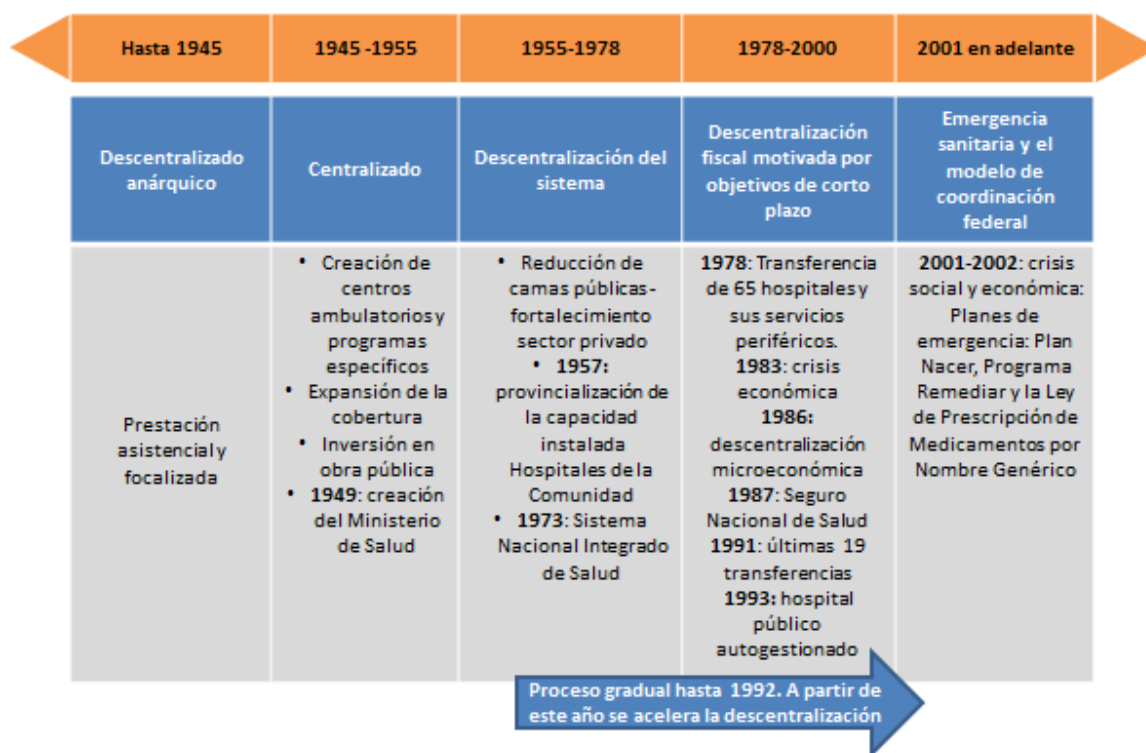
necesidad de reformas secuenciales y flexibles para adecuarlas y adaptarlas a las circunstancias de cada jurisdicción.

3.3 Reflexiones finales en torno al proceso de descentralización sanitaria en Argentina.

Lo expuesto en este apartado nos ha permitido explorar el proceso de descentralización de la salud argentina en sus distintas fases. Si bien la expansión del servicio se da entre los años 1945 y 1955 -modelo centralista- a lo largo de las últimas cuatro décadas predomina un modelo de carácter centrífugo.

Comprobamos que, bajo este último modelo, la decisión de prestar un servicio de salud de manera descentralizada está condicionada por el entorno macro fiscal. No responde a los imperativos de la política sectorial de salud, sino que a las restricciones económico-financieras presentes. Es así que la gestión descentralizada se transforma en una estrategia para reducir el déficit fiscal, contener los costos, modificar las formas de asignación de recursos y transferir el riesgo, lo que hace resolver el “problema de la racionalidad” (Tobar, 2002). En otras palabras, la descentralización y la gestión descentralizada son parte de una respuesta a un problema financiero entre los gobiernos provinciales y el central, que busca reducir el tamaño del Estado, alterando el reparto de fondos y modificando el compromiso del gasto (Dachs, 2001).

A modo de recapitulación construimos la siguiente línea de tiempo donde podemos observar las distintas fases del proceso de descentralización acaecido en Argentina y los principales hitos y características de cada etapa.

Cuadro 4: Línea de tiempo del proceso de descentralización

Fuente: Elaboración propia en base a Acuña y Chudnosky, 2002.

Es importante recalcar que a partir del año 1978 se profundizan las brechas geográficas de equidad sanitaria (tercera etapa) ya que cada jurisdicción tiene la potestad para definir qué porcentaje de su presupuesto y de los recursos coparticipados dedica al sector de la salud. Quedan así configurados 24 sistemas de salud con características distintas donde la responsabilidad de la provisión de salud descansa sobre los recursos y la capacidad que posee cada gobierno provincial. De esta manera, la sostenibilidad financiera y eficiencia del sistema priman en la agenda, desplazando las preocupaciones sobre la distribución de los resultados de la salud y sobre la equidad.

Paralelamente, observamos que la descentralización y la distribución de los servicios sanitarios no tienen correlación con las necesidades epidemiológicas y/o sanitarias ni con la cantidad de población que habita en cada jurisdicción. Es por ello que, a las inequidades originarias de cada provincia, se le suman las creadas por el apuro tecnocrático de los actores gubernamentales y por las presiones externas de los organismos de crédito para reducir el déficit fiscal. Todo esto agrava “las desigualdades en el acceso conduciendo

progresivamente a una distribución cada vez menos equitativa de la capacidad instalada, así como de su calidad y resolutivez” (Tobar, 2002:128).

Ante la seguidilla de fracasos en términos de reducción de brechas de pobreza y desigualdad (Burki y Perry, 1998), los años ´90 vieron surgir la propuesta para una “segunda generación de reformas” que, como hemos comentado, busca generar impacto hacia dentro del Estado⁵⁷. La reforma prevee que un esquema de gestión descentralizada sirva como “instrumento para la estabilización de un sistema (político) y económico en crisis” (Von Handenwang, 1990), resultando en un fortalecimiento de la equidad y en una mejora en las prestaciones de la salud que contribuya al bienestar de la población, a la mejora de la calidad de la asistencia, a la productividad y a la eficiencia del mercado, creando nuevas y variadas oportunidades para los distintos tipos de públicos.

También esta modalidad de gestión e implementación de las políticas públicas de la salud fortalece las capacidades de gestión de los gobiernos subnacionales redefiniéndose (una vez más) los roles, las funciones y las competencias entre el nivel nacional y el subnacional. Cada una de las unidades locales obtiene autonomía para diseñar sus propias estrategias de acción teniendo en cuenta las condiciones infraestructurales, financieras y las características de su población y de la región. A su vez, contempla al ciudadano en su calidad de usuario y cliente rigiéndose por los criterios del mercado, con orientación empresaria.

Sin embargo, los defensores y promotores de este paradigma olvidan, una vez más, reparar en el impacto de la descentralización en el desarrollo humano y en la equidad en el acceso a prestaciones sanitarias de calidad por parte las poblaciones o provincias más relegadas⁵⁸. Es así que, en la práctica, y a pesar de que la reforma enuncia acercar la gestión pública a la ciudadanía, ejerciendo una triple transferencia: de poder (responsabilidades, gestión y autoridad – decisión), de competencias y de recursos, la descentralización de la salud en Argentina y su gestión termina siendo un mero desplazamiento de responsabilidades

⁵⁷ Cabe resaltar que existe una diferencia en el marco político institucional de las dos generaciones de reformas. Las acaecidas en los ´70s estuvieron protagonizadas por un gobierno de corte autoritario y las realizadas en los ´90s se produjeron con plena vigencia de los derechos constitucionales y bajo un gobierno democrático.

⁵⁸ Según el PNUD (2006b), la perspectiva del desarrollo humano impone que la descentralización se evalúe desde lo que les sucede a los sectores de renta baja, a los que menos libertad real pueden ejercer.

administrativas. No trae aparejado cambios en el acceso ni en la calidad de atención, los estados de salud de la población, el desarrollo local de la provincia o los niveles de participación de la sociedad civil. Según Regazzoni tampoco tiene en cuenta las demandas ciudadanas de cada jurisdicción agravando así la inequidad en salud (entrevista de la autora a Carlos Regazzoni, 21/09/18).

Como hemos demostrado en este apartado, el proceso se realiza a partir de la toma de decisiones unilaterales por parte del gobierno central, sin diálogo, acuerdo, planificación ni comprensión del nivel local. Sobre este punto el PNUD (2011) agrega que la fuerte descentralización de los servicios de salud no puede ser considerada como un avance de los gobiernos subnacionales sobre el poder central ya que el proceso está fuertemente marcado e impulsado por la voluntad y los intereses del segundo. A esto debemos sumarle que las instituciones locales no tienen los incentivos, el capital humano, la infraestructura ni experiencia en gestión necesaria para sobrellevar exitosamente el proceso. Tampoco los estados de salud y las necesidades epidemiológicas eran similares entre una unidad y la otra.

Sobre este asunto, autores como Cetrángolo y Devoto (2002) afirman que “una parte de las falencias que presenta hoy la salud pública (en términos de equidad y eficiencia) tiene su origen en el defectuoso proceso de transferencia de servicios a provincias y municipios”. Otros autores como Finot (2001), Ugalde y Humeres (2002) y Manzanal (2006) se suman a cuestionar los procesos de descentralización de la salud pública en Argentina en lo que respecta a su eficacia, eficiencia y efectividad, así como también en lo que refiere al aumento de la democratización, la equidad, la reducción del gasto público o al fomento del desarrollo local. Moreno Fuentes (2009) agrega que producto de una “estructura de gobernanza multinivel” y un reparto de competencias entre los órdenes involucrados – fragmentación intrasistema- se dificulta la cohesión, coordinación e integración del subsistema público, generando también impactos directos en la equidad en salud. Esto trae como consecuencia que se presenten en una misma Nación, distintos estados de salud en la población y distintos niveles de acceso y calidad.

En conclusión, el proceso entero, pero más específicamente los dos grandes momentos en que se realiza la devolución de establecimientos del centro a la periferia (1978) y que se

completa el traspaso (1991), obedece a factores exógenos al sector sanitario. Es decir, a la necesidad de la Nación de modificar a su favor la relación financiera con los Estados subnacionales⁵⁹. Además, sigue una lógica administrativa y de distribución de poderes e institucionalidades (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018). No gira entorno a la mejora de la eficiencia en la producción, la equidad o la homogeneidad en la cobertura y no se asocia a los niveles de necesidad sanitaria de la población.

Podemos aseverar que el proceso de gestión descentralizada de la salud peca de tecnocrático además de declarativo; se olvida de los resultados sanitarios que busca y de los factores de riesgo, de las necesidades particulares de cada provincia y de identificar y proteger a los grupos de población más desfavorecidos que utilizan mayoritariamente el servicio⁶⁰. Todo esto a favor de la eficiencia financiera, pero en detrimento de la equidad sanitaria.

⁵⁹ En la década del '70 el objetivo era reducir el gasto fiscal central de acuerdo a los requisitos impuestos por el Fondo Monetario Internacional, en los 90's, incrementar los recursos para el pago de la deuda.

⁶⁰ Maceira expresa que *la descentralización convalida la distribución del ingreso* (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018).

Capítulo 4: Análisis de caso. Gestión descentralizada de la salud en la República Argentina. ¿Éxito o fracaso en términos de equidad sanitaria?

En este apartado intentamos dar una respuesta a porqué el subsector público de salud, erigido bajo la fórmula de gratuidad y cobertura universal, encuentra con el paso del tiempo y la acumulación de reformas descentralizadoras, serias limitaciones y deficiencias en los niveles de equidad sanitaria y de desarrollo humano.

Para realizar este análisis tendremos en cuenta una batería de indicadores que operacionalizan nuestra variable dependiente (equidad sanitaria) y sus dimensiones (acceso a las prestaciones de salud, calidad en las prestaciones de salud y estado de salud de la población). La presente definición operacional está basada en la recomendación de autores como Porto (2002), Artells (1983) y Mooney (1983) quienes definen 7 formas distintas. En esta tesis recuperamos tres de ellas: igualdad de gasto per capita, igualdad de recursos per capita frente a necesidades iguales (correcciones basadas en el perfil demográfico y epidemiológico) e igualdad en las condiciones de salud (reflejado en los indicadores epidemiológicos).

De esta manera, procuramos demostrar los impactos del proceso de transferencia y devolución en términos de equidad sanitaria y señalar las consecuencias que trae aparejada una gestión descentralizada de la salud en términos geográfico-territoriales, producto de un desigual desarrollo económico y de una desigual capacidad de generar ingresos tributarios propios para el financiamiento del sistema público de salud.

Con el fin de organizar el capítulo destinaremos un apartado a cada una de las dimensiones de la variable “equidad en salud” intentando dar cuenta de la incidencia de un esquema de gestión descentralizada en ella. Puesto que observamos que el acceso a las prestaciones de salud y la calidad de éstas están íntimamente relacionadas entre sí, articularemos ambas dimensiones a modo de realizar un análisis general. No debemos olvidar de reparar en el impacto de estas dos dimensiones en los estados de salud de la población y, por ende, la relación circular y dependiente entre las tres dimensiones detalladas y sus indicadores.

4.1 Estados de salud de la población

En Argentina nos topamos con significativos contrastes preexistentes al proceso de descentralización, que el mismo ha mantenido con el correr del tiempo, y en algunos casos y años, hasta ha acentuado, generando significativas brechas de desarrollo entre las jurisdicciones. Autores como Di Gropelli, E., y R. Cominetti (1998) afirman que es necesario examinar con atención las disparidades poblacionales (y de condiciones socioeconómicas) preexistentes en el territorio nacional puesto que las mismas constituyen “la justificación principal de un proceso de descentralización, pero también pueden ser la causa del impacto negativo de la reforma sobre la equidad espacial” y según nuestro análisis, sobre la equidad sanitaria⁶¹.

Existen diferencias en los estados de salud de la población de cada una de las provincias. Por un lado, disparidades sanitarias entre la población de una misma jurisdicción; por otro lado, desigualdades sanitarias entre los habitantes de las diferentes provincias. En este apartado trabajaremos sobre las segundas.

Destacamos a su vez, que el estado de salud de la población y sus indicadores están causalmente relacionados y como consecuencia, son altamente dependientes del desarrollo económico de la región y/o de la jurisdicción y de la capacidad de los gobiernos subnacionales de definir esquemas de financiación propios y de disponer de recursos específicos para el área de salud (PNUD, 2013). A su vez, cualquier brecha de desarrollo y de capacidades que se presente, trae aparejada desiguales oportunidades de autorrealización y de potencial de la salud de la población.

Para el caso bajo análisis observamos la ausencia de un nivel básico y uniforme para la canasta básica de salud y la presencia de posiciones diferenciales frente al uso. A esta situación se le suman diferentes tipos de gestión y organizaciones internas de los servicios provinciales lo cual trae dificultades a la hora de conformar un sistema homogéneo⁶²,

⁶¹ Ugalde y Homedes (2008) citan a autores como Ase (2006), Barrientos (2002), Hernández (2002), Collins et al. (2000) que concluyen que la descentralización reproduce e intensifica las inequidades.

⁶² Sobre este punto Maceira comenta que cada provincia establece sus pautas, pero hay un esfuerzo federal de modo de alinear a todos los jugadores. Este esfuerzo se traduce en “programas verticales de carácter nacional,

articulado y coordinado a nivel nacional. La presencia de distintos tipos de alcance y de calidad de cobertura pública genera desiguales estados de salud entre las jurisdicciones.

Lo hasta aquí desarrollado se refleja en determinados indicadores, por ejemplo, en los amplios márgenes de tasas de mortalidad infantil⁶³ y de esperanza de vida entre las provincias⁶⁴. Si bien cuando realizamos la comparación inter-temporal (1980-2014) notamos que los indicadores en términos generales han progresado⁶⁵, aunque con retrocesos en algunos años y para algunos casos, siguen presentándose brechas muy profundas cuando realizamos la comparación para un mismo año entre las distintas jurisdicciones.

En los mapas de coropletas adjuntos a continuación (Mapa 1) figuran los cambios producidos en la tasa de mortalidad infantil (TMI) para el año 1983 y 1992, consideramos ambos años como representativos para el proceso de gestión descentralización de la salud (1978 y 1992). Si bien en términos generales observamos una mejora para todas las provincias, notamos la reproducción de situaciones de inequidad entre las mismas, inequidades que el proceso de descentralización no ha saldado.

Teniendo en cuenta la Tabla 2 para el año 1983 la TMI en Jujuy, Salta y Chaco supera la tasa de los 46 por mil nacidos vivos, mientras que, para el mismo año, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tiene una tasa de casi 30 puntos menos (16.6 por mil nacidos vivos). En otras palabras, mientras que en Chaco y Salta mueren 46 niños cada mil nacidos vivos, en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mueren alrededor de 17. Por cada 10 niños que fallecen en Tierra del Fuego, perecen 48 en Jujuy. Advertimos que para el año 1992 la brecha se acorta, pero no se salda: la TMI de Tierra del Fuego es de 11.2 por mil nacidos vivos pero la de la provincia del Chaco es de 33.5 puntos; la de Neuquén es de 16.2 pero la de Salta es de 32.8. Es preciso comentar que el caso de Santiago del Estero-siendo ésta una de las provincias más pobres del país- resulta ser bien paradigmático. La TMI va en contra

que juegan la relación incentivo monetario- no monetario contra el cumplimiento de pautas comunes” (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018).

⁶³ Según el estudio de Lago et al. (2013) la tasa de mortalidad infantil es una variable proxy muy sensible del estatus de salud poblacional.

⁶⁴ Maceira (2009) verifica que las consultas curativas disminuyen a medida que aumenta el nivel de ingresos de las familias. Los sectores en situación de pobreza (primeros quintiles de ingreso) solicitan atención médica sólo ante una necesidad concreta (no con fines preventivos). Esto explicita una vez más las diferencias en el tipo y calidad del acceso y en las oportunidades presentes y futuras.

de la tendencia general: se incrementa en casi 4 puntos, pasando de 24.9 por mil nacidos vivos en 1983 a 28.7 en 1992. Finalmente, si comparamos los mapas de distribución de la TMI (Mapa 1) observamos que en el de 1983 la distribución es relativamente aleatoria, no respondiendo, a simple vista, a criterios políticos o económicos. No obstante ello, observamos tasas similares para las provincias del norte -que rondan entre los 28 y 33 puntos-, conformando así una unidad más homogénea. En el mapa del año 1992 visualizamos la conformación de dos bloques bien marcados que coinciden con el mapa de la pobreza: el norte, de renta baja, y el centro-sur, de renta media. Situación que coincide con las regiones más productivas del país y, por ende, con las zonas con mejores niveles de desarrollo económico.

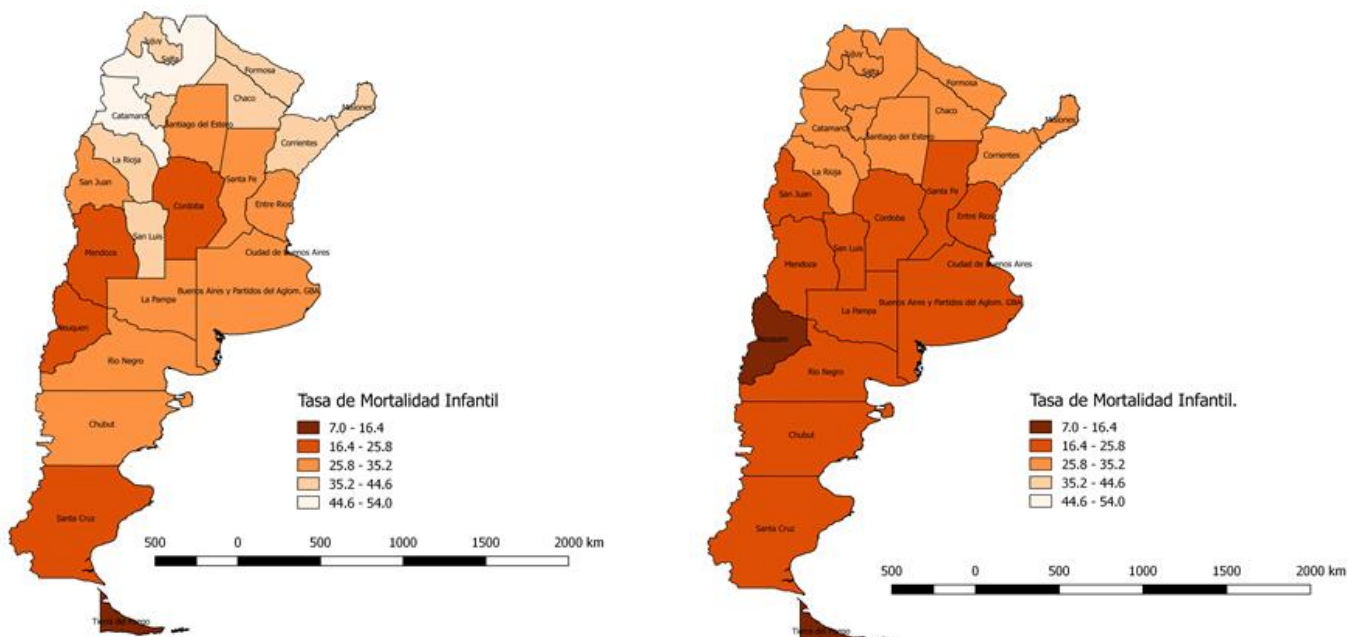
Es preciso aclarar que la variación de la TMI para los años 1983 y 1992 es positiva (salvo para el caso de Santiago del Estero). En este sentido baja la cantidad de muertes de niños cada mil nacimientos siendo la reducción promedio de 8.3 puntos. La pregunta que surge es si la reducción de las tasas está relacionada a factores exógenos o a la gestión descentralizada de la salud.

Tabla 2: Tasa de Mortalidad infantil cada mil nacidos vivos para los años 1983 y 1992

Jurisdicción	Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos	
	1983	1992
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16,6	14,9
Buenos Aires y Partidos del Aglom. GBA	28,3	23,5
Catamarca	34,3	28,1
Chaco	46,4	33,5
Chubut	34	19,9
Córdoba	24,8	19,6
Corrientes	37,3	27,7
Entre Ríos	31,4	22,1
Formosa	37,5	32,3
Jujuy	47,9	32,5
La Pampa	26,1	21,3
La Rioja	43,4	26
Mendoza	25	22,1
Misiones	34,9	27
Neuquén	27	16,2
Río Negro	32,5	22,7
Salta	46,2	32,8
San Juan	30,5	23,7
San Luis	33,4	23,7
Santa Cruz	27,8	20,6
Santa Fe	32,2	20,9
Santiago del Estero	24,9	28,7
Tierra del Fuego	10,5	11,2
Tucumán	31,4	28,8

Fuente: INDEC, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información suministrada por el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Mapa 1: Tasa de mortalidad infantil cada mil nacidos vivos, años 1983 y 1992

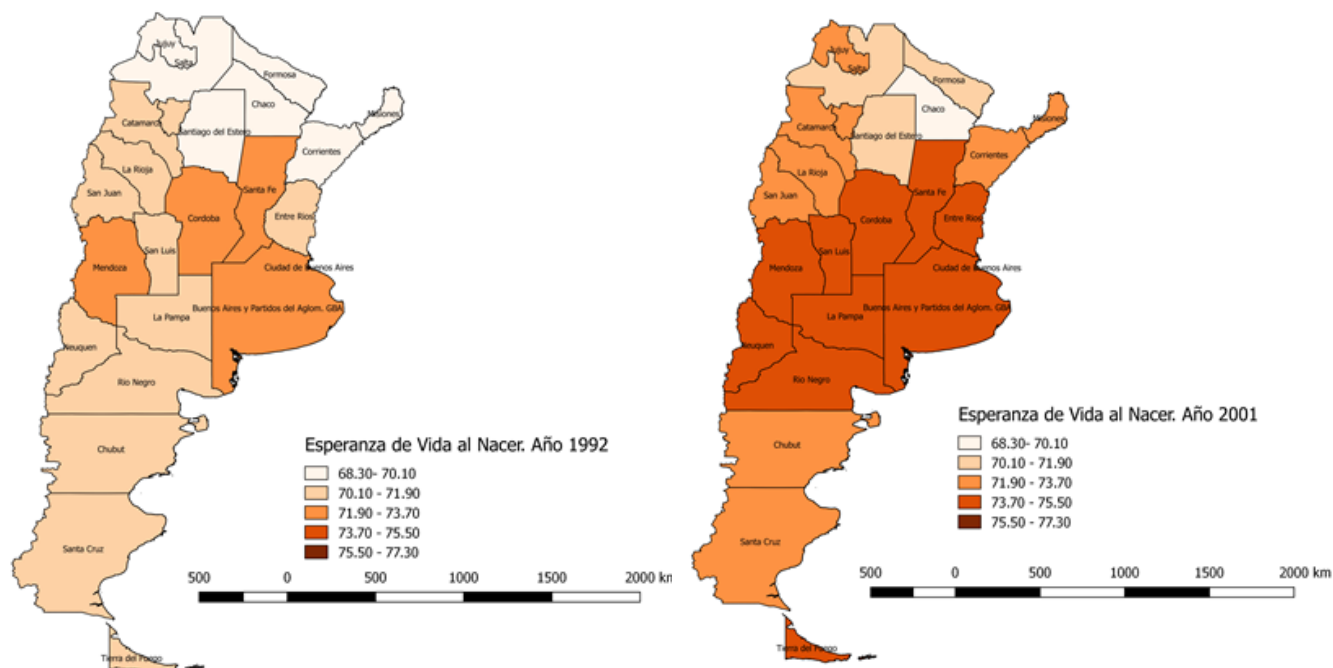


Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del INDEC, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información suministrada por el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Ahora bien, observamos que ocurre algo similar con el indicador Esperanza de Vida al Nacer (EVN) -general-, siendo para el año 1992, de 75,91 años para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (equiparándose a tasas de países desarrollados) y de 69,02 para provincias como Jujuy⁶⁶. Existe una diferencia de casi 7 años entre una y otra. En el Mapa 2, queda una vez más demostrada la desigualdad entre las provincias del norte en relación a las del centro y el sur (con excepción de Tierra del Fuego y Santa Cruz).

⁶⁶ Debemos hacer notar que la EVN es un indicador muy sensible dependiendo del sexo del individuo. Es así que el valor desagregado de la EVN para el año 1992, fue de 71,8 años para los varones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 79,39 para las mujeres y de 65,24 años para los varones jujeños y 71,65 años para las mujeres.

Mapa 2: Esperanza de Vida al Nacer. Evolución histórica comparada, años 1992-2001



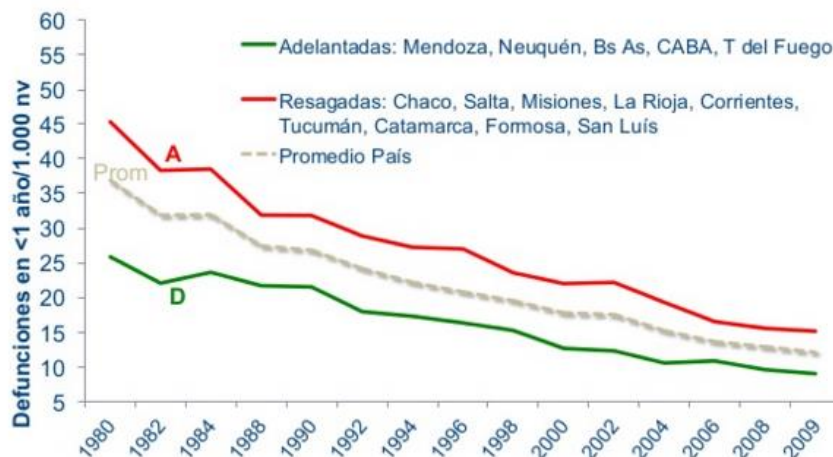
Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del INDEC, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información suministrada por el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Por su parte, la Fundación Pensar (2013) incorpora un nuevo indicador que refuerza el argumento desarrollado y confirma la relación causal entre las variables bajo análisis; observamos entonces que el cambio en una variable genera un cambio en la otra. El Gráfico 2 da cuenta de la evolución de las defunciones en menores de 1 año cada mil nacidos vivos y de las oscilaciones de la brecha (ello en relación a la media) a lo largo de los años 1980-2009 entre provincias “adelantadas” (Mendoza, Neuquén, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego) y “rezagadas” (Chaco, Salta, La Rioja, Corrientes, Tucumán, Catamarca, Formosa, San Luis).

En términos generales percibimos una mejora y una reducción de la brecha. Sin embargo, también distinguimos grandes retrocesos en los años 1982, 1984, 1990, 1992, 1996 y 2002, durante los cuales se reproduce y hasta profundiza la grieta interjurisdiccional.

Estos valles coinciden con crisis económicas y sociales, con las intervenciones de organismos financieros internacionales y con los ajustes en el gasto público, y también con determinados hitos del proceso de descentralización -por ejemplo, la transferencia de hospitales públicos realizada en 1992-.

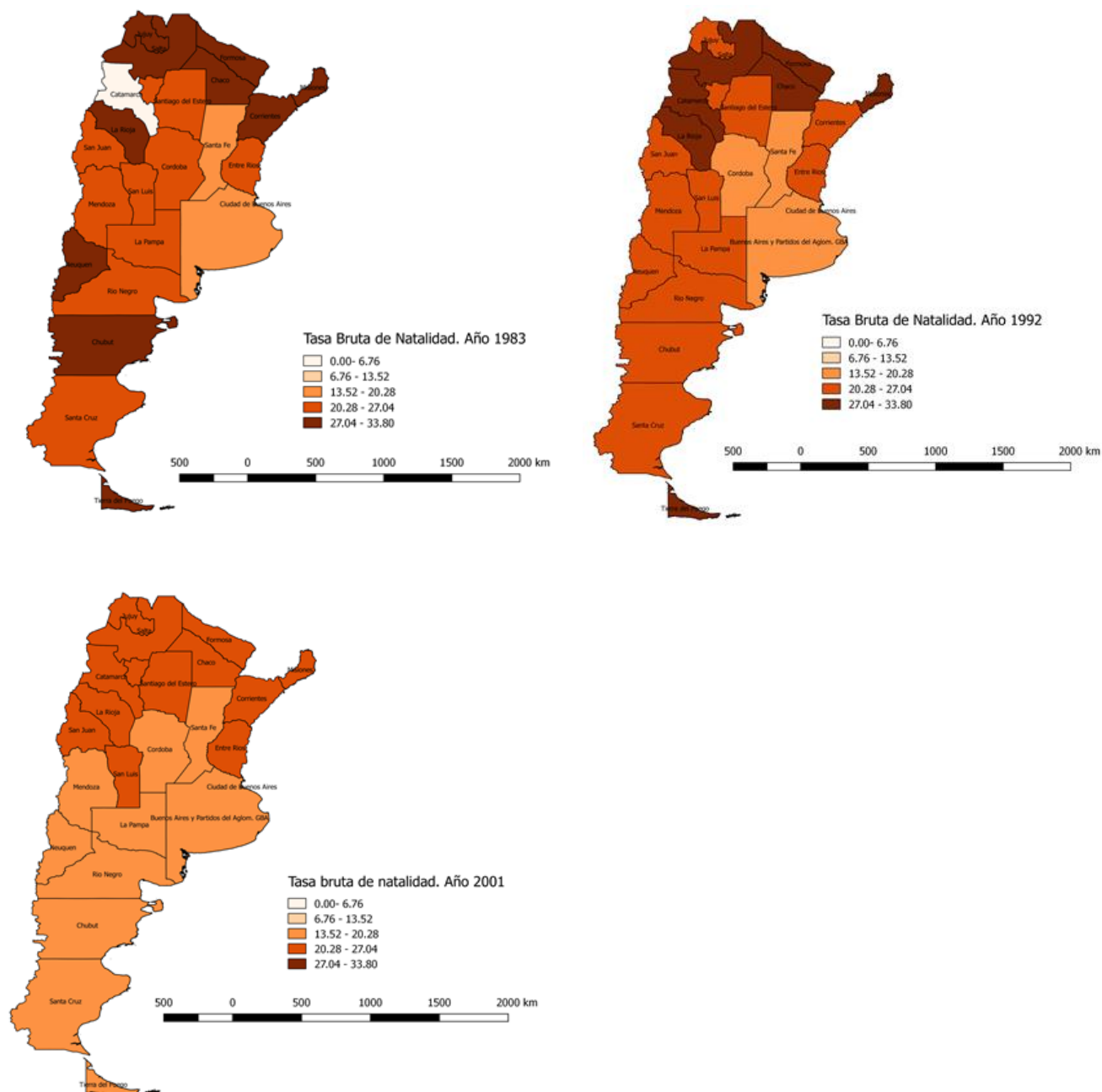
Gráfico 2: Evolución de las defunciones en menores de 1 año cada 1000 nacidos vivos por conjunto de provincias: rezagadas y adelantadas



Fuente: Fundación Pensar- Regazzoni (2013).

En relación a la tasa bruta de natalidad por mil habitantes según provincia de residencia de la madre (ver Mapa 3), entendemos que, a pesar de que se haya descentralizado la salud, en la evolución histórica de los años 1983 y 1992 se mantienen las brechas interregionales (también para el 2001 aunque con contrastes más matizados). De esta manera, podemos distinguir claramente dos bloques homogéneos con índices similares: el de las provincias del norte (provincias rezagadas) y el de las provincias del centro-sur del país (provincias adelantadas). Las primeras son las que mayor inequidad sanitaria presentan. Cabe destacar también que las provincias que conforman los bloques regionales tienen un comportamiento similar en cuanto a la distribución de los ingresos, los niveles de riqueza (medidos en términos de PBI) y el gasto en salud per provincial per cápita (ver Anexo 2). Sobre este punto volveremos en el próximo apartado.

Mapa 3: Tasa Bruta de Natalidad, años 1983, 1992 y 2001



Nota: no se calculó la tasa de Catamarca para el año 1983 por contarse con datos incompletos.

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del INDEC, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información suministrada por el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Observamos entonces que no es lo mismo nacer en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que en la provincia de Formosa. La oportunidad de gozar de una buena salud y acceder al subsistema público de salud, son bien distintas. En relación a este último punto algunos estudios ya han comprobado que dependiendo del territorio donde se nazca varía la distribución social de las oportunidades y la distribución interpersonal del ingreso (León, 1982 citado en Boisier, 1992) y con esto, al acceso a una prestación de salud de calidad y a una vida plena⁶⁷. En otras palabras, un sujeto tiene diferentes oportunidades (no solo durante el proceso de salud-enfermedad, sino que durante el ciclo de vida) dependiendo de las condiciones socioeconómicas que poseen sus ascendentes (trama social) así como también las condiciones y capacidades de la región o provincia en la que haya nacido (barreras sanitarias, institucionales, económicas y geográficas⁶⁸). Esto hace que se presenten importantes disparidades regionales en los estados de salud de la población que la descentralización no ha podido reparar y/o abordar.

Es así que la gestión descentralizada de la salud pública y sus efectos traen consigo: a) un mantenimiento de las desigualdades “originarias” interprovinciales en términos de estados de salud de la población, b) una multiplicidad de respuestas y esfuerzos locales en relación a los procesos y a los resultados de salud (parciales y tenues todas ellas) -atado a la capacidad financiera de la jurisdicción-, y c) una dificultad mayor por parte del Estado central de ejercer la rectoría y coordinar estas respuestas locales de modo de “armonizar” y “homogeneizar” los estados de salud de la población de las distintas regiones, en vistas de lograr un equilibrio y compensar las desigualdades territoriales, económicas y sociales preexistentes que quedan reflejadas en la calidad y cantidad de servicios a los que la población tiene acceso (Finot, 2001, 1999).

Si bien compartimos la visión de algunos organismos multilaterales como ser las Naciones Unidas, a través del PNUD (2006), que un esquema de descentralización de la salud bien planificado es decir no entendido éste como meta sino como instrumento que lleva a la mejora de la calidad de vida de la población, es condición necesaria para el logro de la

⁶⁷ De la “calidad” del territorio y de las capacidades estatales dependen variables como la autorrealización, la capacidad de tener cubiertas las necesidades básicas, así como también la distribución de las oportunidades de acceso de las personas (Boisier, 1992).

⁶⁸ Ya el Federalismo Fiscal señalaba que la descentralización podía traer aparejadas inequidades geográficas en el acceso a los servicios de atención sanitaria dada las diferencias en los recursos públicos disponibles.

equidad y por ende del desarrollo del país, concluimos que en materia de equidad en salud, la descentralización en Argentina y su gestión descentralizada no erradica los “desbalances horizontales” (Di Gropelli, E., y R. Cominetti, 1998), es decir las brechas sanitarias inter-territoriales, ya que la provisión del servicio reproduce y no corrige los desequilibrios regionales preexistentes producto de las distintas *“historias de los sistemas de salud provinciales, de las necesidades, de los perfiles epidemiológicos y de las creencias”* (entrevista de la autora a Isabel Duré, 17/07/18).

4.2 Acceso a las prestaciones de salud y su calidad

4.2.1 El gasto en salud provincial per cápita

Junto con el proceso de transferencia y devolución, notamos serias deficiencias y diferencias tanto en términos de fortalecimiento de la gestión local y participación ciudadana como en la generación de capacidades institucionales y administrativas para sobrellevar las nuevas funciones y responsabilidades sin presupuesto.

A las carencias en cuanto a la posesión de algunas competencias y habilidades se le suman distintas modalidades operativas y de organización, diferencias en los marcos regulatorios, pero, sobre todo, diferencias en la asignación, uso, generación de recursos económicos y capacidad de financiamiento. Concebimos así distintas estructuras de gasto público en salud, entendiendo por este último a la magnitud de la canasta de bienes y servicios sanitarios que una provincia pone a disposición de sus habitantes (Lago et al., 2012).

Como hemos comentado en el desarrollo de esta tesis, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud erigiéndose éstos como los responsables de la provisión y prestación de bienes y servicios sanitarios⁶⁹. Sin embargo,

⁶⁹ La Constitución Nacional establece competencias diferenciales para la Nación y las provincias, otorgándole a éstas últimas la de reglamentar el ejercicio del derecho a la salud y establecer a qué jurisdicción corresponde la obligación de satisfacerlo. Las provincias pasan a reglamentar el ejercicio de los derechos asignados por los artículos 14, 75, 121 y 125 de la Constitución Nacional. Según Cetrángolo, este es el *“pecado original”* y lleva al orden central a devolverle *“algo que nunca tendría que haber hecho el Estado Nacional de acuerdo con la Constitución”*. El autor agrega que esta es *“una falla en la Constitución”* (entrevista de la autora a Oscar Cetrángolo, 05/10/18). Maceira adhiere a esta posición afirmando que la descentralización es previa a la creación del sistema de salud ya que se parte de un Estado Nacional creado a partir de una confederación de Estados que delegan funciones en el primero (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018). Por su

disponen de menos recursos fiscales en comparación con la recaudación de los impuestos nacionales por parte del gobierno central⁷⁰, debiendo salir a compensar (o no) con recursos propios, la distribución deficiente que realiza este último, de modo de contener la presión de la población que brega por mejoras en el acceso y calidad de la prestación. Duré agrega que cuantos menos recursos tenga una provincia y más dependencia de los recursos centrales menor será su capacidad de negociación con el gobierno nacional por el reparto de los recursos tributarios recaudados, haciendo valer de manera distinta su autonomía (entrevista de la autora a Isabel Duré, 17/07/18) y quedando así limitada la capacidad de definir localmente la estrategia de acción provincial.

Ante un escenario caracterizado por fuertes brechas de desarrollo regional causadas por limitaciones económico-productivas, la presencia de estrategias de compensación presupuestaria (producto de la necesidad de igualar luego de la descentralización de la salud) ha colaborado en consolidar las iniquidades preexistentes que se ponen de manifiesto tanto en las condiciones de vida como en los niveles de desarrollo humano de esos territorios. (Cetrángolo y Gatto, 2002).

Siguiendo esta línea, análisis como los de Lago et al. (2013) han demostrado que las provincias con mayores niveles de riqueza (PBI), asociados a la capacidad de obtener recaudación propia mediante tributos locales y mayores niveles de gasto público en salud per cápita, presentan mejores indicadores de acceso (ver Anexo 2).

Sobre este punto, Finot (1999) aclara que el gasto público por habitante sigue concentrado en los territorios más ricos. Cuanto mayor es la descentralización, y a pesar de los sistemas redistributivos que la acompañan, mayor la diferenciación interterritorial en términos de calidad y cantidad de los servicios prestados (...) Si bien se trata de asegurar un mínimo para todos los territorios, entre éstos emergen algunos cuya disponibilidad de recursos propios es desproporcionadamente elevada en relación con el resto, generando notorias inequidades en la cantidad y la calidad de los servicios prestados. De esta forma, el acceso a

parte, el Decreto 1296/1992 esboza que el Estado Nacional se hace de un rol de conductor general del sistema, de articulador y distribuidor de recursos, delegando su función de administrador de servicios.

⁷⁰ La estructura tributaria del país se constituye por impuestos que se cobran desde el nivel central (ejemplo: impuesto al valor agregado), sin embargo, parte sustantiva es transferida a los gobiernos provinciales mediante esquemas de reparto que giran alrededor del Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos (Cetrángolo, 2014 citando a Cetrángolo y Jiménez, 2004).

las prestaciones de salud está determinado, por los estados de salud, por las necesidades de salud de la población (determinaciones sociales, económicas y biológicas) pero también, por las características de la oferta de servicios de salud que queda estructurada en función del gasto asignado.

Lo hasta aquí desarrollado deriva en un sistema heterogéneo y fragmentado con una clara dispersión territorial de los resultados de salud y de las prestaciones: cobertura desigual dependiente tanto de las condiciones socioeconómicas de la jurisdicción como de los grados de autonomía hospitalaria y los niveles de integración de las redes de atención. De allí que una organización descentralizada del servicio y las características geográficas, sociales y económicas de la provincia, determinan un acceso diferencial para cada grupo poblacional. De esta forma, la localización de cada individuo lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud (Cetrángolo, 2002, 2011).

En resumen, se presenta en un mismo territorio nacional 24 experiencias bien diferentes puesto que cada jurisdicción tiene distinta autonomía de decisión y distinta capacidad de generar recursos propios y, en base a esto, potestad para definir que porcentaje de su presupuesto y de los recursos coparticipados asigna al área de la salud. Esto conlleva a una diferencial distribución del gasto en salud por habitante, a distintos niveles de provisión de servicio y de acceso y a distintos resultados de salud. Cuestiones todas que fomentan la inequidad sanitaria interjurisdiccional⁷¹.

Siguiendo a Porto (2002) “distribuciones geográficas más equitativas de recursos financieros deberían efectuar redistribuciones en favor de las regiones con condiciones sanitarias y socioeconómicas más precarias”.

A lo anteriormente expuesto debemos agregar que el sector de la salud suele perder participación a favor de otros sectores con mayor capacidad de presión y que además el

⁷¹ Según Cetrángolo y Gatto (2002), a principios de los 80s las provincias que más recursos destinaban al sector salud gastaban per capita casi el doble que las que menos lo hacían. En los años '90s el gasto en salud per cápita de las jurisdicciones que más recursos destinaban llegaba a cuadruplicar a las que menos asignaban. Un claro ejemplo de ellos es el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para el año 2000, el gasto en salud fue 2.7 veces superior al promedio ya que esta ciudad poseía tanto una infraestructura como una demanda desproporcionada.

propio gasto en salud privilegia el pago de salarios, lo que hace que muchas veces nos se dispongan de los insumos básicos ni de presupuesto para contratar servicios o comprar de equipamientos y nueva tecnología (Cetrangolo y Gatto, 2002).

Como podemos observar en la tabla 3 y los gráficos 3 y 4, el gasto público provincial en salud per cápita es muy dispar entre una jurisdicción y otra, comparando los años '90s y los primeros años de la década del 2000⁷². Encontramos diferencias estructurales de gasto, pero también grupos de provincias con rasgos y comportamientos similares en cuanto a los porcentajes que asignan al sector salud. Tobar et al. (n/d) agregan en su estudio que mientras que para el año 1996, Formosa gasta poco más de \$360 por habitante, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires supera los \$1500 (en el estudio realizado por Tobar et al. (n/d) se incluye el gasto en salud de los tres subsectores). El porcentaje de población no cubierta con obra social o plan médico no guarda relación con el gasto provincial en salud per cápita. Estas diferencias entre una provincia y otra llevan nuevamente a que se presenten brechas de cobertura y acceso, cuestiones que repercuten directamente sobre la calidad del servicio ofertado, los estados de salud de la población y sobre los resultados de salud (cobertura heterogénea e insuficiente en términos de cantidad y calidad). La gestión descentralizada de la salud no salda esta grieta ya que no incorpora mecanismos que fomenten una distribución eficiente o equitativa del gasto per cápita. En relación a esto último, Maceira expresa que *“eficiencia distributiva es igual a equidad”* puesto que el *“peso marginal que se tiene debe colocarse allí donde su productividad es máxima, es decir donde luce más, y eso mismo es la equidad, poner los recursos en los lugares donde más necesidad hay”* (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018).

En conclusión, observamos que una distribución equitativa del gasto per cápita debe realizarse con el objetivo de obtener igualdad de recursos para necesidades iguales incorporando ajustes en función de los estados de salud de la población (variables sociodemográficas-epidemiológicas). Es decir, que la distribución del mismo debe basarse en criterios objetivos (como ser en indicadores sociosanitarios), relacionados a las

⁷² Sobre este punto Ginés González García, ex Ministro de Salud, confirma que tras el proceso de descentralización se registra un retroceso, o al menos avances a un ritmo inferior al esperado, en lo que respecta a la equidad en el gasto.

necesidades de la población (más vulnerable) y debe tener el propósito de alcanzar la mayor equidad posible.

Tabla 3: Población no cubierta con obra social o plan médico y evolución del gasto provincial en salud per cápita: 1991 y 2000

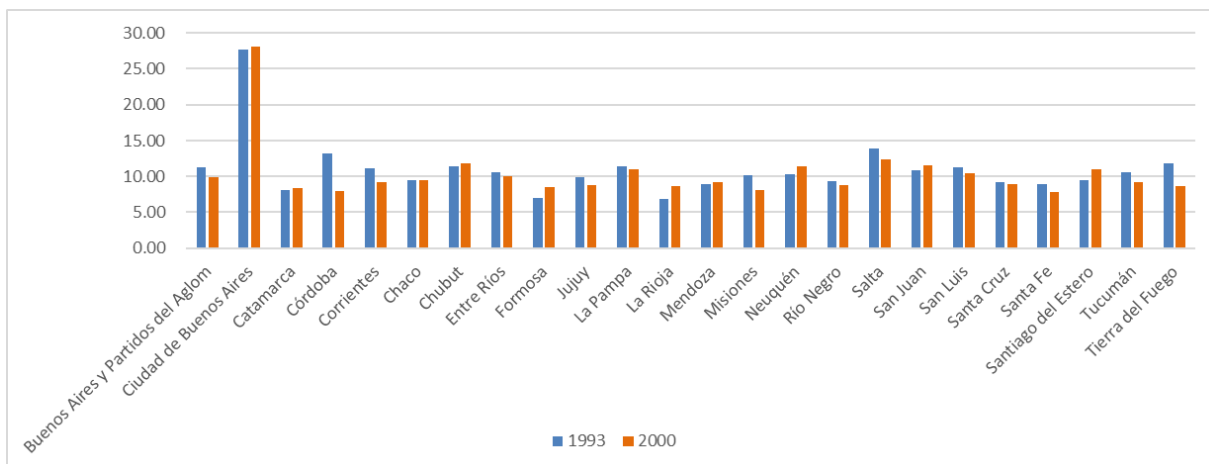
Jurisdicción	1991	2001	Variación 1991-2001	1993		2000		Variación 1993-2000.	
	% de población no cubierta con obra social o plan médico		Variación porcentual de población no cubierta con obra social o plan médico	Gasto provincial en salud per cápita en pesos constantes	% de Gasto provincial en salud sobre presupuesto total provincial	Gasto provincial en salud per cápita en pesos constantes	% de Gasto provincial en salud sobre presupuesto total provincial	Variación Gasto provincial en salud per cápita	Variación porcentual Gasto provincial en salud per cápita
Buenos Aires y Partidos del Aglom	36.7	48.1	31%	63.23	11.28	76.58	9.88	0.21	-12%
Ciudad de Buenos Aires	19.7	26.2	33%	276.04	27.62	286.44	28.04	0.04	2%
Catamarca	36.8	45.0	22%	133.90	8.10	137.46	8.31	0.03	3%
Córdoba	33.8	45.8	35%	114.05	13.15	64.62	7.97	-0.43	-39%
Corrientes	48.4	62.1	28%	83.85	11.14	49.87	9.13	-0.41	-18%
Chaco	52.2	65.5	26%	83.55	9.54	108.94	9.45	0.30	-1%
Chubut	32.6	39.5	21%	165.71	11.47	157.09	11.82	-0.05	3%
Entre Ríos	32.6	48.7	49%	96.97	10.56	118.61	10.01	0.22	-5%
Formosa	57.3	65.8	15%	107.08	6.96	120.42	8.50	0.12	22%
Jujuy	44.0	54.2	23%	118.63	9.88	104.63	8.81	-0.12	-11%
La Pampa	35.2	45.5	29%	197.56	11.41	199.13	11.00	0.01	-4%
La Rioja	34.0	40.8	20%	143.04	6.85	217.61	8.71	0.52	27%
Mendoza	42.2	50.6	20%	82.32	8.96	89.23	9.21	0.08	3%
Misiones	49.8	57.8	16%	82.17	10.15	73.78	8.12	-0.10	-20%
Neuquén	40.3	48.7	21%	204.63	10.24	230.43	11.43	0.13	12%
Río Negro	38.8	49.9	29%	156.39	9.27	109.65	8.83	-0.30	-5%
Salta	48.7	60.4	24%	118.28	13.94	114.27	12.38	-0.03	-11%
San Juan	40.9	53.0	30%	133.65	10.83	128.28	11.56	-0.04	7%
San Luis	37.6	51.6	37%	137.10	11.32	142.30	10.46	0.04	-8%
Santa Cruz	23.1	29.2	27%	236.65	9.25	344.01	8.99	0.45	-3%
Santa Fe	29.0	42.0	45%	65.89	8.98	66.14	7.88	0.00	-12%
Santiago del Estero	55.4	63.7	15%	98.56	9.45	114.01	11.06	0.16	17%
Tucumán	35.3	48.2	36%	72.91	10.58	74.76	9.16	0.03	-13%
Tierra del Fuego	30.8	30.1	-2%	400.43	11.80	289.24	8.63	-0.28	-27%

Nota 1: Los gastos presupuestarios de los gobiernos provinciales comprenden las erogaciones que realizan estos gobiernos y son financiadas con recursos propios (entre los que se consideran la Coparticipación Federal de Impuestos), con recursos provenientes de Nación (aportes y asiganciones específicas) y con deuda pública.

Nota 2: Más allá de la cobertura de aquellos sin seguro (sin obra social o plan médico privado) por parte del sector público, en Argentina la cobertura de este último sector está disponible para la totalidad de la población.

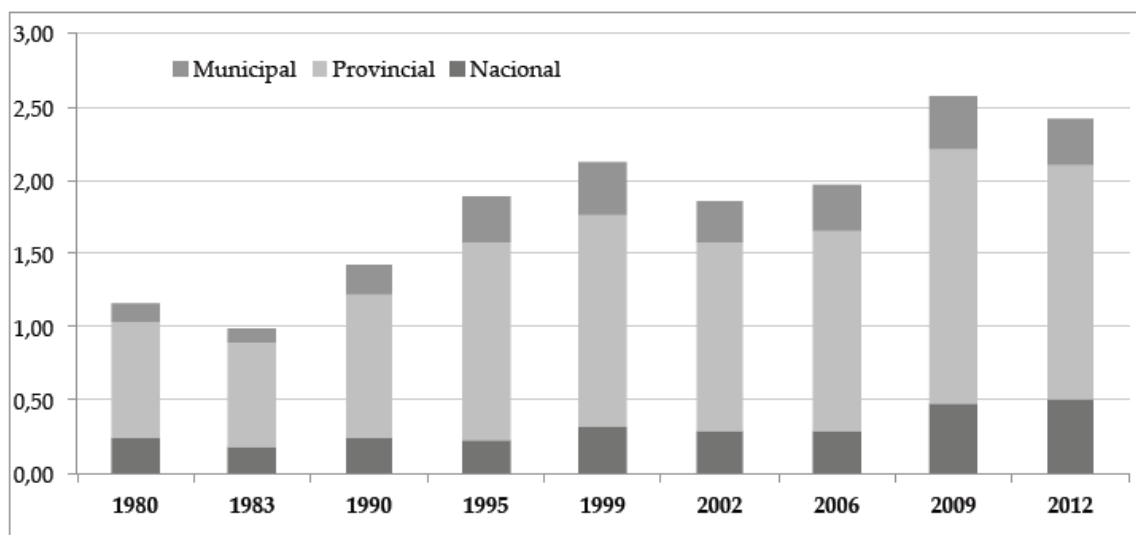
Fuente: Adaptado de Macerira, 2002 y 2008 y datos obtenidos de la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las provincias, página web del Ministerio de Economía.

Gráfico 3: Porcentaje de gasto provincial en salud sobre presupuesto total para los años 1993 y 2000



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Subsecretaría de Programación Macroeconómica - Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo y en base a datos de la Secretaría de Hacienda, SIDIF e información pública de las provincias y obras sociales.

Gráfico 4: Gasto público en salud por nivel de gobierno, 1980-2012 (como % del PIB)



Fuente: Cetrángolo, 2014 en base a Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo y estimaciones propias sobre la base de Secretaría de Hacienda, del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

4.2.2 Cantidad de establecimientos públicos, camas y médicos por provincia

En lo que respecta la distribución de los recursos infraestructurales, físicos y humanos, los ratios de suministro reflejan distintas situaciones relativas a la disponibilidad y, por ende, una distribución (geográfica) irregular. Debemos tener en cuenta que los recursos infraestructurales y humanos ya están presentes en el territorio al momento de realizarse la transferencia de la Nación a las provincias; sin embargo, a partir de ella, no se observan acciones que fomenten la equidad sanitaria en estos términos o corrijan la distribución inequitativa, cuestión que supuestamente busca una gestión descentralizada.

Según el estudio realizado por Repetto et al. (2002) del análisis de datos publicados en la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina (datos relevados en 1995), observamos que el país presenta para el año 1995, más de mil doscientos establecimientos públicos con internación. La mayoría son establecimientos provinciales (856) y sólo una mínima proporción depende del nivel central (7). En la tabla 4 también podemos notar que tras la transferencia de finales de los años 70's, la proporción de establecimientos dependientes de la órbita nacional es muy baja; la mayor cantidad de establecimientos -con y sin internación- responden al ámbito provincial. Por su parte, la tabla 5 nos muestra la capacidad de absorción de cada provincia de población sin cobertura médica, sea en hospitales y centros, nacionales, provinciales, municipales y mixtas oficiales.

Tabla 4: Cantidad de establecimientos con y sin internación del subsector público, según nivel de dependencia, años 1980 y 1995

Año	Total	Dependencia administrativa								
		Secretaría de Salud						Otras oficiales		
		Nacional		Provincial		Municipal				
		Abs.	Abs	%	Ab.	%	Abs.	%	Abs.	%
1980 (*)	Sin internación (**)	3341	27	0,78	2638	76,00	689	19,85	117	3,37
	Con internación	1177	24	2,04	869	73,83	214	18,18	70	5,95
	Total	4648	51	1,10	3507	75,45	903	19,43	187	4,02
1995	Sin internación	5740	9	0,16	3772	65,71	1766	30,77	193	3,36
	Con internación	1231	7	0,57	856	69,54	237	19,25	131	10,64
	Total	6971	16	0,23	4628	66,39	2003	28,73	324	4,65

Fuente: Repetto et al., 2002 basado en la Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995.

Nota (*): Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía.

Nota ():** Incluye los establecimientos que cuentan con internación breve u hospital de día.

Tabla 5: Cantidad de establecimientos públicos y población no cubierta con obra social o plan médico

Jurisdicción	2010	2001	
	Cantidad de establecimientos totales	Población no cubierta con obra social o plan médico	Capacidad de absorción de población no cubierta con obra social o plan médico por establecimientos públicos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	89	727.348	8.172
Buenos Aires y Partidos del Aglom. GBA	1751	6.650.885	3.798
Catamarca	341	150.708	442
Chaco	377	644.915	1.711
Chubut	127	163.424	1.287
Córdoba	715	1.403.490	1.963
Corrientes	253	578.241	2.286
Entre Ríos	307	563.521	1.836
Formosa	205	320.217	1.562
Jujuy	262	331.408	1.265
La Pampa	106	136.108	1.284
La Rioja	230	118.412	515
Mendoza	281	799.056	2.844
Misiones	349	558.399	1.600
Neuquén	177	231.118	1.306
Río Negro	165	276.114	1.673
Salta	367	651.995	1.777
San Juan	161	328.416	2.040
San Luis	165	189.910	1.151
Santa Cruz	48	57.575	1.199
Santa Fe	585	1.259.274	2.153
Santiago del Estero	346	512.147	1.480
Tierra del Fuego	585	30.425	52
Tucumán	329	645.492	1.962
Total	8321	17.328.598	

Nota 1: El cálculo para el 2010 incluye hospitales y centro nacionales, provinciales, municipales y mixtas oficiales. Sean los primeros generales, especializados o de otro tipo.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC, Maceira 2002 y 2008.

Teniendo en consideración la tabla 6 y el gráfico 5, donde damos cuenta de la relación entre cantidad de camas por provincia y población que se atienden en hospital público (dato que se obtiene de la población no cubierta con obra social o preparaga) para el año 1995 y 2010, observamos nuevamente amplias inequidades entre las jurisdicciones. Ello dado la mayor disponibilidad de camas por habitante en aquellas de mayor desarrollo económico (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba).

Mientras que para el año 1995 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires posee 1 cama cada 31 habitantes no cubiertos por obra social o plan médico, para el año 2010, observamos 48 por cama. En el extremo opuesto, en la provincia de Formosa se presenta para el año 1995, 1 cama cada 190 habitantes mientras que para el año 2010, 1 cada 299 personas no cubiertas por obra social o plan médico. Es importante recalcar que mientras que, en el año 1995, la población no cubierta con obra social o plan médico ascendía a 17.328.59,5 para el año 2010, cae un 17%, siendo de 14.464.874,8.

Notamos cambios sustanciales en el tiempo, como ser la reducción en el número de camas per cápita. A excepción de Tierra del Fuego (observación outlier), y comparando 1995 con 2010, observamos una reducción promedio, en términos absolutos, del 56.6%. De esta manera, la disponibilidad de camas por habitante empeora.

Tabla 6: Ratio de distribución de camas entre la población no cubierta por plan médico u obra social, años 1995 y 2010

Jurisdicción	Población no cubierta con obra social o plan médico	1995			2010			% reducción en la cantidad de camas	% variación camas/población no cubierta	
		Cantidad de camas	Relación camas /población potencial a ser atendida en el sector público	Relación camas /población no cubierta	Población no cubierta con obra social o plan médico	Cantidad de camas	Relación camas /población potencial a ser atendida en el sector público 2010			Relación camas /población no cubierta
Buenos Aires y Partidos del Aglom	6,650,885	50155	276	133	5,520,428	27772	562	199	55.4	50%
Ciudad de Buenos Aires	727,348	23152	120	31	511,722	10703	270	48	46.2	52%
Catamarca	150,708	1344	249	112	143,818	867	424	166	64.5	48%
Córdoba	1,403,490	17958	171	78	1,087,287	8114	407	134	45.2	71%
Corrientes	578,241	3433	271	168	480,776	2309	430	208	67.3	24%
Chaco	644,915	4184	235	154	609,957	1824	578	334	43.6	117%
Chubut	163,424	1976	209	83	138,320	980	517	141	49.6	71%
Entre Ríos	563,521	6650	174	85	441,359	4186	295	105	62.9	24%
Formosa	320,217	1689	288	190	300,372	1005	525	299	59.5	58%
Jujuy	331,408	3169	193	105	303,862	1752	384	173	55.3	66%
La Pampa	136,108	1189	252	114	102,372	795	399	129	66.9	12%
La Rioja	118,412	1231	236	96	126,434	748	444	169	60.8	76%
Mendoza	799,056	4646	340	172	644,396	2250	774	286	48.4	67%
Misiones	558,399	2985	323	187	478,653	1573	698	304	52.7	63%
Neuquén	231,118	1393	340	166	190,969	1064	517	179	76.4	8%
Río Negro	276,114	1989	278	139	217,881	1234	513	177	62.0	27%
Salta	651,995	4014	269	162	578,439	2463	493	235	61.4	45%
San Juan	328,416	1750	354	188	299,388	1123	606	267	64.2	42%
San Luis	189,910	1256	293	151	170,909	731	590	234	58.2	55%
Santa Cruz	57,575	1188	166	48	46,057	659	414	70	55.5	44%
Santa Fe	1,259,274	12075	249	104	1,014,633	5451	587	186	45.1	78%
Santiago del Estero	512,147	4271	188	120	501,122	1682	533	298	39.4	148%
Tucumán	645,492	3830	349	169	528,593	2357	614	224	61.5	33%
Tierra del Fuego	30,425	222	455	137	27,131	5451	23	5	2455.4	-96%
	17,328,598				14,464,875					

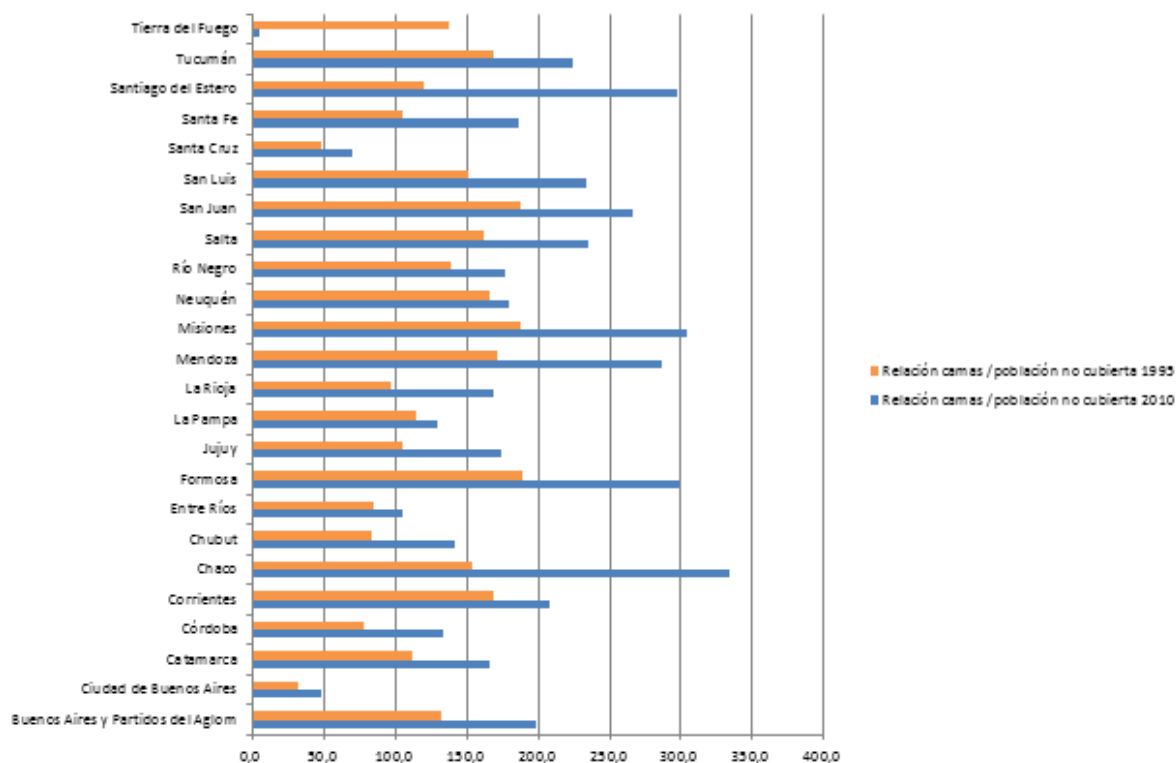
Nota 1: Ante la falta de datos para la población no cubierta de la columna del año 1995, se utilizaron los datos del censo 2001.

Nota 2: Toma el total de camas para todo el sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC, Maceira, 2002 y 2008 y PNUD, 2013.

Teniendo en cuenta la variable tiempo, en el Chaco se reduce en casi un 44% la cantidad de camas disponibles por habitante, pasando de 1 cama cada 154 habitantes (en 1995) a 1 cada 334 (en 2010).

Gráfico 5: Habitantes sin cobertura privada o de obra social por cama (1995 vs 2010)



Nota: el cuadro se realiza con la población no cubierta por obra social, mutual o plan médico privado.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC, Maceira, 2002 y 2008 y PNUD, 2013.

Notamos que cuando analizamos la distribución interprovincial de camas, la misma no responde a un criterio poblacional o técnico: no observamos una distribución basada en una relación lineal (a más habitantes no cubiertos por obra social, mutual o plan médico privado, más camas), o que se haya utilizado la ratio de la OMS (4 camas cada 1000 habitantes) para planificar la cantidad óptima y decidir así el incremento o la disminución. De este modo, para el año 2010 distinguimos provincias sobre y subrepresentadas en términos de camas.

En la siguiente tabla, número 7, podemos ver la ineficiente distribución de estos recursos materiales tras el proceso de transferencia de hospitales públicos al ámbito provincial en 1992 (tomamos el año 1992 como punto cúlmine de la transferencia iniciada en 1978) y en 2010. Las brechas se reproducen una vez más, siendo la distribución poco equilibrada.

Tabla 7: Óptimo de camas y presentes por provincia, años 1995 y 2010

Jurisdicción	1995			2010		
	Óptimo de camas	Camas presentes	Diferencia	Óptimo de camas	Camas presentes	Diferencia
Buenos Aires y Partidos del Aglom	26604	50155	23551	22082	27772	5690
Ciudad de Buenos Aires	2909	23152	20243	2047	10703	8656
Catamarca	603	1344	741	575	867	292
Córdoba	5614	17958	12344	4349	8114	3765
Corrientes	2313	3433	1120	1923	2309	386
Chaco	2580	4184	1604	2440	1824	-616
Chubut	654	1976	1322	553	980	427
Entre Ríos	2254	6650	4396	1765	4186	2421
Formosa	1281	1689	408	1201	1005	-196
Jujuy	1326	3169	1843	1215	1752	537
La Pampa	544	1189	645	409	795	386
La Rioja	474	1231	757	506	748	242
Mendoza	3196	4646	1450	2578	2250	-328
Misiones	2234	2985	751	1915	1573	-342
Neuquén	924	1393	469	764	1064	300
Río Negro	1104	1989	885	872	1234	362
Salta	2608	4014	1406	2314	2463	149
San Juan	1314	1750	436	1198	1123	-75
San Luis	760	1256	496	684	731	47
Santa Cruz	230	1188	958	184	659	475
Santa Fe	5037	12075	7038	4059	5451	1392
Santiago del Estero	2049	4271	2222	2004	1682	-322
Tucumán	2582	3830	1248	2114	2357	243
Tierra del Fuego	122	222	100	109	5451	5342
Ratio OMS 4 camas cada 1000 habitantes						

Nota: Al óptimo de camas se llega teniendo en cuenta a la población no cubierta con obra social o plan médico y la ratio recomendado por la OMS de 4 camas cada 1000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia en base a datos al INDEC, Maceira, 2002 y 2008 y PNUD, 2013.

Mientras que algunas provincias, como ser Santiago del Estero, Misiones, Formosa, Chaco, no llegan al óptimo de camas por habitante, hay otras, como la Ciudad Autónoma de

Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe o Tierra del Fuego que lo superan ampliamente, profundizando una vez más la brecha entre los habitantes que residen en una jurisdicción y en otra. Indudablemente, esto socaba la equidad sanitaria en términos de uso, acceso al subsistema y oportunidades de vivir una vida saludable.

Algo similar ocurre con la ratio de médicos. La relación recomendada por la OMS (2009) es de 23 médicos cada 100,000 habitantes. Observamos en la tabla 8 que no hay relación entre la cantidad de médicos y la población que habita en cada una de las jurisdicciones y que sólo tiene acceso a la salud pública. A pesar de ello, es importante reconocer que todas las provincias superan la relación recomendada. Esto mismo puede observarse en la tabla número 9⁷³.

Mientras que provincias como Santa Fe, Mendoza, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires⁷⁴ y Provincia de Buenos Aires tienen una mayor cantidad de médicos por habitante, en las provincias de menor desarrollo relativo, (a excepción de las patagónicas que tienen escasa densidad poblacional) como ser Chaco, Catamarca, Santiago del Estero, Salta, Formosa y Misiones, observamos casi el doble de habitantes por médico. El promedio de habitantes sin cobertura privada u obra social por médico para el primer grupo de provincias es de 124, mientras que, para el segundo, asciende a 346 habitantes por médico. De esta manera vemos afectada tanto la calidad como el acceso a la prestación⁷⁵.

⁷³ Es importante señalar la superposición de la actuación profesional médica (pluriempleo) entre el ámbito público y privado. De allí que no diferenciamos a los médicos según su ámbito de ejercicio.

⁷⁴ Maceira durante su entrevista comenta acerca de la sobredimensión de establecimientos de alta complejidad y de médicos que se presenta en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que ésta no tiene correlato empírico con las necesidades de la población que en ella radica. Aduce que esto se debe a que originalmente se planificó el subsistema con el objeto de atender a pacientes no residentes. Solo así se explica la gran concentración de efectores y de recursos humanos (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018).

⁷⁵ Maceira expresa que otro buen indicador proxy que mide calidad del servicio es la cantidad de enfermeros por cápita por provincia y la relación enfermeros/médicos (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018).

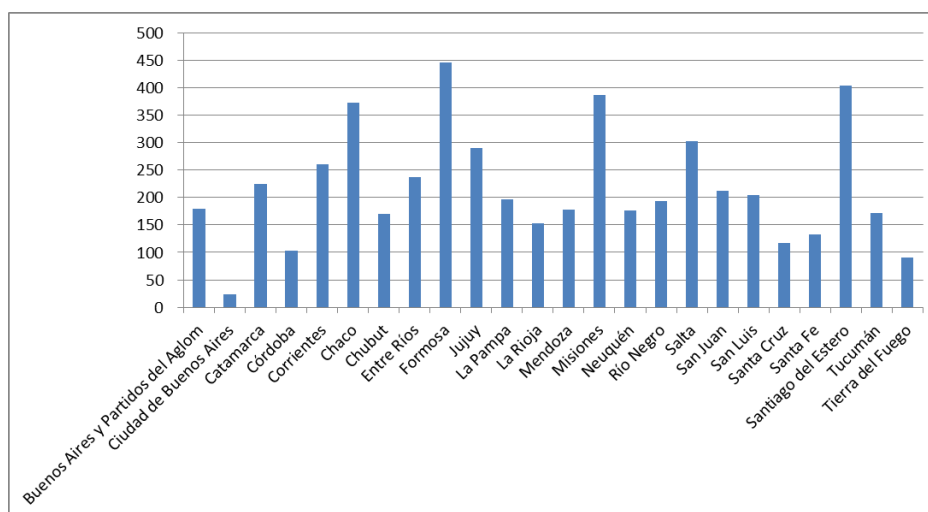
Tabla 8: Cantidad de habitantes sin cobertura privada y distribución de médicos por provincia

Jurisdicción	2001 Población no cubierta con obra social o plan médico	1998 Cantidad de médicos	2001	2001 Relación médicos /población no cubierta	1998-2001 Tasa de Variación
Buenos Aires y Partidos del Aglom udad de Buenos Air	6650885	26876	36931	180	0,37
Catamarca	727348	32100	30696	24	0,0
Córdoba	150708	653	669	225	0,0
Corrientes	1403490	11642	13532	104	0,2
Chaco	578241	1740	2215	261	0,3
Chubut	644915	1630	1732	372	0,1
Entre Ríos	163424	870	959	170	0,1
Formosa	563521	2610	2383	236	-0,1
Jujuy	320217	544	719	445	0,3
La Pampa	331408	1306	1145	289	-0,1
La Rioja	136108	653	695	196	0,1
Mendoza	118412	544	775	153	0,4
Misiones	799056	4460	4478	178	0,0
Neuquén	558399	1197	1446	386	0,2
Río Negro	231118	979	1308	177	0,3
Salta	276114	1306	1432	193	0,1
San Juan	651995	1849	2159	302	0,2
San Luis	328416	1521	1551	212	0,0
Santa Cruz	189910	762	929	204	0,2
Santa Fe	57575	326	493	117	0,5
Santiago del Estero	1259274	10226	9469	133	-0,1
Tucumán	512147	1197	1267	404	0,1
Tierra del Fuego	645492	3700	3757	172	0,0
	30425	109	336	91	2,1

Nota 1: Número de médicos (cantidad de personas de 20 y más años con educación universitaria completa), 2001. Abramzón (2005).

Fuente: Elaboración propia en base Abramzón, 2005.

Es preciso aclarar que lo hasta aquí comentado se puede observar en el siguiente gráfico de barras que refleja la relación entre la cantidad de habitantes que solo tienen cobertura pública y la cantidad de médicos que trabajan en el subsistema público de la salud en la provincia.

Gráfico 6: Cantidad de habitantes sin cobertura privada por médico (2001)

Fuente: Elaboración propia en base a datos al INDEC, Maceira, 2002 y 2008 y PNUD, 2013.

Ahora bien, producto de la relación camas-médicos (todas las especialidades) podemos hacer notar que tanto Tierra del Fuego como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen más de un médico por cama (1.5 y 1.3 respectivamente). Provincias como Tucumán (0.98), Neuquén (0.94), San Juan (0.88) casi un médico por cama y otras como ser Santiago del Estero (0.30), Entre Ríos (0.36), Jujuy (0.36), Chaco (0.41) y Santa Cruz (0.41), Formosa (0.43), Misiones (0.48) no llegan a tener un médico cada dos camas.

Nuevamente la mayor diferencia se encuentra en las provincias de mayor desarrollo económico: Provincia de Buenos Aires, con una sobredimensión de médicos de casi 34 mil, Ciudad Autónoma de Buenos Aires con una sobredimensión de 30 mil (aunque el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es un particular ya que suele atender a los habitantes de la periferia, es decir de la Provincia de Buenos Aires), Córdoba, con casi 13 mil médicos más de los recomendados por la OMS y finalmente Santa Fe, con aproximadamente 9 mil y Mendoza con 4 mil (ver tabla 9).

No resulta casual que aquellas jurisdicciones que poseen sobredimensión de médicos son aquellas que tienen la carrera de medicina en las Universidades radicadas en sus territorios.

En la Provincia de Buenos Aires la carrera de Medicina se dicta en la Universidad de La Plata; en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la Universidad de Buenos Aires, en el Centro de Educación Médico e Investigaciones Clínicas (CEMIC), en la Universidad

Favaloro y en la Universidad Austral; en Ciudad de Córdoba en la Universidad Nacional de Córdoba y en la Universidad Católica de Córdoba; y en la ciudad de Mendoza, en la Universidad Nacional del Cuyo.

Según la Dra. Isabel Duré *“la distribución de los espacios de formación y como están distribuidas las carreras de salud en el territorio, contribuye indirectamente a la inequidad puesto que la gente tiende a permanecer y ejercer allí donde tiene los afectos”* (entrevista de la autora a Isabel Duré, 17/07/18). Agrega que el *“mercado de trabajo también es determinante a la hora de elegir la carrera y en el caso de la salud, la especialidad”*. Es así como la inequidad sanitaria no está relacionada solo a la capacidad de contratar equipos de salud sino también a la capacidad de formarlos y retenerlos.

Tabla 9: Cantidad de médicos por población de cada provincia y ratio recomendado según la OMS

Jurisdicción	2001			
	Población total	Cantidad de Médicos necesarios	Cantidad de Médicos presentes	Diferencia
Buenos Aires y Partidos del Aglom	13827203	3180	36931	33751
Ciudad de Buenos Aires	2776138	639	30696	30057
Catamarca	334568	77	669	592
Córdoba	3066801	705	13532	12827
Corrientes	930991	214	2215	2001
Chaco	984446	226	1732	1506
Chubut	413237	95	959	864
Entre Ríos	1158147	266	2383	2117
Formosa	486559	112	719	607
Jujuy	611888	141	1145	1004
La Pampa	299294	69	695	626
La Rioja	289983	67	775	708
Mendoza	1579651	363	4478	4115
Misiones	965522	222	1446	1224
Neuquén	474155	109	1308	1199
Río Negro	552822	127	1432	1305
Salta	1079051	248	2159	1911
San Juan	620023	143	1551	1408
San Luis	367933	85	929	844
Santa Cruz	196958	45	493	448
Santa Fe	3000701	690	9469	8779
Santiago del Estero	804457	185	1267	1082
Tucumán	1338523	308	3757	3449
Tierra del Fuego	101079	23	336	313

Ratio OMS (2009) 23 médicos cada 100000 habitantes

Nota: No se tiene en cuenta a la población total de la provincia (Datos Censo 2001).

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC, 2001.

Otro de los puntos a resaltar por la Dra. Isabel Duré son los esquemas de competencias que generan las provincias tras el proceso de descentralización de los '90s. Estos esquemas vuelven a estar asociados a los recursos materiales y presupuestarios que poseen. Además de las Facultades de Medicina anteriormente citadas, encontramos distintas escalas salariales y distintas condiciones de empleo y modalidades de contratación (cada provincia tiene sus propios Convenios y regímenes de carrera sanitaria). Es así como aquellas provincias con mayor capacidad económica “*drenan*” a las más chicas (por ejemplo, Catamarca o Jujuy) puesto que los profesionales de grado universitario y técnicos (aunque

éstos en menor medida) migran a lugares mejor remunerados y con mejores oportunidades de formación (por ejemplo, Provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Es dable comentar que también se presentan dificultades a la hora de radicar profesiones y equipos de salud en algunos lugares (como ser la Patagonia) y de lograrse, suele no sostenerse en el tiempo (entrevista de la autora a Isabel Duré, 17/07/18).

En conclusión, ambos subapartados han permitido mostrar que el proceso gestión descentralizada de la salud implementado en Argentina en el marco del proceso de descentralización de la salud pública, mantiene, y en algunas variables y/o casos, agrava los problemas de equidad distributiva hacia el interior del país. Es así que de querer corregir las inequidades sanitarias preexistentes o reproducidas, unificar criterios, homogeneizar conductas y fomentar mayores niveles de disfrute de una vida larga y saludable por parte de los habitantes, el Estado Argentino debe promover acciones tendientes a equilibrar la distribución del gasto entre las provincias (orientadas a alcanzar una asignación más democrática y justa de los recursos) y medidas que generen mejoras en la infraestructura (y en su distribución), en la tecnología, en los recursos físicos y en el capital humano. Estas medidas no podrán perder de vista las características epidemiológicas de la población y sus necesidades específicas.

Por ende, si se garantiza una democratización del acceso a la formación técnica, se plantean incentivos como ser fondos de afectación específica que jerarquicen especialidades en residencias o atraigan talento, si se fomenta la generación de redes a partir de equipos nucleares y se promueven fondos o programas compensatorios y una inversión sostenida y equilibrada en recursos físicos y materiales, reconociendo los perfiles diferenciados de demandas, se puede lograr una reducción de la brecha sanitaria y con ello, incrementar las oportunidades reales de las personas, generar bienestar general y fomentar un desarrollo económico y humano inclusivo y sostenible.

4.3 Compensación de las inequidades sanitarias producto del proceso de descentralización

Como pudimos observar a lo largo del recorrido de esta tesis y coincidiendo con el análisis realizado por Cetrángolo (2002, 2011) existe una fuerte asociación positiva entre desarrollo económico, estados de salud de la población (tasa de mortalidad infantil) y gasto de salud per cápita (cobertura de salud). Esta asociación nos permite identificar tres grupos de jurisdicciones tomando como referencia el IDH por jurisdicción (Cetrángolo, 2002) que muestran grandes diferencias.

- 1) Jurisdicciones con alto IDH, elevado producto bruto interno per cápita, reducida proporción de población sin cobertura de salud, bajas tasas de mortalidad infantil y elevado gasto público en salud per cápita. En este grupo se ubica la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la provincia de Tierra del Fuego, Santa Cruz y Neuquén (éstas últimas por su baja densidad poblacional).
- 2) Niveles medios de IDH y valores promedios para los indicadores anteriormente citados: Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Mendoza, San Luis, Rio Negro, La Pampa, Chubut, Entre Ríos, La Rioja y Catamarca.
- 3) Bajo IDH, menor desarrollo relativo, elevada proporción de población que se atiende en hospital público, altas tasas de mortalidad infantil y reducido nivel de gasto en salud per cápita: Jujuy, San Juan, Tucumán, Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Santiago del Estero y Salta.

El proceso de gestión descentralizada de la salud pública tiene dos ventajas generales bien marcadas: por un lado, ya cuenta con infraestructura (efectores) desplegada a lo largo y ancho del territorio y por el otro, cuenta con recursos humanos especializados, altamente profesionalizados y en cantidad superior a lo recomendado por los Organismos Internacionales especializados en salud.

Mediante este proceso de transferencia y devolución a las provincias, el Estado Argentino tiene la potencialidad de llegar a la población y conocer las particularidades epidemiológicas de cada grupo poblacional y las necesidades sanitarias de cada jurisdicción

de modo de corregir rápidamente cualquier desfasaje original relacionado a la equidad en términos de acceso, calidad de las prestaciones y estados de salud.

Sin embargo, hacemos notar que, en la práctica, el proceso gestión descentralizada sostiene desigualdades de carácter evitables, innecesarias e injustas, puesto que no considera las necesidades de cada provincia y de su población sino las necesidades financiero-fiscales del gobierno central.

De haberse tomado la decisión de transferir administrativamente basándose en una buena planificación y en un diagnóstico pormenorizado y de haberla implementado de manera participativa, se podrían haber incorporado mecanismos redistributivos y compensatorios (no solo financieros) que evitaran que se reprodujeran y/o exacerbaban las inequidades preexistentes, limitando así los impactos negativos de la gestión descentralizada y acortando las brechas de desarrollo presentes entre las regiones. Sobre este punto, Maceira manifiesta que “la descentralización puede convertirse en una barrera para obtener patrones de equidad entre jurisdicciones y regiones geográficas si no existen mecanismos centrales compensatorios”. Por su parte, Cetrángolo argumenta que “*si se descentraliza hay que compensar*” (*sic*) y que puede surgir la posibilidad de pensar esquemas de transferencia diferentes dependiendo la provincia y cuanto se la deba reforzar. Pero para ello se requiere un gobierno central fuerte que imponga condiciones y que facilite un esquema de premios y castigos (entrevista de la autora a Oscar Cetrángolo, 05/10/18). De este modo, el Estado Nacional puede apoyar la política provincial de salud e ir más allá de los fondos de coparticipación - transferencias financieras de libre disponibilidad y no condicionadas- (Finot, 1999), priorizando y “apuntalando” con transferencias centrales o programas federales asistidos⁷⁶ a las regiones más “rezagadas” y que ubica Cetrángolo (2002) en el grupo 3.

⁷⁶ Prueba de ello son las mejoras en los indicadores a partir del año 2001 con la implementación de programas como el “Remediar mas redes”. Otro buen ejemplo de iniciativas de este tipo son el Plan Nacer y el Sumar. Las presentes estrategias, impulsadas durante el período del Dr. Ginés Gonzalez Garcia como Ministro de Salud, combinan elementos de política compensatoria que buscan aumentar la cobertura y utilizan un modelo de financiamiento basado en resultados. El objetivo final de estos programas verticales-nacionales es fortalecer y favorecer la accesibilidad. Según Maceira, son un claro “*movimiento hacia la equidad*” aunque “*lábil, mínimo*”. Este investigador plantea que los programas constituyen “*formas de alinear intereses*” que “*intentan compensar la desarticulación que genera este modelo de descentralización*” donde el Estado

Según este último investigador, estas transferencias directas para apoyar el sistema de salud provincial pueden estar asociadas a un esquema de incentivos y estar condicionadas a la presentación de mejoras en los indicadores epidemiológicos o en los niveles de cobertura. Maceira agrega que las transferencias directas solo sirven para achicar la brecha de financiamiento y que pueden ser en formato “programa” o en “*especies*”. Expresa que las mismas no tienen “*full effect*”, ya que no se basan en criterios objetivos, están *vagamente atadas* y en la práctica suele ocurrir que la partida se reasigna fácilmente (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018).

Es dable aclarar que las compensaciones no deben ser solo de carácter financiero puesto que se presenta mucha disparidad en las capacidades instaladas. Debe repensarse el sector también en términos de la desagregación de sus funciones. Cetrángolo propone la recentralización o reorientación de algunas, fortaleciendo así la gobernanza global del sistema sanitario (entrevista de la autora a Oscar Cetrángolo, 05/10/18).

Ahora bien, si se corrigen a tiempo las deficiencias institucionales del sistema con este tipo de estrategias, las inequidades se pueden reducir y las brechas entre las provincias se pueden acortar, haciendo que las personas obtengan condiciones más favorables para el logro de su potencial en salud. De este modo, desaparecen las diferencias allí donde las necesidades son iguales.

En conclusión, para hacer válido el hecho de que todos los habitantes tengan oportunidades justas para alcanzar todo su potencial de salud y que ninguno esté en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar, creemos que se debe profundizar tanto en las dimensiones pertenecientes al ámbito de la salud (resultados de salud, acceso y calidad) como en las que integran el entorno (dimensión político institucional, presupuestaria, cultural, regional, social, económica, etcétera) (Linares Pérez y López Arellano, 2008).

Nacional subsidia actividades de las provincias, es decir “*batchea*” en términos de que “*compensa*”, aunque en proporción pequeña (entrevista de la autora a Maceira, 12/11/2018).

4.4 Recomendaciones de política pública en materia de descentralización en salud con miras a la equidad sanitaria

A lo largo de este recorrido, hemos podido observar que la implementación de una estrategia de descentralización del sistema de salud que promueva la equidad sanitaria está vinculada a la generación, en parte, de acuerdos justos en torno a la distribución de recursos y capacidades a lo largo y ancho del territorio. Sin embargo, corregir el estado presente trasciende las posibilidades que tiene la política sanitaria puesto que, como hemos visto, depende de factores políticos, institucionales, sociales y financieros (Rondinelli, McCullough, y Johnson, 1989). Planteada esta apreciación, esbozamos a continuación una serie de recomendaciones generales, estructuradas en dimensiones dependiendo del tipo, que derivan de la lección aprendida y están orientadas a lograr una política sectorial más estable y justa. Esto se realiza con el fin de mejorar los efectos de la descentralización sobre la equidad sanitaria, en lo que hace al acceso y la calidad del servicio de la salud, y en vistas de pensar una reforma general del régimen y de su gestión, que haga a la mejora de los estados de salud de la población.

Recomenación 1. En materia de formulación de política pública sanitaria descentralizada con miras a la equidad, resulta adecuado evitar los pensamientos reduccionistas en torno al proceso de descentralización en salud. El mismo obedece a múltiples causas por lo que demanda un tratamiento integral de carácter intersectorial y/o interinstitucional. Debe estudiarse y analizarse en todas sus dimensiones adoptando un enfoque biopsicosocial. Un análisis parcial, desde la perspectiva política, fiscal, o administrativa, puede minar los esfuerzos a la hora de entenderla como un proceso holístico y multivariado, en el que están involucradas las personas. Una mirada amplia y situada permite entonces considerar todas las variables y dimensiones intervinientes en el proceso y sus relaciones, además permite contemplar a los actores participantes del proceso en cuanto a sus recursos, preferencias, estrategias, capacidades, oportunidades y restricciones. Resultaría aconsejable que los diseñadores de política pública y los tomadores de decisión realicen los diagnósticos previos necesarios y que dirijan su accionar hacia todos, pero con especial atención y énfasis a los grupos más vulnerables.

Recomendación 2. Por lo anterior, es recomendable llevar a cabo evaluaciones de resultado de tipo experimental y no experimental para calcular el impacto sanitario de las políticas implementadas. También es altamente aconsejable acompañar los diagnósticos y las evaluaciones, con mapeos epidemiológicos. La utilización de sistemas de georeferenciamiento permitirá dimensionar los problemas de acceso y el estado de salud de la población. De esta manera, se territorializan los problemas y las soluciones, diseñándose medidas focalizadas que enfrenten problemas específicos que permiten adecuar el modelo asistencial a las características epidemiológicas o requerimientos de la población.

Recomendación 3. Es propicio que los analistas de política y decisores ejerciten un análisis sistemático, multinivel e interdisciplinario acerca de las necesidades del servicio descentralizado, las capacidades y los recursos instalados y las características epidemiológicas de los usuarios del subsistema público de salud, las características socioeconómicas de la población beneficiaria y los perfiles de morbilidad y mortalidad. Los formuladores e implementadores de política pública deben tener en cuenta variables presupuestarias, demográficas, socioeconómicas, epidemiológicas, la dispersión geográfica y los estados de salud de la población, la disponibilidad de personal médico y no médico y de infraestructura. A su vez, adoptar un marco de referencia integral permite visibilizar el impacto de la gestión descentralizada en otras y novedosas variables, por ejemplo, en el desarrollo humano. Por último, es recomendable adoptar un enfoque policéntrico y relacional superando así la visión estado-céntrica. Este tipo de marco de análisis integrador nos permite preguntarnos sobre las interacciones y los resultados que se producen en los distintos niveles de modo de reconocer la complejidad del proceso, dar cuenta de los acuerdos informales, y las relaciones y dependencias entre niveles e interorganizacionales que se generan, además de las motivaciones y los intereses que movilizan a los actores.

Recomendación 4. Estimamos conveniente contar con bases de datos actualizadas y completas que permitan estudiar de manera acabada el estado de situación de la salud en Argentina, además de contar con métodos y técnicas que permitan el procesamiento y análisis de un volumen considerable de datos de modo de ver la relación entre las distintas variables. Proponemos incorporar nuevos modelos de gestión pública basados en la exploración y análisis de los datos generados por el sector de la salud y otros, tratados por

medio de un conjunto de técnicas y recursos de Big Data que permiten la generación de nuevas hipótesis y líneas de base para el desarrollo de investigación. Consideramos que los datasets deben estar abiertos a la comunidad académica y accesible a la sociedad civil y a los tomadores de decisión o responsables del servicio, de modo de poder detectar nuevas problemáticas y desafíos de gestión y así diseñar soluciones a medida aplicables. Observamos que la generación de datos tiene dos grandes ventajas: de cara al ciudadano, mejora la transparencia y la rendición de cuentas y de cara al Estado y la gestión pública, brinda herramientas para identificar, analizar y optimizar posibles procesos en vista a la toma de decisión basada en evidencia.

En relación a lo expuesto en los párrafos anteriores, es necesario fortalecer y mejorar el sistema federal de información sanitaria de modo de asegurar la “calidad, oportunidad e integralidad de la información”. Según el Ministerio de Salud (2007:1) “la información sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes, los recursos destinados a su atención y su utilización, así como el gasto que ello implica y su efectividad, constituyen insumos imprescindibles para la elaboración de planes y programas de intervención y para la toma de decisión en política sanitaria”. Por lo que es imprescindible evitar la dispersión y fragmentación de los datos; continuar homogeneizando los instrumentos de recolección, registros, procesos y procedimientos; mejorar el proyecto de tecnología de la información existente -dependiente del nivel central-; integrar la plataforma tecnológica con otros sistemas nacionales de información de organismos del Estado para el fortalecimiento y aprovechamiento de la información disponible (por ejemplo con el de la Administración Nacional de la Seguridad Social -ANSES-, el del INDEC o el del Registro Nacional de las Personas -RENAPER-); aumentar la cantidad y calidad de los registros que forman parte del sistema; reconstruir series históricas de datos sanitarios y finalmente, hacer disponible y accesible información oportuna y confiable.

Recomendación 5. En cuanto a la dimensión de la participación, es conveniente fomentar acciones, mecanismos y canales de participación comunitaria, social y política para que los sectores más vulnerables participen del proceso de diseño, gestión, monitoreo y evaluación de política pública y se puedan así establecer, de manera conjunta, las prioridades en materia de salud pública (settear agenda). A partir de los 80’s la participación pasa a ser

una actividad concertada entre individuos, grupos intermedios y autoridades gubernamentales nacionales y subnacionales y ésta resulta esencial para formentar el poder político local de modo que la estrategia de descentralización sea factible y sostenible en el tiempo (Essayag, 2010:51 citando a OPS, 1990). El diálogo, la negociación y el conflicto resultante entre actores con distintas preferencias e intereses, además de asimétricas capacidades y recursos, que intervienen en la oferta y la demanda de salud, resultan instancias necesarias en el ciclo de vida de las políticas públicas de salud. Es así que es preciso incluir a los usuarios individuales u organizados en colectivos y a los trabajadores sanitarios en el proceso. Estos actores pueden participar e involucrarse de distinta forma y en variada intensidad, además de operar de manera parcial o total. “La incorporación de los beneficiarios a través de asunción de responsabilidades concretas en el diseño, ejecución y control de las actividades, puede asegurar la legitimidad y los resultados, además de promover la participación activa de sus destinatarios” (CEDES, 2011:41).

Si bien entendemos que “la escala local genera condiciones favorables para que la participación en salud adquiera carácter político y facilite la acción colectiva dado que la identificación de los problemas y el diseño, ejecución y evaluación de las alternativas planteadas para darle solución son concertadas, en el mejor de los casos, entre varios actores que están más próximos o son conocidos” (Essayag, 2010:40), la ausencia de ciertos actores estratégicos en la discusión y en la articulación conflictiva de sus intereses y estrategias, puede socavar el sistema de decisión y su legitimidad y con el ello, la definición del problema, la formulación de la política pública sanitaria y el funcionamiento y/o los resultados finales del subsistema público de salud.

Recomendación 6. En cuanto a la dimensión que refiere a la capacidad institucional y de gestión, el análisis permite inferir que es altamente aconsejable reformular el papel del gobierno nacional de modo de reorganizar el sector y alinear intereses. Es prioritario que el orden central recupere su función de rectoría, es decir que impulse un liderazgo ejecutivo y clarifique la división intergubernamental de las funciones en salud para hacerse finalmente de las tareas de coordinación, de monitoreo y evaluación, además de las de regulación y fiscalización de modo de velar por la equidad en el acceso y en la calidad de las prestaciones. En función de lo anteriormente dicho y a modo de que los procesos de

descentralización con miras a la equidad en salud sean viables, es conveniente que el Estado central acuerde una estrategia nacional para orientar así las reformas específicas provinciales, definiendo programas prioritarios y estratégicos, otorgándoles financiamiento y asistiendo técnicamente a las provincias de cara a compensar los desequilibrios presentes. Según Maceira, la Nación también debe realizar un “*movimiento de pinzas*” que permita formalizar las redes de atención provincial y pavimentar el camino de cara a un seguro nacional (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018). En paralelo debe promocionar, fortalecer y profundizar las estructuras y entramados institucionales de diálogo y articulación horizontal y vertical entre las jurisdicciones, programas y unidades organizativas. El orden central debe revitalizar los instrumentos de cooperación y coordinación intra e inter-nivel capaces de potenciar los bienes y servicios a entregar (mesas colaborativas interinstitucionales e intersectoriales⁷⁷ como son el COFESA y COFELESA, pero que incentiven la toma de decisiones formales de política y no quede en simples lineamientos de acción indicativos de carácter no vinculante (entrevista de la autora a Daniel Maceira, 12/11/2018). Resultaría adecuado acompañar este proceso con reglas de juego claras y homogéneas. Para ello se vuelve necesario contar con un orden institucional, es decir, un marco legal global, de tipo flexible, que estructure, regule, articule, unifique y legitime. Es dable comentar acerca de la necesidad de generar una cultura propia y un modelo de gestión institucionalizado y común que se independice de las respectivas culturas y rutinas institucionales de unidades heterogéneas.

Recomendación 7. Asimismo, es recomendable que el gobierno central fortalezca la capacidad institucional y de gestión de las jurisdicciones fomentando la generación de unidades locales con similar capacidad operativa que les permita desempeñar con eficiencia y efectividad las nuevas funciones, garantizándole a la población niveles homogéneos en la prestación de los servicios sanitarios. También recomendamos que sea éste quien brinde capacitación y asistencia técnica ajustada a los nuevos roles y defina los lineamientos normativos directrices para el subsector público de salud. Esto mediante planes nacionales de capacitación (situados) y con programas de formación de residencias que incentiven la

⁷⁷ La formalización de estas mesas de trabajo permite superar la fragmentación y dispersión de actores y acciones y desarrollar estrategias colaborativas de gran legitimidad política y ciudadana. Asimismo, permiten una mayor racionalidad en el uso de los recursos humanos y materiales fomentando mayores niveles de eficiencia en la implementación de la política sanitaria (CEDES, 2011).

jerarquización de algunas especialidades, por ejemplo, la medicina de familia (entrevista de la autora a Isabel Duré, 17/07/18), que permitan retener el talento en algunas provincias y/o que fomenten la migración entre regiones de modo de compensar inequidades. Ello a partir de un plan de incentivos.

Recomendación 8. Es aconsejable contar con recursos humanos en salud que, además de poseer vocación técnica, tengan “vocación transformadora”, es decir que cuenten con ciertas habilidades de liderazgo y capacidades de gestión que permitan acompañar el cambio organizacional propuesto. La generación de una comunidad orientada a la excelencia podría acompañarse con la creación de prestigiosos Centros Regionales de Inteligencia Sanitaria con dotación nacional, que centralicen información epidemiológica, formen equipos nucleares, generen protocolos nacionales, diseñen una única carrera sanitaria de carácter nacional, oficien de centros de formación, unifiquen los exámenes de residencia y que desembolsen fondos específicos atados al cumplimiento de objetivos y metas relacionados a los estados de salud de la población de modo de que las propias provincias incentiven la generación de resultados sanitarios (entrevista de la autora a Carlos Regazzoni, 21/09/18). Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación, debe erigirse como guía, “actor político e institucional de referencia para la negociación intersectorial, el establecimiento de políticas públicas y los marcos legales, el monitoreo, la difusión del conocimiento (...) y acciones programáticas conjuntas con otras autoridades sanitarias” (Essayag, 2010:71).

Recomendación 9. En materia presupuestaria resultaría conveniente que el gobierno Nacional defina esquemas de financiación-compensación previsibles, acordes y estables y fuentes específicas que fomenten la equidad en cuanto al gasto en salud per cápita (más allá de las diferencias político-partidarias que se puedan presentar). Para ello presentamos dos alternativas que hacen a la mejora de su participación en el gasto público nacional⁷⁸: o bien que el Estado central incremente la participación del presupuesto nacional en gasto de salud y transfiera recursos para así compensar las inequidades existentes, o bien que fomente la coparticipación específica de recursos fiscales para el área de la salud (fondos de afectación

⁷⁸ Di Gropelli, E., y R. Cominetti (1998) observan que las correlaciones muestran que las transferencias nacionales lo hacen mejor a la hora de reducir la desigualdad interregional. En cambio, la mejora en los resultados sociales está fundamentalmente asociada con los esfuerzos de las provincias.

específica). De esta manera el gobierno central incrementaría su participación en la financiación sectorial por medio de la transferencia de recursos extras a las provincias que hagan a la reducción de las brechas territoriales y achiquen las diferencias de cobertura entre los habitantes de las distintas provincias. La adopción e implantación de medidas de discriminación positivas (universalización con medidas de diferenciación que lleven a una equidad horizontal) permite concentrarse en aquellas jurisdicciones y grupos con mayores desventajas (universalismo proporcional), emparejando el suministro y calidad del servicio.

Siguiendo a Tobar (2004) frente a las inequidades en la disponibilidad de recursos es conveniente que los Gobiernos establezcan parámetros básicos y metas de salud mínimas que puedan ser alcanzados para avanzar hacia metas más ambiciosas de cara a un desarrollo sostenible. También deben procurar establecer niveles obligatorios en cuanto al gasto público per cápita, la calidad de la prestación y la cantidad mínima uniforme.

Recomendación 10. Por último, con el fin de avanzar en la implementación y cumplimiento de la Agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible y fomentar así un desarrollo humano inclusivo, es altamente aconsejable la incorporación del enfoque de desarrollo humano en todas las fases de desarrollo de la política pública ya que éste prevee poner en el centro a la persona y sus oportunidades. Además, esta perspectiva rescata aspectos esenciales como son la equidad, la justicia, la solidaridad y la libertad; aspectos relegados en estudios tradicionales de corte economicista. En síntesis, este novedoso marco conceptual, que da nacimiento a una nueva visión del mundo que desplaza la atención en el crecimiento y la productividad, debe materializarse en la actuación gubernamental y atravesar las políticas públicas que desde allí se definan, asumiendo como premisa que el individuo es fin del desarrollo y reflejando un serio compromiso con la promoción de la libertad, el bienestar y la dignidad de la persona. El paradigma del desarrollo humano busca eliminar cualquier obstáculo que le impida a la persona hacerse de la capacidad de elegir la vida que tiene razones de valorar, de allí que una política pública de descentralización debe expandir las oportunidades y no restringirlas, debe potenciar las capacidades y libertades del ser humano⁷⁹. Para ello, es prioritario detener el proceso de exclusión y resolver la

⁷⁹ Autores como Palencia et al. (2011:261) recuperando los planteamientos de Sen (1992, 2000, 2002), han destacado que entre “las principales privaciones que enfrenta el ser humano en el espacio de sus libertades están los efectos negativos en la salud que se derivan de las limitaciones de una persona para acceder a los

brecha que sostiene el proceso de gestión descentralizada de la salud, generando estrategias y acciones que fomenten la equidad en función de las necesidades específicas de las provincias y de los colectivos que en ellas habitan, pero también, fortaleciendo los entramados institucionales, sociales y políticos que habilitan a la persona, ya que éstos cumplen un rol determinante en el desarrollo. A modo de cierre, Palencia et al. (2011:276), plantean que el paradigma del desarrollo humano “constituye una plataforma básica, una agenda para la acción que permite sentar las bases para que la salud sea una piedra angular dentro de los derechos y libertades humanas universales en el marco de las oportunidades que la sociedad puede construir en beneficio de todos”.

5 Conclusiones

Evaluar los impactos del proceso de descentralización en términos de equidad sanitaria y desarrollo humano ha resultado complejo por dos cuestiones.

En primer lugar, hemos visto que inciden múltiples factores en la creación de un subsistema de salud fragmentado e inequitativo, por lo que es difícil aislar las variables intervinientes y determinar los grados de participación de cada una de ellas en el proceso global. A su vez, la salud de la población depende de numerosos factores que trascienden al sector sanitario como el medioambiente, los ingresos, la educación, las condiciones laborales y habitacionales, el acceso a los servicios, entre otros.

En segundo lugar, no existe una adecuada sistematización de los datos por lo cual se dificulta la definición de los puntos de partida; la información estadística y censal disponible es deficiente si uno se propone generar un diagnóstico acabado para el subsector por lo que los datos cuantitativos disponibles no permiten presentar la evolución histórica del proceso de modo de evaluar la situación previa y los impactos posteriores.

A pesar de las limitaciones metodológicas anteriormente mencionadas, esta investigación demuestra que la estrategia de descentralización impulsada por el Estado nacional en los años 90's para el subsector público de salud argentino (en plena vigencia de los derechos constitucionales) presenta antecedentes históricos que se remontan a la década del '60 (1962 y 1968) y '70 (1978). Con la diferencia de que la descentralización de los años '70s estuvo protagonizada por un gobierno nacional de corte autoritario y gobiernos provinciales delegados de este poder central.

Producto de nuestro análisis, podemos concluir que el proceso general de descentralización de la salud en la Argentina se caracteriza por ser uno gradual y episódico. La transferencia de hospitales nacionales realizada en la década del '90 es la culminación de un proceso iniciado 30 años antes y constituye un mero desplazamiento de las responsabilidades administrativas del centro a la periferia en un contexto signado por la crisis financiera y la imperiosa necesidad de disminuir el déficit público ante la observación e intervención de organismos internacionales de crédito (FMI y BID). Es un proceso regido estrictamente por

los criterios de eficiencia y eficacia y orientado a disminuir la participación y presencia del Estado nacional en la prestación de bienes y servicios sanitarios en el territorio.

Asimismo, este desplazamiento de responsabilidades y funcionalidades (operativas, programáticas y normativas) a las provincias se realiza a partir de la decisión unilateral del gobierno central sin acuerdo de las primeras y con escasa comprensión de las consecuencias y de los requerimientos de las unidades receptoras. En este sentido, la devolución no implica la reorganización de las competencias y facultades entre los distintos niveles de gobierno, sino que sólo representa una redefinición de las relaciones (financieras y de gestión) entre principal y agente.

La cesión tampoco es acompañada con la creación de condiciones que aseguren el cumplimiento de los objetivos ni con la promoción y desarrollo de gestores que puedan llevar adelante los procesos de recepción de efectores y de coordinación de equipos, si bien éstos ya se encontraban dispersos en el país. De esta manera, el orden central no acompaña a las provincias en la descentralización de funciones y en el cambio organizacional y éstas reciben la administración y los recursos físicos y humanos con las capacidades institucionales, financieras y de gestión instaladas hasta ese momento, las cuales desde el inicio eran dispares entre una jurisdicción y la otra. Por ello, aquellas con mayor capital social y económico presentan mejor capacidad de respuesta, están en mejores condiciones a la hora de asimilar la prestación del servicio y absorber la dotación además de limitar los impactos negativos de una devolución compulsiva de funciones y efectores.

Ahora bien, el proceso de transferencia ocurre sobre territorios con marcados desequilibrios iniciales, lo que lleva a que se presenten estrategias diferentes y resultados heterogéneos entre las unidades, manteniendo la brecha interregional e interprovincial en términos de acceso y calidad de los servicios. Cuestión que trae consecuencias directas en los indicadores epidemiológicos (estados de salud de la población). Todo esto impacta en el desarrollo de la Nación y en el potencial de la población que la constituyen, es decir en la capacidad que tienen los individuos para vivir la vida que deseen y en las opciones reales entre las que pueden elegir.

Como hemos comentado, el proceso de gestión descentralizada de la salud sigue una lógica inversa a la recomendada, ya que el diseño de la política pública no se centra en la persona ni en la corrección de las inequidades originarias. No contempla las necesidades diferenciales de la población, sino que las motivaciones obedecen estrictamente a razones de eficiencia financiera-fiscal de modo de cambiar el balance ingreso-gasto (descentralización del gasto). Tampoco trae aparejado mejoras en el acceso y calidad de la atención ni fomenta la participación comunitaria.

El proceso no responde a una estrategia de planificación sanitaria de carácter nacional y no tiene como nave insignia al desarrollo humano y la equidad sanitaria ya que no potencia, expande ni despliega las capacidades y libertades de todos los seres humanos de cara a lograr sus metas y objetivos: una vida plena, duradera, saludable y de calidad. Podemos inferir entonces, que las oportunidades de las personas que habitan suelo argentino son diferentes y están fuertemente influenciadas y determinadas por el contexto socioeconómico, las capacidades institucionales y el grado de desarrollo, integralidad y alcance de las políticas públicas en clave provincial.

En esta tesis dimos cuenta de la presencia, en un mismo territorio nacional, de impactos y resultados diferenciales dependiendo de la configuración previa del sistema de salud provincial, las restricciones presupuestarias, las políticas sanitarias regionales y locales, las capacidades institucionales presentes o generadas por las provincias, los perfiles de la demanda, los marcos regulatorios específicos, la presencia de un sistema de transferencias financieras entre niveles de gobierno y el papel rector y compensador que desempeñe el gobierno central.

De allí que observamos la necesidad de incorporar en la agenda mecanismos para igualar, por ejemplo, políticas compensadoras entre regiones que habiliten la reasignación espacial de los recursos de manera regular y justa o instrumentos financieros particulares, como ser programas especiales financiados por el gobierno central y complementados con recursos provinciales, que busquen nivelar las diferencias entre los bloques regionales, haciendo que la provisión sea más equitativa y garantizando niveles mínimos y homogéneos de prestación y cobertura. Además, se espera una clara división de funciones donde gobierno central oficie de rector, de coordinador estratégico que estimule, dirija y oriente.

Planteado esto, quedará para una futura investigación evaluar los impactos de una batería de reformas como son los programas específicos de carácter nacional, pero de ejecución descentralizada, que se implementan a partir del año 2000, y que buscan limitar los impactos negativos de la descentralización en términos de equidad sanitaria y desarrollo humano. Ello a fin de demostrar si los mismos contribuyen a saldar la brecha interprovincial que reproduce el proceso de gestión descentralizada de la salud y si así mejoran los estados de salud de la población, el acceso y la calidad de las prestaciones. Entre estos programas y planes destacamos el: Plan Nacer, Programa Sumar, Programa Remediar, Plan Federal de Salud y el Programa Médicos Comunitarios.

A modo de cierre, podemos afirmar que este estudio genera indicios sobre el impacto de la gestión descentralizada en la equidad sanitaria. Asimismo, reafirma que la salud es un servicio social básico y universal y su provisión trasciende el ámbito de interés de un gobierno local puesto que impacta directamente en los niveles de desarrollo humano de una Nación; la misma es capacidad habilitante tanto para el sujeto como para los Estados. Ciudadanos saludables llevan a mejorar los niveles de producción y, por ende, generan crecimiento económico, bienestar general y desarrollo humano sostenible. De allí que el objetivo de una política pública de descentralización de la salud debe ser el de brindar las mismas oportunidades de alcanzar el máximo potencial de salud (ante estados de salud diferentes) garantizando una equitativa asignación y distribución de los recursos y capacidades. Es decir, lograr un acceso y una calidad equitativa en las prestaciones ante la presencia de iguales necesidades, ello en toda la extensión del territorio nacional, de cara a potenciar a los sujetos, desplegar sus capacidades y concretar sus más preciadas aspiraciones.

Habida cuenta del legado que dejó el fuerte proceso de descentralización de la salud en Argentina observamos que el subsistema público de salud presenta en la actualidad retos postergados y nuevos desafíos de cara a profundizar la equidad sanitaria vertical y horizontal y fomentar un desarrollo humano inclusivo y sostenible.

En términos generales observamos la necesidad de implementar estrategias públicas sectoriales eficientes que hagan a la reducción de la fragmentación -territorial-, atomización - institucional - y segmentación -entre grupos sociales- intrasistema. Como hemos visto en

el desarrollo de esta tesis, la oferta pública de servicios de salud reproduce los desequilibrios regionales norte-sur no logrando compensar los problemas distributivos. Se evidencian adaptaciones locales de los sistemas provinciales de salud, conductas y servicios heterogéneos en cuanto a la calidad además de amplias diferencias en el gasto público en salud per cápita entre provincia -cuestión que se explica tanto por la capacidad de generar recursos propios como por la ausencia de mecanismos de compensación por parte de la Nación-. Surge entonces como desafío, la implementación de medidas que promuevan la solidaridad interregional como, por ejemplo, la creación de un fondo único universal y nacional que permita asegurar y ofrecer una cobertura común y, por ende, brindar servicios de salud homogéneos. Además de considerar la posibilidad de realizar modificaciones presupuestarias y de incentivos, otro de los desafíos es re-jerarquizar el rol del gobierno central, consolidando y fortaleciendo los instrumentos institucionales ya existentes, como son el COFESA Y el COFELESA. Ello a modo de mejorar la gobernanza del subsistema, fomentar la integración, articulación y coordinación pero también para promover debates, diálogos y acuerdos entre las provincias; establecer ejes sanitarios comunes y delinear políticas específicas y programas focalizados con el objeto de atender perfiles diferenciados de demandas; resolver problemas puntuales de algunas provincias o de poblaciones rezagadas; y responder a las necesidades de los distintos perfiles epidemiológicos y de una población cada vez más envejecida. Por último, observamos conveniente avanzar en una reorganización subsistema público de salud dándole mayor peso a la medicina preventiva invirtiendo la lógica actual que se concentra en la medicina curativa. La evidencia ha demostrado que la primera mejora la calidad de vida de la población y además produce ahorros en los costos sin sacrificar la calidad.

6 Bibliografía

Acuña, C. y Chudvnosky, M. (2002), “El Sistema de Salud en Argentina”. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

Acuña, C. y Repetto, F. (2011), “Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina”. Documento de Trabajo N° 44, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

Acuña, C. y Tommasi, M. (1999), “Some reflections on the institutional reforms required for Latin America”. Documento de Trabajo N° 20, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

Arredondo Salina, C. (2011), “La descentralización en Chile: una mirada desde la Economía Política y el Neoinstitucionalismo”. Tesis de Maestría en Gestión y Políticas Públicas, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

Artells, J. (1983), “Notas sobre la consideración económica de la equidad: utilización y acceso. En Planificación y Economía de la Salud en las Autonomías (J. Artells, org.), pp. 23-30, Madrid, España.

Banco Mundial. (1997), “Informe sobre el desarrollo mundial 1997”. El Estado en un mundo en transformación, Washington, D.C, Estados Unidos.

Becerra-Posada, F. (2015), “Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible”, en *Revista Panamericana Salud Pública*.

Belmartino, S. (2001), “Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en argentina”, en: *Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental*, N° 17, Buenos Aires, Argentina.

Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997), “Descentralización de los servicios de salud en la Argentina”, en *Serie de Reformas de Política Pública* (CEPAL), N°. 47, Santiago de Chile, Chile.

Boisier, S. (1990), “La descentralización: un tema difuso y confuso”. Documento 90/05. ILPES-CEPA, Santiago de Chile, Chile,

Boisier, S. (1992), “¿Puede la descentralización ayudar a la equidad?”. En *Estudios Regionales*, N° 32, pp. 43-72.

Bresser, L. (1999), “Reformas del Estado para la ciudadanía. La reforma gerencial en América Latina en la perspectiva internacional (CLAD)”, Ed. Eudeba, Buenos Aires, Argentina.

Buchanan, J. (1986), “The Constitution of Economic Policy”, Nobel Price Lecture, The Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel, Estocolmo, Suecia.

Buchanan, J. y Tollison, R. (1984), “The theory of public choice”. Ann Arbor (Michigan).

Burki, S. J. y Perry, G. (1998), “Beyond the Washington Consensus: Institutions Matter”, Ed. The World Bank, Washington D. C., Estados Unidos.

Bustelo, E. (1992), “Economía del desarrollo. Un análisis histórico”. Ed. Complutense, Madrid, España.

Carciofi, R., Cetrángolo, O. y Larrañaga, O. (1996), “Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile”. Ed. CEPAL, Santiago de Chile, Chile.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). (2011), “Descentralización de políticas sectoriales de competencia nacional hacia el segundo nivel de gobierno”, documento de trabajo N°19, Montevideo, Uruguay.

Cetrángolo, O. (2007), “Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización”. Naciones Unidas, CEPAL. División de desarrollo social, Chile.

Cetrángolo, O. (2014), “Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino”. En *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, año 8, vol. 13, Buenos Aires, Argentina.

Cetrángolo, O. Y Devoto, F. (1998), “Reformas en la política de salud en la Argentina durante los años '90, con especial referencia a la equidad.” En CECE, Serie Estudios, N°27, Buenos Aires, Argentina.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002), “Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual”, Taller Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health, Toronto, Canadá.

Cetrángolo, O. y Gatto, F. (2002), “Descentralización fiscal en América latina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado”. Seminario Desarrollo local y regional hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores. ILPES.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2000), “La brecha de la equidad, una segunda evaluación”, Segunda Conferencia Regional de Seguimiento de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Santiago de Chile, Chile.

Constitución Nacional de la República Argentina. Boletín Oficial del 10-ene-1995, número: 28057, pp. 1.

Dachs, N. (2001), “Inequidades en salud: como estudiarlas” en “*Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable*”, Editado Por Helena Restrepo y Hernán Málaga Ed. Médica Panamericana

Declaración Alma Ata. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Decreto N° 1.269/1992. Políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud. Boletín Oficial del 27-jul-1992, número 27437.

Decreto N° 939/2000: Régimen de Hospitales Públicos de Gestión descentralizada (aplicación y materialización del derecho a la salud). Boletín Oficial, 24- oct- 2000.

Di Gropelli, E. y R. Cominetti. (1998), “La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana”. Ed. CEPAL, Santiago de Chile, Chile.

Essayag, S. (2010), “Participación social y comunitaria en salud: interfaces macro-micro: Programa Remediar”. Tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas, Universidad de San Andrés, Buenos Aires, Argentina.

Falleti Tullia, G. (2006), “Una teoría secuencial de la descentralización: Argentina y Colombia en perspectiva comparada” en *Desarrollo Económico Revista de Ciencias Sociales*, vol. 46 N°183, pp. 317-352, Buenos Aires, Argentina.

Ferrelli, R. (2015), “Equidad en salud desde un Enfoque de Determinantes Sociales”. Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”, México D.F, México.

Finot, I. (1996), “Descentralización en América Latina: ¿Cómo conciliar eficiencia con equidad?” en *Revista del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) “Reforma y Democracia*, N° 10.

Finot, I. (1999), “Elementos para una reorientación de las políticas de descentralización y participación” en *Revista del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) “Reforma y Democracia”*, N° 15

Finot, I. (2002), “Descentralización y participación en América Latina: una mirada desde la economía” en *Revista de la CEPAL*.

Finot, I. (2001), “Descentralización en América Latina: teoría y práctica”. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Documento del Centro de Estudios para América Latina, Serie de Gestión Pública Nro 12. Chile.

Finot, I. (2007), “Los Procesos de Descentralización en América Latina”. Estudios Regionales, N°. 10. Universidad Alcalá de Henares.

Fleury, S. (2002), “Reforma del Estado” en *Revista de Administração Pública*, vol. 35, N° 5, pp. 7-48, Brasil.

Giordano, O y Colina, J. (2000), “Las Reformas del Sistema de Salud: ¿El camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente?”, Fundación Novum Millenium, Serie Documentos N° 19, Buenos Aires, Argentina.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Dirección de Estadísticas Poblacionales. Población. Disponible en <https://www.indec.gob.ar/>. Consultada el 01/03/2016.

La Nación (2012): “Desigualdades del sistema de salud, La Nación, 05 de enero de 2012. Disponible en <http://www.lanacion.com.ar/1437850-desigualdades-del-sistema-de-salud>. Consultado el 26/02/2016

Lago, F., Moscoso, N., Elorza, M., y Ripari, N. (2012), “Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires” en *SALUD coLEcTivA*, vol. 8, N° 3, pp. 263-274.

Lago, F., Moscoso, N., Elorza, M., y Ripari, N. (2013): “Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina” en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol.12, N° 25.

Ley N° 18. 610/1970: Obras sociales de la administración central del Estado, organismos descentralizados, empresas del Estado, paraestatales, de administración mixta y de las

asociaciones profesionales con personería gremial. Boletín Oficial, 05-mar-1970, núm. 21882, pp. 2-3.

Ley N° 19.032/1970: Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Boletín Oficial del 18-nov-1971, número: 22302, pp. 4.

Ley N° 19.337/1971: Establecimientos Hospitalarios- Régimen de descentralización. Boletín Oficial del 18-nov-1971, número: 22302, pp. 4.

Ley 20.222/1973: Salud Pública descentralización de Hospitales.

Ley N°21.883/1978: Transferencia de Hospitales Nacionales a las jurisdicciones provinciales.

Ley N° 22.373/1981: Creación del Consejo Federal de salud (COFESA).

Ley N° 24.061/1992: Presupuesto General de gastos y cálculo de recursos de la administración nacional para el año 1992. Boletín Oficial: 12-dic-1991, número 27294, pp. 1.

Linares Pérez, N. y López Arellano, O. (2008), “La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva” en *Revista Medicina Social*, vol. 3, N° 3.

Maceira, D. (2002), “Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino”. Serie Seminarios Salud y Política Pública Ed. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

Maceira, D. (2003), “Brecha de Pobreza, Descentralización y Alivio de Deuda en Bolivia”. Documento de Trabajo. Ed. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

Maceira, D. (2008), “Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino”. Documento de Trabajo. Ed. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

Maceira, D. (2009), “Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina”, Documento de Trabajo N° 23, Ed. Centro de implementación de políticas públicas para la equidad y el crecimiento (CIPPEC), Buenos Aires, Argentina.

Maceira, D. (2009), “Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina”, Ed. Centro de implementación de políticas públicas para la equidad y el crecimiento (CIPPEC), Buenos Aires, Argentina.

Maceira, D. (2012), “Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe” Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud en América Latina, Ed. UNICEF.

Manzanal, M. (2006), “Descentralización y Municipios en Argentina. Contrastes y contradicciones”, en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, N° 1, pp.37-60, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Hacienda y Finanzas públicas. Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias. Sector Público Provincial. Disponible en <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dncfp/index.php>. Consultada el 03/03/2016.

Ministerio de Salud Argentina (2007). “Fundamentos y Objetivos del Proyecto Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino”. Documento de proyecto, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud Argentina. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Indicadores Básicos. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/>. Consultada el 15/02/2016.

Ministerio de Salud de la República Argentina y Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos Argentina. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/indicadores.htm>

Mooney, G. H (1983), "Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*", 1:179-185.

Montecinos, E. (2005), "Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática", *Revista Eure*, vol. XXXI, N° 93, pp. 77-88, Santiago de Chile, Chile.

Montero, A. y D. Samuels (2004), "The political determinants of decentralization in Latin American: Causes and consequences". Montero, A. y D. Samuels (comps.), *Decentralization and democracy in Latin America*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.

Moreno Fuentes, F. (2009), "Descentralización y coordinación en el Sistema Nacional de Salud". Congreso de la REPS-ESpanet. España.

Moscoso, N. y Modarelli, R. (2009), "Descentralización en Salud: Marco Conceptual y Políticas Públicas en Argentina", en *Revista Ciencias Económicas*, Vol. 27, N°. 2, pp. 155-168, Buenos Aires, Argentina.

Musgrove, P. (1983), "La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación", en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington D.C, Estados Unidos.

North, D. (1990), "Instituciones, Cambio Institucional y Desempeño Económico", Fondo de Cultura Económica.

North, D. (1998), "Una teoría de la política basada en los costos de transacción", en Sebastián M. Saiegh y Mariano Tomassi (comps.). *La Nueva Economía Política: Racionalidad e Instituciones*. Ed. Eudeba, Buenos Aires, Argentina

Oates, W. (1977), "Federalismo Fiscal", Ed. Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, España.

Olson, M. (1992), *La lógica de la acción colectiva. Bienes públicos y la teoría de grupos*, Limusa, México.

Olson, M. (1998), “La Lógica de la Acción Colectiva”. En Sebastián M. Saiegh y Mariano Tomassi (comps.).

OMS (2008), “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Ginebra, Suiza.

OMS (2009), “Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, Ginebra, Suiza.

OMS (2011), “Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud; 19-21 octubre de 2011, Río de Janeiro, Brasil.

OMS (2011): “Todos por la equidad”. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. 19-21 de octubre de 2011, Río de Janeiro, Brasil.

OMS (2014), “Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas 2013”. (WHA67.12).

OMS (2014). “Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region”.

OPS (1982). “Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales”, (Documento Oficial 179.), Washington D.C., Estados Unidos.

OPS (2013), “Proyecto de plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019”, Washington D.C, Estados Unidos.

Oszlak, O. (1999), "De menor a mejor. El desafío de la segunda reforma del Estado", en *Revista Nueva Sociedad*, N°. 160, pp. 81-100, Caracas, Venezuela.

Oszlak, O. y Serafinoff, V. (2011), “Acerca del diseño institucional: apuntes para el caso uruguayo”. En José Raúl Rodríguez (Ed. y Coord.). Aportes y reflexiones para la agenda nacional de descentralización, Ed. Uruguay Integra, Montevideo, Uruguay.

Palencia, E., Garza, E., Bonfiglio, J.M. y Cantú Martínez, P. (2011), “La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal” en *Revista Estudios Sociales*, N° 37, Volumen 19, pp 255-279.

Pereira Pérez, Z. (2009), “Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta”, en *Revista Electrónica Educare*, vol. XV, N° 1, enero-junio, pp. 15-29. Universidad Nacional Heredia, Costa Rica.

Peters, G. (1999), “El Nuevo Institucionalismo: Teoría Institucional en Ciencia Política”. Barcelona, Ed. Gedisa, Barcelona, España.

PNUD (1990), “Informe de Desarrollo Humano”, Nueva York, Estados Unidos.

PNUD (2002), “Los 18 desafíos que plantea la realidad argentina”, Buenos Aires, Argentina.

PNUD (2006), “Manual de orientación: Lineamientos básicos para la descentralización administrativa y fiscal”.

PNUD (2006b), “Informe sobre Desarrollo Humano”, Ed. PNUD, Lima, Perú.

PNUD (2006c), “Decentralization and Human Development: Findings and Recommendations from a Review of National Human Development Reports”. NHDR Occasional Paper 6.

PNUD (2011), “El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”. Ed. PNUD, Buenos Aires, Argentina.

PNUD (2013), “Informe nacional sobre desarrollo humano 2013. Argentina en un mundo incierto: Asegurar el desarrollo humano en el siglo XXI”.

Porto S. M. (2002), “Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud”. *Cad Saúde Pública*. 18(4):939-57.

Prud'Homme, R. (1995), “The dangers of decentralization”. *The World Bank Research* Vol. 10, Iss. 2; http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&theSitePK=469382&piPK=64165421&menuPK=64166322&entityID=000009265_3961005225011

Putnam, R. (1993), “Making democracy work: civic traditions in modern Italy”, Princeton University Press, Princeton, New Jersey.

Repetto, F. (2001), “Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino”. Documento de trabajo N°55. Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires, Argentina.

Repetto, F. (2007), “Capacidad Estatal, institucionalidad social y políticas públicas...O la búsqueda del “tesoro perdido” de la política social latinoamericana”. En Alonso, G. (Coord.): Capacidades estatales, instituciones y política social. Ed. Prometeo, Buenos Aires, Argentina.

Rezk, E. (1997), “Aspectos macroeconómicos vinculados con el federalismo y la descentralización. Asociación Argentina de Economía Política, Bahía Blanca, Argentina.

Rondinelli, A., McCullough, J. y Johnson, R. (1989), “Analysing Decentralization Policies in Developing Countries: a Political-Economy Framework”, en *Development and Change*, vol. 20, Issue 1, pp 57–87.

Ross Schneider, B. (2001), “La política de la reforma administrativa: dilemas insolubles y soluciones improbables, en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N°. 20, Caracas, Venezuela.

Sautu, R. (2011), “El análisis de las clases sociales: teorías y metodologías”. Ediciones Luxemburg, Buenos Aires, Argentina.

Sen, A. (1992), "Inequality Reexamined". Ed. Harvard University Press, Nueva York, Estados Unidos.

Sen, A. (1999), "La salud en el desarrollo", Ponencia presentada en la 52° Asamblea Mundial de la Salud- Organización Mundial de la Salud, el 18 de mayo de 1999 en Ginebra.

Sen, A. (2000), "Desarrollo y libertad". Ed. Planeta, Buenos Aires, Argentina.

Sen, A. (2002), "¿Por qué la equidad en salud?", en *Revista Panamericana Salud Pública*, vol.11, N° 5-6, Washington D.C, Estados Unidos.

Simon, H. (1983), "Reason in Human Affairs". Stanford University Press. Stanford California, Estados Unidos.

Singer, H.W. (1998): "¿Es aún relevante la economía del desarrollo?" En: Emmerij, L. y Núñez del Arco, J. (comps.). El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI. Ed. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington D.C., Estados Unidos.

Solar, O. (2010), "A conceptual framework for action on the social determinants of health". World Health Organization, Ginebra, Suiza.

Souza, C. y Moreira, I. (1999), "Reforma del Estado, descentralización y desigualdades" Publicado originalmente en *Lua Nova*, N° 48, CEDEC, São Paulo, Brasil.

Starfield, B. (2001), "Improving equity in health: A research agenda". *International Journal Services*, 31(3):545-66. 35.

Tiebout, C. M. (1956), "A pure theory of local expenditures" en *The Journal of Political Economy*, vol. 64, N°. 5, pp. 416-424.

Tobar, F. (1996), "Condicionantes financieros de la descentralización en el sector salud". XI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud, Buenos Aires, Argentina.

Tobar, F. (1999), “Reforma de los sistemas de salud en América Latina”. Fundación ISALUD, Buenos Aires, Argentina.

Tobar, F. (2004), “Políticas de descentralización en salud lecciones de las experiencias latinoamericanas y propuestas para la Argentina”. Tesis Doctoral, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Tobar, F.; Olaviaga, S. y Solano, R. (2011), “Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino”, Documento de Políticas Públicas/Análisis N°99, CIPPEC, Buenos Aires, Argentina.

Tobar, F., Ventura, G., Falbo, R., Sellanes, M. y Bullat, T. (n/d): “Rendimiento y eficiencia del gasto en salud según provincias”. Ed. Instituto Universitario Isalud, Buenos Aires, Argentina.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2008), “La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica” en *Revista. Salud Colectiva*. vol. 4, N°1, enero- abril. pp. 31-56

Vilas, C. (2003), “Descentralización de Políticas Públicas: Argentina en la década de los ‘90”. Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP). Dirección de Estudios e Información, Buenos Aires, Argentina.

Von Haldenwang, C. (1990), “Hacia un concepto politológico de la descentralización del Estado en América Latina, en *Revista EURE*, vol. XVI, N° 50, pp. 61-77, Santiago de Chile, Chile.

Whitehead, M. (1991), “The Concept and Principles of Equity and Health”. *International Journal of Health Services* 22:429-45, Washington D. C, Estados Unidos.:

Williamson, J. (1993), “Democracy and the Washington Consensus”, *World Development*; vol. 21, N° 8, pp. 1329-1336, Londres, Reino Unido.

Williamson, J. (2004). “The Washington Consensus as Policy Prescription for Development”. Institute for International Economics. Ed. Banco Mundial.

7 Anexos

Anexo 1

Cuadro de informantes claves entrevistados

Tabla 1: Entrevistas realizadas por el autor			
N°	Entrevistado	Cargo/Función	Lugar y fecha
1	Carlos Javier Regazzoni	Ex -Director ejecutivo del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y Concejal por el Partido de Almirante Brown	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 20 de septiembre de 2018
2	Isabel Duré	Asesora de Recursos Humanos para la Salud en Organización Panamericana de la Salud. Admnsitradora Gubernamental del Ministerio de Salud	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 17 de julio de 2018
3	Oscar Cetrángolo	Docente de la Universidad de Buenos Aires- Investigador	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 05 de octubre de 2018
4	Oscar Ozslack	Docente de la Universidad de San Andrés y del Instituto Nacional de Administración Pública. Director de la Revista Estado Abierto	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 30 de octubre de 2018
5	Daniel Maceira	Investigador Titular de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 12 de noviembre de 2018

Cuestionario semi-estructurado

1. Teniendo en cuenta que durante el proceso de descentralización de la salud en Argentina, en el marco de las reformas de segunda generación, se transfirieron competencias y responsabilidades a las provincias ¿Considera usted que la descentralización en la prestación de servicios de salud respondió a una estrategia nacional de planificación sanitaria que tuvo en cuenta las características y necesidades principales de la población en cada una de las jurisdicciones? ¿Cree usted que el proceso tuvo como ‘nave insignia’ la equidad en salud y el desarrollo humano? ¿Por qué? ¿Por qué no?
2. ¿Cree que la descentralización de la salud ha permitido responder a las demandas ciudadanas en cada jurisdicción? ¿Cuáles son a su criterio los principales desafíos que siguen estando presentes en este sentido?
3. ¿Considera usted que el proceso de descentralización de la salud profundizó las inequidades en la salud de la población a nivel provincial?
4. ¿En qué medida cree usted que el proceso de descentralización de la salud estuvo acompañado de estrategias para reducir o compensar la inequidad inicial, en términos de acceso a los servicios y atención a la salud, entre las provincias? ¿Cuáles fueron las estrategias más eficaces, si es que las hubo, y en qué años fueron implementadas? ¿Como experto/a en la materia, usted hubiera recomendado otras?
5. A fin de reducir las inequidades existentes (evitables) entre los territorios del país, ¿considera usted necesario asignar políticas compensatorias? ¿Qué otros instrumentos de política pública y qué estrategias considera usted que deberían complementar la política de descentralización de la salud para reducir la inequidad en salud?
6. ¿Cuáles son las principales recomendaciones que usted efectuaría en el contexto político actual para repensar el proceso de descentralización de salud argentino en miras a lograr una mayor equidad en términos de desarrollo humano?

Anexo 2: Relación PBI per cápita y gasto provincial en salud

Provincia	PBI per cápita (USD) 2008	Gasto provincial en salud per cápita en pesos constantes 2000
Chaco	2015	109
Formosa	2879	120
Santiago del Estero	3003	114
Misiones	3751	74
Jujuy	3755	105
Tucumán	3937	75
Corrientes	4001	50
La Rioja	4162	218
Salta	4220	114
San Luis	5580	142
San Juan	5642	128
Entre Ríos	5682	119
La Pampa	5987	199
Catamarca	6009	137
Río Negro	8247	110
Córdoba	10050	65
Buenos Aires y Partidos del Aglom	10303	77
Santa Fe	10670	66
Mendoza	10758	89
Chubut	15422	157
Tierra del Fuego	20682	289
Neuquén	26273	230
Santa Cruz	30496	344
Ciudad de Buenos Aires	40828	286

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos del Centro de Estudios en base a la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las provincias, página web del Ministerio de Economía.

Anexo 3: el modelo de descentralización del sistema público de salud en Argentina, desde 1978

INSTITUCIONES	ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN, EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
				DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social)		Diseña programas, dicta normas y coordina subsistemas. Sin embargo, sus direcciones tienen solo valor indicativo	Coparticipa de recaudaciones tributarias			Define programas de cobertura nacional: lucha contra endemias; campañas preventivas; educación sanitaria; programas materno-infantiles y de nutrición, control de alimentos y saneamiento ambiental
NIVEL INTERMEDIO (Autoridades sanitarias provinciales)		Cuenta con autonomía para la definición de políticas de su jurisdicción y ejerce el control sobre los diversos subsectores que llevan a cabo acciones de salud en su territorio (excepto en obras sociales)	Puede captar recursos adicionales en forma de impuestos y usarlos en forma irrestricta	Política de recursos humanos	Ejecución de programas y provisión de servicios. A partir de 1992, se transfirieron los principales programas de prevención (nutrición, inmunización y materno)	Define planes provinciales de cobertura de determinadas endemias.
GOBIERNO LOCAL (Municipios)					- Tiene a su cargo la ejecución de programas y la administración de servicios de su órbita. - Hay casos de descentralización desde las provincias a los municipios.	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Hospitales públicos)			Independencia en facturación por prestaciones a Obras Sociales y recursos adicionales a través de copagos (hospitales de autogestión)	Sobresueldos (hospitales de autogestión)	Transferencia desde la nación a los hospitales de autogestión: provisión de servicios.	Autonomía en el proceso de asignación de recursos internos (hospitales de autogestión)
COMUNIDAD			Copago			

Fuente: Di Gropelli, E. y R. Cominetti., 1998, tomando a Bisang y Cetrángolo, 1997.