

III Jornadas de Investigación en Política y Gobierno

Estado y Políticas Públicas en Argentina: Nuevos desafíos a la luz de la investigación

Escuela de Política y Gobierno

Universidad Nacional de San

Martín Campus Miguelete, San

Martín 12-13 de Abril 2016

La política de salud 2003-2013.

El enfoque de los herederos de Carrillo y sus límites

Mario F. Navarro

UNSaM-UNC

INDICE

I.	Presentación	4
1.	La idea de una política de salud	5
	Esquema 1 Las cuatro matrices institucionales del Sector Salud en Argentina	7
2.	Las políticas de salud <i>realmente existentes</i>	8
3.	Hipótesis a poner a prueba	11
4.	La Estrategia de Evaluación	11
II.	La política que <i>no fue</i> . La omisión intencionada del “seguro de salud universal”	12
1.	La idea de una omisión de política	13
2.	Las iniciativas en torno al cambio institucional en el sector salud: Breve Repaso desde los ‘70s ..	14
	Esquema 2 Políticas y hechos notables atinentes a las cuatro matrices institucionales del Sector Salud en Argentina, 1970 a la fecha.....	14
	Esquema 3. Diagnósticos repetidos en diferentes períodos de gobierno	16
3.	Lógica técnica y política de la integración sectorial	18
4.	El fracaso de las políticas de integración del sector	19
	Esquema 4. Iniciativas de integración subsectorial, aplicaciones y resultados. 1970s-2010.....	20
5.	Conclusión	21
III.	La política que <i>sí fue</i> : el fortalecimiento del sector público y la acción marginal sobre las otras institucionalidades	22
1.	Recuento de iniciativas.....	22
	Esquema 5. Políticas y hechos notables atinentes a las cuatro matrices institucionales del Sector Salud en Argentina, en los últimos quince años.	23
2.	El gasto que sostiene las iniciativas	23
	Tabla 1. Gasto Público, expresado como % del PBI y variación porcentual. Años 1980 y 2013	24
	Ilustración 1. Gasto del Gobierno Nacional, 1980.2013. Gasto función salud como % del PBI; demás gastos como % del gasto en la función.....	24
	Ilustración 2. Proporción del gasto nacional en el total del gasto en salud en las provincias argentinas, hacia 1970. Valores per capita.	25
	Ilustración 3. Evolución el Gasto de Nación y Provincial, sub-función “Atención de la Salud”. 1980-2013 –valores en \$ constantes de 1993-.	26
3.	Las prioridades de gasto: el financiamiento de la atención a la población no cubierta.....	26
	Tabla 2. Programas del Ministerio de Salud con sus créditos vigentes al fin de cada año seleccionado. Valores en % del total del crédito, por programa y según orientación del gasto ..	27
IV.	Efectividad (I). El rendimiento de la estrategia <i>carrillo</i> sobre fortalecimiento del sector público. 28	
1.	Introducción	28
a.	Los Indicadores para una Evaluación de Desempeño	29
	Esquema 6. Metas ODM para Argentina	30
b.	La Estrategia de Evaluación.....	30
2.	La Mortalidad Infantil: Aspectos Conceptuales.....	31
3.	La Evolución de la Mortalidad Infantil en Argentina	32
	Ilustración 4. Evolución de la Mortalidad Infantil en Argentina. 1980-2013	32
4.	Argentina: El Desempeño Comparado del Indicador Mortalidad Infantil	33
	Ilustración 5 La reducción de la TMI. Desempeño comparado de Argentina. Valor inicial a 1990 y pendiente de descenso 1990-2015.....	34
	Ilustración 6. TMI 1990 y Pendiente 1990-2015. Países seleccionados.....	35
	Tabla 3. Variación porcentual de la tasa de mortalidad infantil por decenios. Países de América Latina y Años seleccionados.....	36
	Ilustración 7. Países en el rango de tasa 12/000 y 10/000. Reducción lograda entre 1990-2015 ..	37

5.	La Tendencia Descendente de la Mortalidad Infantil: ¿debe ser evaluada como satisfactoria con base en la propia trayectoria y metas?.....	37
	Ilustración 8. Mortalidad infantil. Brecha entre los valores requeridos para el cumplimiento de la meta ODM y los efectivamente observados. 1990-2013.....	38
	Ilustración 9. Brecha entre los valores esperados según la tendencia lineal y los valores observados. 1980-2011.....	39
	Ilustración 10, Evolución de la tasa de mortalidad infantil y el PBI. Argentina, 1980-2011	40
6.	Evolución de la Mortalidad Infantil según Jurisdicción Provincial: reducción absoluta y atisbos de convergencia	41
	Ilustración 11. Indicadores relativos a la evolución del Índice de Gini de la Tasa de Mortalidad Infantil entre provincias. 1980-2011	42
	Ilustración 12. Provincias distribuidas según pendiente de la trayectoria y posición relativa en 1980. 1980-2013	44
7.	Conclusiones	44
V.	Efectividad (II). Rendimiento decreciente del gasto y del asistencialismo	45
1.	Límites del gasto: rendimiento decreciente y “techo” presupuestario	45
	Ilustración 13. Razón Gasto y tasa de mortalidad infantil. Período 1980-2013.	45
	Ilustración 14. Evolución del gasto total en atención a la salud y de la razón “resultado financiero /ingresos”. Gobierno Nacional, período 2001-2013.	46
2.	El Plan Nacer	46
	Ilustración 15. Logros relativos a los indicadores del Plan Nacer	48
3.	Breves consideraciones en torno a la estrategia de fortalecimiento del sector público y la cuestión de la equidad	49
	Tabla 4. Proporción de afiliados y no afiliados que consultaron al médico	49
VI.	Consideraciones finales	50
	Bibliografía	51

I. Presentación

Este trabajo evalúa la política de salud del gobierno nacional, desarrollada con inicio en el año 2003. Evaluar quiere decir *ex valere*; esto es, extraer lo que hace fuerte y significativo a un objeto. Las cosas *valen* porque nos son útiles; las acciones valen porque han cumplido las expectativas, así pensaron los griegos. Más contemporáneamente, decimos que valen porque han realizado sus objetivos.

Evaluar es entonces discernir si las metas establecidas se han obtenido. En el sector salud, es ahora convencional el planteo de tres metas: la efectividad, la equidad y la responsividad. Este trabajo elabora sobre las dos primeras mencionadas, juzgando la política de salud en función de lo que obtuvieron al respecto. Adicionalmente, o si se quiere, *ex ante*, ha de juzgarse también la “racionalidad” del instrumento; es decir la “política” o línea de acciones ordenada a aquellos objetivos. Con aquella palabra, tan filosófica y técnicamente cargada, aquí no se quiere decir mucho más que lo siguiente: se trata, no de un *diseño*, sino de una fórmula de asignación de recursos, que “suena bien”-si, al menos a primera vista, parece eficiente.

El trabajo persigue evaluar la política de salud del gobierno saliente; es decir, el período 2003-2015. Como se explica en las siguientes secciones, una política de salud, examinada en su núcleo conceptual, es una política que sucede siempre en el plano del *cambio institucional*. En este sentido, la política de salud sostenida en estos últimos doce años se desarrolló según un estilo *carrillista*, una línea de acción orientada por los principio de concentración sobre, y el fortalecimiento de, la acción del sector público –más adelante se explican mejor estas ideas-.

Según este estilo *carrillista*, se privilegió la acción sobre el sector público y se dejó deliberadamente de lado otras cuestiones, en particular las relativas a la integración financiera de los sub-sectores público, privado y de obras sociales. En la sección 2, más abajo, se argumenta que la estrategia seguida podría considerarse una modernización del planteo de Carrillo, razón por la que se trata de una suerte de “neo-carrillismo”.

Teniendo en cuenta que la estrategia de fortalecimiento del sector público sucede en un contexto caracterizado por otros rasgos de gravitante institucionalidad, tales como la fragmentación financiera y de la red prestadora, y también la vigencia de ráticas *asistencialistas* y de tipo *paternal-patriarcales*, corresponde preguntarse: ¿ha sido esta una opción racional, efectiva y viable?

La opción elegida, la vía de la concentración de acciones sobre el sector público, con miras de fortalecer su operación, exhibe *prima facie* una racionalidad suficiente. Su problema radica en que no ha logrado ser efectiva, ni ha podido mejorar la equidad. Finalmente, se trata también de una estrategia que se puede considerar agotada; es decir, no se la puede considerar expeditamente sostenible.

Este trabajo se organiza del siguiente modo. En el **capítulo II** se examina la omisión de la avanzar en una línea de política relativa a la integración financiera de los sub-sectores. Se establece allí la empinada dificultad política de avanzar en este tipo de reformas, hecho que valida la exploración de un “segundo mejor”. En el **capítulo III** se estudia la política de la línea *Carrillo*. Se plantean las principales acciones llevadas adelante y se evalúan sus resultados. Un resultado especial a evaluar es lo obtenido en términos de reducción de la mortalidad infantil, tema del **capítulo IV**. El **capítulo V** realiza consideraciones en torno al gasto público en atención de la salud y examina con un poco más de detalle la lógica del Plan Nacer, emblema de la acción “neo-carrillista” La última sección se pregunta por los rendimientos de la estrategia *carrillo* en términos de equidad. Finalmente en el **capítulo VI** se hacen algunas consideraciones finales a guisa de conclusión.

El ensayo combina el análisis de información de naturaleza cuantitativa con elaboraciones relativas a la historia intelectual del sector, con el objeto de dar un mejor apalancamiento al proceso de aprendizaje social de políticas de salud. Existen en el sector salud dos tipos de estudios que usualmente discurren en paralelo, y que vale la pena conjuntar. Por un lado, los estudios que repasan la estructura de recursos y necesidades del sector y que, inmediatamente, saltan hacia una propuesta de reorganización –a veces ilustrada con alguna variante de técnicas de planificación o de análisis estadístico de políticas-. Por otro lado, existen importantes estudios históricos sobre la conformación del sector y de sus políticas. Es importante entonces instituir un terreno medio, en el que la información de corte analítico se encuentre con aquella que alerta sobre la sedimentación histórica de estructuras e instituciones. En este sentido, aportes de historia intelectual de las políticas pueden ser de mucha utilidad. Debe considerarse a este trabajo como una secuela de varios intentos enderezados por ese objetivo.¹

Este primer capítulo examina en cuatro secciones la noción de “política de salud”. Primero, la idea de una política de salud; en segundo lugar, las políticas de salud “realmente existentes” en el país, delineando dos opciones básicas, el *carrillismo* y la línea del *aseguramiento*. Finalmente, en las secciones 3 y 4 se presentan las hipótesis a probar y la estrategia de evaluación, respectivamente.

1. La idea de una política de salud

Ahora bien, ¿en qué consiste una política de salud? Entendida como una acción del gobierno, la política de salud remite a un amplio conjunto de iniciativas. Un área como el sector salud es altamente heterogénea y contiene múltiples y bien diferentes conjuntos de actividades;² por ejemplo, cirugías de corazón, reparto de leche, formación de RRHH, etc. En un sentido más general, no obstante, se entiende como “política de salud” a las iniciativas relativas a la *dirección* del sistema en su conjunto.

No obstante, tal multiplicidad; hasta no hace mucho era fácil acordar que la política de salud era un conjunto de iniciativas destinadas a modernizar la atención: más médicos que chamanes; más partos institucionales que comadreo en domicilio; más intervención sobre vectores; más controlado escenario de la asistencia –el hospital-; etc. En breve, la política de salud no era sino las acciones de desarrollo de los servicios de salud, desarrollo que debía ajustarse tanto a los avances de la “ciencia médica” como a los requerimientos de la “demanda” –interpretada según perfiles socio-epidemiológicos-. De acuerdo a esto, los instrumentos predominantes fueron –y son- los perfiles epidemiológicos; los catastros; las medidas de distribución de los recursos, ya sea en el territorio, ya fuera como ajuste de un “plantel crítico” para un efector; las proyecciones de los recursos –cuántos médicos precisaremos para el 2050-, etc. Con esos insumos de conocimiento, los especialistas del sector planteaban una “política” con base en dos ideas: producir, por caso, enfermeras; y dar una forma organizativa. La “política” de salud transcurría pacíficamente en la primera parte de lo apuntado –“liberales” de FIEL, peronistas del “Comando Tecnológico” en los ‘70s, o radicales de la Fundación Siglo XXI, o social-cristianos del CIAS; y otros tantos; todos ellos compartían catastros y hasta diagnósticos-. La controversia iniciaba al momento del planteo organizativo –¿cuál se consideraba el mejor?-.³

Durante los ‘80s y ‘90s, el sector incorporó un nuevo instrumental: el planeamiento estratégico. Ello no era otra cosa que el ingreso del cálculo político en el sector. Todavía basada en aquellos catastros, y guiada por el mismo principio organizativo que cada quien prefería, la política de salud adicionaba la lógica de las

¹ Navarro y Rosenfeld (1993); Gagliano y Navarro (2012).

² Hsiao y Heller (2007, p. 19) cuentan hasta una docena de mercados diferentes en el sector salud.

³ Aquí los economistas y teóricos de la administración descollaban: las propuestas de política se centraban en diseños óptimos de distribución de tareas y estudios costo-beneficio.

maniobras, la de los avances, y la de las acumulaciones, *etc.* El planeamiento estratégico es, ciertamente, una adición al “powering”, no al “puzzling”.

Sin embargo, hay que dar un paso más adelante. El análisis de política de salud no debe ser, o no debe sólo ser, un cálculo actuarial, administrativo y estratégico. Al menos quienes creen en un enfoque de tipo positivista, enfatizan que el tratamiento de la evidencia sobre demanda y recursos –la que surge de los perfiles y los catastros, por ejemplo-, así como la adopción de “soluciones” administrativas o políticas, son suficientemente complejos y plagados de incertidumbre como para que las decisiones fluyan en un único cauce pretendidamente racional. La incertidumbre sobre la evidencia y sobre la eficacia de las soluciones, lleva a que las “políticas” adquieran esa forma de “cubo de basura” que los teóricos neo-institucionalistas han puesto de manifiesto.⁴ Por ello, es necesario convocar a otro tipo de pensamiento: un pensamiento de tipo neo-institucional. El neo-institucionalismo no mira el mundo inmediatamente en términos de recursos o actores que calculan; más bien, sugiere que aquello toma energía según ciertas reglas o instituciones.

También, la misma incertidumbre a que se hacía referencia, obliga a reconocer que la política de salud sucede a partir de “comunidades de políticas”; esto es, agrupaciones socio-culturales que proveen hábitos de hacer y, hasta, identidades.⁵ El colofón de estas ideas es que el mejoramiento de políticas como la del sector salud no ha de pasar sólo o principalmente por un mejoramiento de los insumos de información o de los cálculos que la utilizan. En rigor, se trata de algo más complejo. Se trata de un proceso que debe tematizarse como “aprendizaje” y que se desenvuelve menos en la dimensión del “powering”, y más en el ámbito del “puzzling”. Considero por otra parte que es este el dominio más incisivo del analista de políticas; su contribución se encuentra en apreciar los factores y contexto del aprendizaje sobre el rompecabezas, menos en la dimensión estrictamente política.⁶

Las instituciones son entonces el centro. Dicho de un modo esquemático: la política de salud crucial no involucra hacer algo con los recursos, sino con las *reglas* o instituciones. Así como la producción de la riqueza social pone en juego una institucionalidad referida al *cómo* lograrlo, institucionalidad especialmente referida a la titularidad de los recursos o factores; también la atención del proceso salud-enfermedad pone en juego institucionalidades que le son propias. La política de salud que nos interesa son entonces las iniciativas que sostienen o modifican esa institucionalidad. La política de salud es una acción que es idóneamente inteligible en términos de “cambio institucional”.

En el sector salud de Argentina es posible distinguir cuatro institucionalidades o componentes institucionales. Por un lado, la línea de división sub-sectorial, que llamaremos *bismarckiana*; segundo, la línea de división jurisdiccional, a ser llamada *federativa*; tercero, la línea de división relativa a la asistencia médica, que se denominará *asistencialismo*; y una última línea de división que concierne al carácter del conocimiento en lo relativo a una vida o cuerpo sano, y que llamaremos *paternalismo patriarcal*.

Enlazando los objetivos a los que tiende el sector con estas institucionalidades, puede re-definirse entonces a la política de salud como el conjunto de acciones relacionadas con el mantenimiento o cambio de estas cuatro “institucionalidades” a los efectos del logro de aquellas metas ya mencionadas del sector salud: la efectividad, equidad y responsividad.

⁴ Por supuesto, estas son las ideas que popularizaron, por un lado Giandomenico Majone (1989) y, por otro, James March y Johan Olsen (1989).

⁵ Esto es por supuesto el movimiento conceptual que instituye la idea de “comunidades de políticas” (Sabatier, 1991; Haas, 1992; Weible *et alii*, 2012).

⁶ Esto es lo que Weible, Heikkila, deLeon y Sabatier (2012, p. 10) llaman “deep knowledge”.

Cada institucionalidad puede ser vista como guardando una especial y más estrecha vinculación con alguno de estos objetivos del sistema. Así, por ejemplo, la institucionalidad sub-sectorial tiene que ver con la equidad, puesto que un sistema fragmentado según estratos socio-ocupacionales tiene a servir conforme esa jerarquía –y no según la necesidad-. Del mismo modo, la institucionalidad *federativa* se vincula a la equidad territorial. La institucionalidad *asistencialista* desempeña un rol crucial en el logro de la efectividad sanitaria. Finalmente, la institucionalidad referida al conocimiento de la vida sana se vincula de un modo robusto con las cuestiones de responsividad. Por supuesto, aunque no está demás aclarar, se trata de las vinculaciones lógicas o inmediatas, que sobre todo convienen al esfuerzo analítico, pero que admiten múltiples entrecruzamientos y solapamientos.

Finalmente, y aprovechando la polisemia o equivocidad en la noción misma de institución,⁷ se puede advertir que cada una de las institucionalidades se asienta en una diferente formulación: las institucionalidades *bismarckiana* y *federativa* se asientan en reglas formales y, en su mayoría, jurídicamente sancionadas; a su vez, las otras dos institucionalidades se asientan especialmente en la idea de valores y habituaciones. La importancia de este señalamiento reside en el hecho de que son bien diferentes los tipos de iniciativas de cambio sobre cada una de ellas; las últimas involucran sobre todo una micro-política.

El esquema siguiente permite, así lo espero, proveer una vista panorámica de las ideas precedentes.

Esquema 1 Las cuatro matrices institucionales del Sector Salud en Argentina

Matriz	<i>Bismarckismo</i>	Federalismo	Asistencialismo	Paternalismo patriarcal
Condición o diagnóstico	Fragmentación sub-sectorial, especialmente financiera	Problemas de acción conjunta	Asistencia <i>plus</i> medicalización	Paternalismo
Tipo de institución relevante	Reglas jurídicamente sancionadas, valores y habituaciones menos importantes	Reglas jurídicamente sancionadas, valores y habituaciones menos importantes	Valores y habituaciones, reglas menos importantes	Valores y habituaciones, reglas menos importantes
Tipo de política que promueve cambio institucional	<i>Sanitarismo del Seguro</i> Integración del financiamiento y/o de la red prestadora Versus política segmentaria	<i>Estrategia Carrillo</i> Integración de las jurisdicciones o federalismo cooperativo versus federalismo dual	APS Estrategias de atención primaria de la salud que integran asistencia con promoción /prevención	Reivindicaciones de autonomía personal
Tipo de política <i>pro-statu quo</i>	Política segmentaria	Federalismo dual ⁸	Política Asistencial	Paternalismo
Atinencia con los objetivos de política	Equidad	Equidad territorial	Atinencia con los objetivos de política	Equidad

Fuente: Elaboración propia

⁷ No hace mucho, en su introducción a un volumen que pretendía un *up-to-date* de cambio institucional, Streeck y Thelen (2005) buscaban distinguir entre aquellas instituciones jurídicamente sancionadas y aquellas que no.

⁸ El concepto se toma de Rosenthal y Hoefler (1989).

Conviene finalizar la sección con algunos detalles adicionales acerca de estas cuatro institucionalidades, aunque es posible adelantar que se trata de rasgos bastante reconocidos. Primero, iniciando por aquella institucionalidad que de un tiempo a esta parte ha concitado mayor consideración, se distingue en el sector salud del país un carácter *bismarckiano*; esto es, múltiples entidades financiadoras de prestaciones médicas, creadas según ramas laborales, y que funcionan con relativa autonomía del estado.⁹ Esta multiplicidad y autonomía tiene como efecto un campo fragmentado en cuanto a la red prestadora de los servicios; pero, sobre todo, en cuanto a las fuentes de financiamiento.

Segundo, la organización *federativa* de la política argentina, que subdivide al estado en 24 jurisdicciones provinciales y, en una variada gama de gobiernos locales. En principio, por habilitación de normas constitucionales, todas ellas pueden realizar acciones en el terreno de la salud.¹⁰ En el sector salud, entonces, convive una fragmentación financiera con otra de naturaleza jurisdiccional y territorial.

Tercero, una preponderancia de la acción de atención médica *asistencial*, o bien “medicalización”, formato que contemporáneamente no se centra en la figura personal del médico, sino en el Hospital. El hospital es hoy, se sabe, el centro de la atención, del uso de medicamentos de factura industrial, y emplazamiento de la principal tecnología diagnóstica y terapéutica. Ha tomado carta de ciudadanía en el sector salud la designación “modelo médico-hegemónico” para esta tercera forma de configuración institucional. Hay que notar que la medicalización hegemónica tiene como correlato una figuración del sujeto de atención en términos de “paciente”, cuerpo o persona despojada de autonomía y sobre la que se realizan “prácticas”.¹¹

Junto al “imperativo tecnológico” como supo ser llamado, y el tratamiento de los usuarios como “sujetos experimentales”, la configuración *asistencialista* muestra otra dimensión: se perfila como atención de la demanda espontánea, algo que acentúa el dominio del hospital, necesariamente menos disperso territorialmente que los centros sin internación. Téngase presente que la fórmula contraria es la acción integrada del efector con la comunidad, algo que se declara una de las fortalezas de la APS –“atención primaria de la salud”; y que pretende integrar las acciones de promoción, prevención, detección precoz y asistencia.

La última configuración se organiza en torno al eje que podría denominarse “paternalismo patriarcal”, factor relativo a la titularidad del conocimiento respecto de la “vida sana”, y puesto de relieve especialmente por los estudios de género y culturales. Este “paternalismo patriarcal” tiene sobre todo incidencia en áreas relativas al uso y goce del cuerpo y la vida. La medicalización, y la dependencia que ella genera en los sujetos, con relación al sexo, la eutanasia, el aborto, la estética corporal, entre otros aspectos, conforman esta matriz.

2. Las políticas de salud *realmente existentes*

Lo anterior son distinciones analíticas. Las “políticas de salud” realmente existentes son todavía un poco más complicadas. Como se señalaba, las políticas resultan del conjunto de entendimientos e inteligibilidades sobre el par problemas-soluciones, que da una cierta unidad a una coalición de actores. Esto es, las “políticas de salud” realmente existentes son opciones sobre el terreno –es decir, sobre la institucionalidad-

⁹ La denominación *bismarckiana* es potencialmente controversial aunque extensamente utilizada. En contra de su uso podía aducirse que: (i) su formato es una configuración obtenida contra la voluntad de Bismarck; y (ii) la forma en Argentina es diferente en un aspecto casi decisivo: los gremios tienen una injerencia mucho más alta en estas entidades de lo que la tienen en el país originario –Alemania-.

¹⁰ Hacia el 2013, el INDEC apuntaba 2278 gobiernos locales, de los que 1165 son Municipios.

¹¹ Tiempo atrás Le Grand (1998) señalaba que la política social podía dirigirse a sujetos considerados como caballeros, pícaros o pacientes-.

en que han de concentrarse los esfuerzos. En este sentido, las “políticas de salud” son un conjunto históricamente sedimentado de inteligibilidades sobre el sector.

Por supuesto, una caracterización de verdad adecuada de estas comunidades no puede ser hecha en un par de páginas, de modo que lo que a continuación se expone debe entenderse como una aproximación y hasta grosera estilización de ideas. No obstante, a los efectos de esta presentación al menos, esta ha de resultar suficiente.

La estrategia de Carrillo. Un primer lineamiento de esta naturaleza es el que llamaré la estrategia *carrillo*.¹² Ella se enanca en una larga tradición sanitarista que busca suturar la institucionalidad *federativa*, instituyendo una autoridad nacional. Ramón Carrillo inicia su carrera político-burocrática amparado por aquel decreto 12311 /43, decreto que anulaba el reparto federativo de competencias.¹³ Un segundo rasgo es su vocación de superar límites presupuestarios: “la salud no tiene precio”.¹⁴ Un tercer rasgo de esta línea de pensamiento se puede ver en la escisión entre acciones sociales y atención médica no obstante ser Carrillo un convencido de que la salud está sostenida en la política social. Cuando la gestión de Ramón Carrillo en los ‘50s, en el mismo momento en que las capacidades políticas y económicas del Ministerio de Salud se expandían,¹⁵ el gobierno auspiciaba una red paralela de servicios: la acción de la “Fundación Eva

¹²El nombre me ha sido inspirado porque el desarrollo de la capacidad instalada pública se asocia usualmente al nombre de Ramón Carrillo, Secretario de Salud del Gobierno de Perón en los ‘50s. Este reconocido sanitarista continúa siendo una referencia para buena parte del pensamiento político-sanitario de raigambre peronista. Dice el autor de un libro reciente: “Ramón Carrillo es una figura incontrastable en el desarrollo del Sistema de Salud en la Argentina. No solo fue el inspirador y el ejecutor del primer ministerio de salud del estado nacional, sino que dejó una imponente impronta en el ideario y el pensamiento sanitario del Peronismo y de todas las fuerzas del Campo Nacional y Popular. Acompañó al General Perón en su primer Gobierno y parte del segundo, también fue un estrecho colaborador de Eva Perón, de quién injustamente algunos relatos históricos la quieren distanciar. Justamente, la fundación Eva Perón fue una herramienta fundamental en la gestión del desarrollo de aquella tamaño inversión por parte del sub-sistema público, fundamental para hacer viable el vértigo de aquel crecimiento revolucionario de los servicios públicos de Salud.

Su legado puede expresarse en el conjunto de sus ideas hoy conocidas a través de sus libros o sus cartas y discursos. Pero lo que hace trascender ese pensamiento es la conjunción con su praxis, con las acciones que permitieron ese fenomenal despertar de la Salud pública y de las políticas de salud en nuestro país. Su legado es de aquellos que pertenecemos al partido justicialista, pero también del conjunto de los hombres que se inscriben en el movimiento sanitario nacional y este legado nos acompañará en el desarrollo de este libro, como una matriz conceptual proyectada hasta nuestros tiempos. No podríamos analizar nuestra experiencia sin esas convicciones profundas que nos guían y que están íntimamente ligadas al pensamiento nacional que inauguró Ramón Carrillo.” (Medina y Narodowski, 2015).

¹³ En sus considerandos señalaba: “Que las exigencias de la salud pública del pueblo son la suprema ley; y por consiguiente es inadmisibles sostener que nuestro régimen constitucional o legal pueda haber trabado, por razón de límites jurisdiccionales, la eficiencia gubernamental en materia de endemias, epidemias, y enfermedades sociales que no reconocen tales límites para su propagación, y que por lo tanto tampoco deben existir para su prevención, curación y asistencia”. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/200000-204999/202686/norma.htm>

¹⁴Veronelli y Veronelli (2004, p. 462) cita un sintomático discurso de Perón: “Salud Pública no debe tener límite en sus gastos. El límite lo ha de dar la necesidad de curar a todos los enfermos que el país tiene.” No tengo dudas acerca de que Perón tenía una idea clara de que esta era una declaración literalmente insostenible; no obstante, su generalización como “sentido común sanitario” a generaciones de profesionales las instituyeron como el *cri de guerre* en la lucha por el poder sanitario.

¹⁵La medida más destacada del período en este campo fue la creación de la Comisión de Servicio Social (Decreto 30655/44), encargada de “propulsar la implementación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas”. Los beneficios que debían brindarse a través de tales servicios eran: atención médica gratuita, atención farmacéutica al precio de costo, suministro de artículos de alimentación, de vestir, y de uso indispensable para el hogar a precio de costo. La empresa debía prestar tales servicios “como mínimo”, aunque también se consideraba la posibilidad de que fuera la organización mutualista o cooperativa la que sustituyera a la empresa. Lamentablemente no he podido acceder al decreto, la cita se obtiene de <http://www.obras-sociales.com/origen.htm>

Perón¹⁶ y de las Obras Sociales de los sindicatos. En particular, estas últimas dieron inicio la Dirección de Asistencia Social de los ferroviarios y, luego, con la Dirección del Personal de la Industria del Vidrio.¹⁷ En su versión más tradicional, entonces, la estrategia *carrillo* hace caso omiso a las demás institucionalidades;¹⁸ en especial, a la fragmentación financiera o sub-sectorial. La línea *carrillo* se define entonces como una política “segmentaria”, que se satisface con el funcionamiento en paralelo de las redes de financiamiento y atención. Si en tiempos de Carrillo esta línea de acción tuvo como resultado una notoria expansión de la capacidad instalada del sector público, el *carrillismo* contemporáneo, el “neo-carrillismo” hace uso de un nuevo instrumento: se busca financiar las prestaciones de la existente capacidad instalada, orientando y/o condicionando la operación de los aparatos efectores que pertenecen casi en su totalidad a la esfera subnacional.

La línea del “Seguro de Salud”. El segundo lineamiento de políticas “realmente existentes”, que llamaría el “sanitarismo del seguro”, o bien la línea del “aseguramiento”, concentra su atención en resolver la integración financiera del sector. Este lineamiento sutura la fragmentación sub-sectorial, pero suele tener una mirada poco atenta hacia la fragmentación *federativa*. El “sanitarismo del seguro” propugna un aseguramiento universal de la población con base en una caja o fondo único. Por regla general, esta estrategia se declara respetuosa de la institucionalidad *federativa*; y muchos de sus ideólogos imaginaron reordenamientos de obras sociales con base provincial –así, por ejemplo, lo preveía el original proyecto de la ley 18610 y repetía la ley 22269-.¹⁹ Finalmente, es posible advertir dentro de esta línea intelectual dos variantes. Por un lado, quienes colocan a la racionalidad técnica del sistema en el tope de sus preocupaciones y prescriben integración financiera más integración de la red prestadora; y, por otro lado, quienes desconfían de lo último, y que a falta de mejor denominación podría llamarse el “liberalismo médico”, que enfatizan los principios de la medicina liberal tales como “libre elección del médico y del paciente”; “libre ejercicio profesional” y “libre prescripción”, etc.

Para los *carrillistas*, el problema básico es superar la ineficacia de esfuerzos que no son conducidos por una autoridad nacional fuerte. Por su lado, para la línea del *aseguramiento*, el problema es la ineficiencia y dilapidación de recursos escasos. Unos y otros, por otra parte, no han tenido una posición decidida y unívoca respecto a cómo transformar la institucionalidad asistencialista y paternal-patriarcal.

Voces mucho más apagadas se refieren a las otras dos institucionalidades, y hasta el momento no han podido formar una “comunidad de ideas de política” suficientemente fuerte. No obstante existen y, esporádicamente, adquieren un fugaz protagonismo. No obstante ello, al menos sus “discursos” han adquirido carta de ciudadanía y rutinariamente son incluidos en los documentos programáticos; destilando incluso hasta el área de la formación de médicos –como los médicos generalistas o comunitarios-. Quizás su base de acción esté en algunas especialidades, aquéllas más maleables del sector, como lo es por ejemplo

¹⁶En 1948, la Fundación disponía recursos por poco más de un 10% del presupuesto del ministerio de Salud Pública; en 1950 lo igualaba; y, en 1951, casi lo triplicaba. Datos tomados de Belmartino, Bloch, Carnino y Persello (1991, p. 93).

¹⁷Según hacen notar Belmartino, Bloch, Carnino y Persello (1991, pp. 99 y ss.) la emergencia de las OS de los sindicatos sucede a partir de la intervención de Mercante para los obreros ferroviarios y, se extiende hacia los demás sectores cuando se constituye la Dirección de Asistencia y Previsión social para los obreros del vidrio. Esto último sucede tempranamente, en abril de 1946, impulsada por el Ministro de Trabajo del momento, dirigente del gremio del vidrio. El erudito trabajo de estos autores cita una declaración de Perón que resume este punto: “... No queremos para nuestros trabajadores una asistencia en los hospitales públicos, queremos que tengan sus propios hospitales...” (p. 117)

¹⁸A tono con su época, y a contramano con lo que hoy llamaríamos postulados de APS, Carrillo soñaba con la “Ciudad-Hospital”.

¹⁹Veronelli y Veronelli (2004 p. 638) citan a Ezequiel Holmberg, Secretario de Salud en tiempos de Onganía: “[...] nosotros proponíamos que todo trabajador de una jurisdicción provincial, incluyendo los empleados nacionales que desarrollaran su actividad en la provincia, debían aportar a una caja provincial, lo que suponía que los fondos no debían salir de las provincias.”

Salud Mental –quizás también porque allí no predominan cuantitativamente médicos sino otras profesiones de la salud-. No han faltado experiencias. Resuenan todavía, aunque deben ser necesariamente actualizadas la fuerza de los planteos de Alvarado en Jujuy, de los planes neuquinos; de las reformas con orientación hacia la APS en el municipio de Rosario,²⁰ y otros muchos más, quizás.

En síntesis, las políticas de salud *realmente existentes* en Argentina han transitado por los dos lineamientos básicos mencionados: *carrillismo* y *aseguradores*.

3. Hipótesis a poner a prueba

De acuerdo a lo que ya se anunció, las hipótesis que se exploran son las siguientes:

1. El gobierno saliente persiguió una política de tipo *carrillista*
 - a. Es decir, está orientada a fortalecer la acción del sector público, procurando sortear la fragmentación *federativa*, y con deliberada inacción en el terreno de la institucionalidad *bismarckiana*.
 - b. En cuanto a las otras dos institucionalidades, *asistencialista*, y *paternal-patriarcal*, la atención prestada no pasó de ser superficial y/o circunstancial.
2. Esta política *carrillista* es, sin embargo, de nuevo cuño.
 - a. Se trata de un neo-*carrillismo*, puesto que menos que el desarrollo de capacidad instalada, sus principales intenciones es proveer financiamiento a la atención que presta el sector público de jurisdicción no nacional –esto es, provincial o, en pocos casos, de nivel local-.
 - b. Se trata de redirigir el “seguro implícito universal” hacia la atención del “no cubierto” de modo de asegurarle un estándar de cantidad y calidad que logre, entonces, efectividad sanitaria y equidad.
3. La política seguida es suficientemente racional; pero, ha tenido bajo impacto y su sostenibilidad es dudosa.
 - a. Se trata de una política racional en términos de una asignación de recursos, puesto que es posible anticipar más costosa a su opción alternativa –la línea del aseguramiento-, una vez que se han puesto en consideración costos políticos y de transición.
 - b. Se trata de una política de bajo impacto, porque medida su efectividad en términos de la mortalidad infantil revela rendimientos por debajo de lo esperable y decrecientes.
 - c. La política *carrillista* de fortalecimiento del sector público, finalmente, se revela agotada en cuanto es probable que haya encontrado un techo de gasto presupuestario.

4. La Estrategia de Evaluación

La evaluación se hace sobre la *racionalidad* y la *eficacia* de las acciones, si bien con diferente impronta analítica. Mientras que la *racionalidad* es juzgada en clave más histórico-interpretativa que econométrica; la eficacia se estudia como el logro de ciertas metas expresadas cuantitativamente.

Lo *racional* será, entonces, un conjunto de acciones que se pueden juzgar “razonables”, o apropiadas dado cierto conocimiento compartido y sedimentado históricamente. Por su lado, la eficacia puede tener dos acepciones (Cohen y Franco, 1988). La primera acepción es la más general, refiere al “logro de los objetivos sociales esperados”; la otra, resulta más determinable, refiere al hecho de “producir cambios en una parcela de la realidad” (pp. 97-98). En este caso, la eficacia se juzgará sobre los cambios logrados en términos de los dos indicadores mencionados: la TMI y la equidad en el acceso a los servicios. Por supuesto, hay que establecer cuál es el umbral para una tasa de cambio aceptable, señalamiento que se realiza en cada una de las secciones correspondientes.

²⁰ Un interesantísimo *racconto* en este sentido es el texto de Báscolo y Yavich (2010), con cuenta con un final algo melancólico, por decirlo de algún modo.

Del mismo modo que lo que se percibe como “apropiado”, el examen del desempeño de estos últimos indicadores debe ser hecho con una mirada suficientemente amplia y extensa como para insertar el juicio en tendencias de mediano y largo plazo. Es sabido que hay dimensiones e indicadores en la vida social que precisan del paso del tiempo para que sus efectos se hagan suficientemente visibles. Son varios los autores que han puesto de resalto el punto, en particular, Paul Pierson (2003) ha puesto de resalto el punto elaborando una útil tipología que discierne cuatro posibilidades según si el factor causal y sus efectos, cada uno de ellos, sucede en lapsos breves o prolongados. Estos cuatro escenarios son ejemplificados con el cambio climático: “tornado”, “destrucción vía meteorito”, “terremoto”, “calentamiento global”. El primero mencionado es un caso de causas de maduración breve y efectos instantáneos; el último es lo opuesto: tiene causas de largo aliento y efectos igualmente sostenidos en el tiempo, con un registro casi imperceptible.²¹ Por su parte, se ha aducido que el esfuerzo gubernamental, las políticas sociales, en especial están caracterizadas por una similar condición. Huber y Stephens (2012) han señalado que la “democracia” como factor causal sobre la inequidad social debe ser evaluada en un plazo de veinte o más años. Igualmente, se expide McGuire (2010, 2011). Finalmente, cabe incluir al texto de Zibblatt (2008)²² como argumentando en este sentido, en la medida en que sugiere que la política depende de capacidades estatales entendidas como el nivel de conocimiento incorporado a la administración, lo que es una medida estándar de desarrollo burocrático, con larga tradición en los estudios de tipo histórico-institucional –así, por ejemplo, Ertman (1997) organiza su argumento que contraviene la hipótesis de la guerra como motor del estado, alrededor de la disponibilidad de personal calificado–.

Las tasas de mortalidad infantil y materna deben ser imaginadas como ubicadas en el último caso: sus causas son de larga maduración y con efectos sostenidos. Por ello, es indispensable conceder una lectura de mediano y largo plazo para observar adecuadamente los efectos de una política en este ámbito. Se propone entonces una lectura de treinta años, un período de tiempo que permite evaluar con suficiente distancia factores causales de acción no inmediata. Por último, también esta lectura extendida permite también tomar distancia del modo periodístico-publicitario con el que a veces se hacen presentes los argumentos en el terreno de las políticas públicas. Esto es, resulta siempre tentador, para quienes están a favor o para quienes están en contra, el tomar como punto de referencia un momento que les es peculiarmente favorable para su planteo. Una perspectiva de mediano y largo plazo inhabilita esa táctica.

II. La política que *no fue*. La omisión intencionada del “seguro de salud universal”

El cometido de esta sección es poner de resalto una notable omisión de política: faltó en estos años previos una iniciativa destinada a la integración financiera de los sub-sectores. Esto se realiza en los siguientes apartados. Primero, se estudia el concepto de “omisión de política”, puesto que no es obvio que pueda imputarse expeditamente una omisión a los decisores públicos. Hay omisión sólo cuando se *debería* haber hecho y no se hizo. En segundo lugar, se revisan, panorámicamente, las iniciativas de política llevadas a cabo en los últimos treinta años. El objetivo de la sección es establecer la medida en que la integración sectorial formó parte de la agenda oficial, como un discurso enfáticamente repetido, incluso en los años

²¹Con todo, la idea de Pierson no es tan revolucionaria como a veces se la ha considerado. Si así fuera, ¿cómo considerar la contribución de Barrington Moore, por ejemplo?

²²El texto de Zibblatt ha sido recientemente traducido en una estupenda compilación de la CAF (2015). Pero, hay que advertir que contiene un par de importantes dificultades en la traducción.

inmediatamente previos. Tercero, se examina la “racionalidad” de una política de integración. Ella es intuitivamente eficiente, juicio que debe modificarse una vez que se examina la estructura completa de los costos que deben ser asumidos. La política de integración puede tener un alto grado de dificultad; ello es probado porque su historia no es sino un largo viaje, jalonado de múltiples y estrepitosos fracasos. A esta revisión se dedica la sección 4. La sección 5 esboza una breve conclusión del capítulo.

1. La idea de una omisión de política

La noción de “omisión en las políticas” es un tema por naturaleza controversial.²³ Observar omisiones puede ser o bien muy difícil o extremadamente fácil. Si toda política no es sino una selección entre un amplísimo conjunto de alternativas, nada más fácil que señalar que “algo” está en falta. El asunto se invierte una vez que se sostiene que la política responde a los intereses de los decisores públicos –electores o funcionarios, o cualquier otro designado- puesto que, así planteado, todo lo hecho debe ser tomado como querido por aquellos; y, a la inversa, lo no hecho debe ser entendido como no querido.²⁴ Entonces, las omisiones son difíciles de determinar porque el señalar una de ellas equivale a apuntar lo que se “debería haber querido”.

Así planteado es un claro estándar normativo. Por supuesto, el investigador puede imputar a electores o funcionarios una omisión; pero, lo hará siempre con una legitimación sospechable; con la que puede acceder un técnico. El punto central es que el estudioso debe sugerir convincentemente que electores o funcionarios *deberían* haber querido, *deberían* haber no omitido.²⁵ Esto es tema de una bien conocida discusión, la de Lukes (2007) sobre el concepto de poder. Pero ella en verdad no ayuda mucho. Hay que hacer constar que esta discusión no avanza sino que se debía. No apunta por qué el poder debería X, sino por qué el poder que debe X no lo lleva a cabo –Lukes elabora así su reconocido triplete de dimensiones del poder- .²⁶

Dejando de lado el aspecto filosófico del asunto –que es mucho más espinoso-, y focalizando entonces en su lado empírico, hay por un lado una exageración en el “blanco vs negro” del contraste anterior. El mundo del decisor –y de la gente en lo ordinario, también- no implica acciones nítidamente separadas de lo que se *debería*, del modo que entonces aquellas acciones vienen a ser negaciones de lo debido. El mundo empírico admite muchas gradaciones. Por ejemplo, puede suceder que no se niegue sino que se posponga; o bien, que se considere debido pero inoportuno; y así muchas otras cualificaciones. Hay que advertir que la

²³Como supo plantear Crenson (1971, p. 27) “For example, it would obviously be preposterous to maintain that the citizens' failure to make an issue of the witch menace results from the repressive power of the local sorcery interests. Most people simply do not believe in witches, and it takes no exercise of power to deter them from witch hunting. If we insist on seeing a concentration of influence behind every such instance of political inaction, we will inevitably arrive at a bizarre view of community politics. The result would be only slightly less unrealistic if we were to confine our attention to "important" kinds of inaction. Inaction on the air pollution issue, for example, instead of the witch menace. Though the issue may seem terribly important to an outsider, we cannot assert that there is something "unnatural" in the citizens' neglect of it, nor can we argue that they must have been deceived concerning their true interests or that some entrenched power-holders have frustrated the desires of the people by enforcing silence on the matter of dirty air. The public may be genuinely uninterested in air pollution.

²⁴Quizás no querido en primer término, sino como segunda opción; o bien, como el resultado de una preferencia por el sostenimiento de cierta institucionalidad como sugiere el “utilitarismo de reglas” –que permite, por ejemplo, explicar el por qué está en interés de una minoría opositora seguir la legislación decidida por la mayoría-.

²⁵En el pionero estudio de Crenson sobre la “no política” de control ambiental, el autor compara las características de la dirigencia de las ciudades en las que sucede el control con aquellas en ciudades que no lo tienen.

²⁶Lukes revisa autores que se exoneran de justificar el por qué algo se *debería* y, en lugar de ello, se plantean explicar el *por qué no se hace* lo que se debería. Se sugiere que ese *debería* no se cumple porque, o bien ha habido manipulación – poder bidimensional- o porque hay un efecto institucional –poder tridimensional-. Parece obvio, pero no lo es, que se *debería* resistir al poder; o que se *debería* procurar los “verdaderos” intereses –no los falsificados por el poder institucional-. Pero es trivialmente obvio que no se ha justificado lo que se *debería*, sino que se ha explicado el por qué algo no sucede.

literatura sobre implementación de políticas, ya desde el trabajo pionero de Pressman y Wildavsky (1973), se puso de relieve que una acción que se lleva a cabo en desmedro de los intereses “declarados”, no implica que se los esté negando –que no es lo mismo negar que no priorizar-.

Para sortear todas las dificultades mencionadas, se propone aquí un doble criterio para determinar una omisión. Por un lado, la existencia de un discurso técnico que provea razones de peso para la política “faltante”. Así, por ejemplo, cabría señalar que se omite una política de prevención de la salud en favor de una política centrada en lo asistencial, puesto que existe ya un discurso “fuerte”, capaz de fundamentar la primera.²⁷ En segundo término, la omisión se obtiene cuando se detecta un punto de inflexión o brecha, no justificada, en una serie de observaciones de la política. En este trabajo se argumenta que la política de integración de los sub-sectores público, de las Obras Sociales y privado tiene estas características: importante calificación en el discurso técnico así como un historial de iniciativas por parte del gobierno. Provistas estas dos exigencias, el señalamiento de la omisión parece entonces bien fundado.

2. Las iniciativas en torno al cambio institucional en el sector salud: Breve Repaso desde los ‘70s

La tabla siguiente consigna los elementos de las matrices mencionadas, junto con las iniciativas de política susceptibles de producir cambio institucional que se propusieron desde las últimas décadas del siglo XX. En negrita, se resaltan las principales innovaciones puestas en práctica desde el año 2002.

Esquema 2 Políticas y hechos notables atinentes a las cuatro matrices institucionales del Sector Salud en Argentina, 1970 a la fecha.

	<i>Bismarckismo</i>	Federalismo	Modelo Médico-Hegemónico	Patriarcalismo
Iniciativas	a. Ley 18610 (1969) b. Ley 22269 (1980) c. Ley 23660/23661 (1988) d. Dto. 573 (1993) e. Ley 26682 y DNU 1991/11 y Dto. 1993/11)	a. 1979-82. Transferencia de hospitales b. 2002 Plan Remediar 2006-2012. Plan NACER-SUMAR	2003. Plan NACER. 2011. Plan SUMAR	a. Ley 25673 (2002) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación b. Ley 26150 (2006) de Educación Sexual²⁸
Instalaciones	a. Se crea el INOS b. Escasa implementación c. Se crea la ANSSAL d. Se crea la SSS e. Se regula la Medicina Pre-paga	a. Convenios con las provincias para la transferencia de hospitales b. Planes verticales de “nuevo cuño” (ej. Convenios Plan NACER)	Convenios con las provincias: “Pago según Resultados”	
Productos - resultados	a. No obstante las varias leyes, sólo la ley 18610	a. Alta descentralización	Productos moderadamente	

²⁷ Por ejemplo, Francine Menashy (2013) sostiene que el Banco Mundial omite una consideración de la educación como un derecho, fundada en la autoridad de Amartya Sen cuyo trabajo habilita a establecer una opción válida a la concepción “económico-instrumentalista” adscripta al Banco Mundial.

²⁸ En cuya redacción no se prevé al Ministerio de Salud como responsable de acciones.

	<p>tuvo efectos plenos: Consolida el sistema de OS, dotándolas de financiamiento estable Dispone el establecimiento de un Fondo Solidario de Redistribución (FSR) interno b. Crea una autoridad regulatoria (INOS) con escasa capacidad normativa (excepto en lo referente a aranceles, el FSR, y la registración de nuevas OS). b. Recientemente, se agregó el PMO c. El Dto. 573 tuvo como principal efecto la desaparición del modelo de “acuerdo corporativo” y la emergencia de una estructura de mercado de oferta y demanda más convencional.²⁹ d. No es claro todavía el efecto regulatorio de la ley de medicina prepaga. Parece ser sustantivo en cuanto a evitar las prácticas de “descreme” de las empresas</p>	<p>de la red de efectores³⁰ b. Transferencia de Recursos desde Nación a los gobiernos sub-nacionales por un 2% del total del gasto provincial en salud por Plan NACER. El total de transferencias para la salud de Nación a Provincias es el 5,1% en el año 2008.³¹</p>	<p>satisfactorios, especialmente en términos de detección precoz y asistencia a madre y recién nacido; resultados menos satisfactorios en términos de mortalidad infantil y materna</p>	
--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

La lectura del esquema anterior pone de resalto un hecho notable. Las opciones de política seguidas en los últimos años no han abordado lo atinente a la integración de los subsectores de la matriz *bismarckiana*. El quinquenio pasado exhibe en función de esta opción una significativa indolencia.

²⁹ Hacen su ingreso en los '90s, sustituyendo la debilidad de gestión de muchas OS, actores privados intermediarios “gerenciadoras”. También, aparecen prestadores directos titulares de la contratación con las OS. Más recientemente se han reducido las “gerenciadoras”, sobre todo después de la crisis del 2001, y han tomado fuerza la integración vertical de las OS que desarrollan capacidad instalada propia, y también los contratos directos y de largo plazo entre consorcios de prestadores y las OS. Ver, Báscolo (2008).

³⁰ Sólo cinco centros de internación u hospitales quedan bajo la órbita de Ministerio de Salud de la Nación; el Garrahan, el Posada, el Somner y la Colonia Montes de Oca. Todos ellos tienen estatuto de entes descentralizados. Existen otras dependencias nacionales hospitalarias, pero que están gestionadas por otros organismos, como las Universidades por ejemplo.

³¹ Analizando los últimos datos disponibles (año 2008), el gasto provincial en salud por habitante ascendió, en promedio, a \$548, mientras que el gasto nacional con ejecución en jurisdicción provincial promedio por habitante a \$28. El monto total de transferencias para 2008, ascendió a \$1.123 millones.

Más allá del insuficiente monto de transferencias que reciben las provincias desde el Ministerio de Salud de la Nación, debe señalarse que las provincias que presentan los valores más bajos de gasto por habitante reciben relativamente mayores montos de transferencias por parte de los programas del Ministerio de Salud.

Los diagnósticos y propuestas en torno a la necesidad de un aseguramiento universal giran alrededor de las tres siguientes ideas:

- Fragmentación sectorial, entendida tanto como separación entre subsectores –público, OS y privado–; y, también, más estrictamente como fragmentación del conjunto de OS.
- Debilidad regulatoria y de liderazgo del gobierno (causada por la fragmentación, entre otros factores)
- Desempeño inequitativo y/o no igualitario (un efecto esperable de la fragmentación).

La tabla siguiente pone de resalto la larga maduración del planteo “asegurador”, así como otro punto no menos importante: el hecho de que adquirió carta de ciudadanía en el lenguaje oficial. El diagnóstico llegó a ser compartido por las autoridades de varios y muy disímiles períodos de gobierno.

Esquema 3. Diagnósticos repetidos en diferentes períodos de gobierno

<p>1980s: Los conceptos se repiten y expanden cuando Rodríguez Castells, Secretario de Salud desde 1976 establece, hacia 1979, sus lineamientos de política:</p>	<p>“La SESP ha definido como objetivos y políticas... a) lograr un sistema de financiación que contribuya a eliminar las barreras económicas que limitan o impiden la accesibilidad; b) lograr un sistema de financiación de los servicios basado progresivamente en la solidaridad social global; c) lograr una efectiva integración de los recursos de las OS en el circuito financiero de la salud; d) identificar las áreas críticas que inciden sustantivamente en el gasto, especialmente medicamentos, tecnología...; e) promover estudios tendientes a crear un seguro de atención médica de extensión nacional (Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública, 1979, p. 19).</p>
<p>1980. En los considerandos de la Ley 22269 se lee:</p>	<p>“Si bien se considera que el régimen de OS constituye una respuesta adecuada a la necesidad de financiar, a través del sistema de seguridad social, el otorgamiento de servicios médico-asistenciales ..., no es menos cierto que ello debe realizarse en el marco de una política nacional definida y estar a cargo de organismos que cuenten con formas de conducción y control adecuados, y se hallen realmente en condiciones de atender las contingencias que puedan sufrir los beneficiarios [...]</p> <p>“En materia de prestaciones ... la OS deberá afectar como mínimo el 80% de sus ingresos brutos ... el 90% del Fondo de Redistribución deberá ser destinado a la prestación de servicios médicos”</p>
<p>1986. A continuación, ya en democracia, psadas la mitad de los ‘80s, el Ministro de Salud decía:</p>	<p>“El principal problema sigue siendo todavía la imposibilidad de la universalización de la cobertura más allá del mercado formal de trabajo, la existencia de modelos desiguales de atención para diferentes grupos de población, y la indiscutible irracionalidad en la utilización de los recursos. Es decir, el modelo no consigue universalización, equidad, eficiencia y eficacia.” (En Barrios Arrechea y otros, “Políticas de Salud. Lineamientos Estratégicos”, OPS, 1988)</p>
<p>1999. Un instituto de investigación económica fuertemente ligado a la línea de las reformas económicas ensayadas durante la primera gestión de Menem, apunta otra vez el recurrente diagnóstico:</p>	<p>“Las transformaciones del sector salud se llevaron a cabo de forma desordenada, improvisada y cíclica, al ritmo de los vaivenes políticos... hoy nos encontramos con una reforma muy desdibujada, inconclusa y de final incierto” (IIERAL, 1999, p. 98).</p>

<p>2000s: Finalmente, no debe sorprender entonces que este planteo forme uno de los ejes diagnósticos de la definición de políticas del gobierno de la Alianza, a principios del año 2000:</p>	<p>“El sector salud en Argentina muestra la tradicional fragmentación de los subsectores público, privado y de la seguridad social, con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos... El modelo de atención ha privilegiado el desarrollo de las actividades centradas en la especialización y el uso de la alta tecnología” (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2000, p. 9).</p>
<p>2004. El Ministerio de Salud de la Nación y el Consejo Federal de Salud (2004) presentan las “Bases para el Plan Federal de Salud. 2004-2007”. En el mismo se diagnostica:</p>	<p>“A lo largo de su historia, el sistema argentino fue adoptando una conformación con problemas de eficiencia y equidad. La provisión de salud es cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. La heterogénea oferta de coberturas abarca 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 Obras Sociales Nacionales, 24 Obras Sociales Provinciales, varias decenas de empresas medicina prepaga, seguros privados de salud y gran cantidad de mutuales, amén del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, habitualmente identificado bajo la sigla PAMI. La falta de coordinación y articulación de este universo impide la conformación de un sistema de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura.</p> <p>“La falta de integración no sólo se verifica entre los distintos subsectores - público, seguridad social, privado-, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.”</p>
<p>2010. Borrador de “Bases para el Plan Federal de Salud 2010-2016”</p>	<p>[...] “Líneas de Acción Estratégica de las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.</p> <p>Las Bases del Plan Federal de Salud establecieron objetivos de reforma del sector. Para su logro propuso un método de ritmo sostenido y constante: un sendero de reformas. Se establecieron tres líneas de acción estratégica.</p> <p>La primera línea de acción estratégica fue una paulatina integración de los subsectores (Público, de las Obras Sociales y Privado), marco en el que se consolidó la incorporación de las Obras Sociales a la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Salud de la Nación”</p> <p>Tomando definiciones del Consejo Directivo de la OPS, en su resolución número 144, del año 2009, se identifica que “...<i>las redes integradas de servicios de salud constituyen una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria de la Salud (APS)</i>...”</p> <p>Identificar el estado de situación de las redes de servicios de salud en la Argentina resulta una tarea compleja y extensa, que el Ministerio de Salud ha desarrollado recientemente en el documento de trabajo “Hacia las Redes de Atención de la República Argentina”.</p> <p>A continuación, se mencionan algunos aspectos centrales de dicho relevamiento como puntos de partida para la propuesta de intervenciones en el marco de este Plan Federal de Salud.</p> <p>Segmentación y fragmentación del sistema y los servicios. La estructura de la oferta de cuidados de la salud actual resulta adversa para una continuidad en el proceso de atención que genere cuidados adecuados en las distintas etapas del ciclo vital. La existencia de subsectores de salud (privado, seguridad social,</p>

	<p>público) en el marco de niveles administrativos con responsabilidades diversas y no siempre bien definidas (Nación, Provincias, Municipios) entre jurisdicciones genera barreras de acceso e inequidades en la oportunidad y calidad de los servicios disponibles. Esta situación genera, además, ineficiencia en el financiamiento por la generación de subsidios cruzados entre los múltiples financiadores existentes. Este escenario se ve agravado ante la falta de Unidades de Coordinación y Gestión de Redes, que visualicen el problema desde la macrogestión e implementen acciones específicas de integración y articulación. La propuesta de redes integradas de servicios de salud, considera el establecimiento de dichas redes como una estrategia apropiada para luchar contra la fragmentación”.</p>
--	--

3. Lógica técnica y política de la integración sectorial

Es claro que no ha habido iniciativas relativas a la integración sub-sectorial en los últimos quince años. Es también reconocible que tales políticas han estado en la agenda de ideas –si no de trabajo- de los decisores públicos sanitarios. ¿Se debe explicar la no adopción de esta política como un rasgo de obcecación *carrillista*? No es fácil pensar de este modo; al fin de cuentas, sabemos que hasta el mismo Carrillo estuvo disconforme con la duplicidad de sistemas que se promovía a mediados de los ‘40s. No obstante, es posible que la estrategia de no integrar tenga su racionalidad. En especial, si es que se reconocen los costos de transición que la integración sub-sectorial tendría.

Pero, antes de eso, ¿cuál es la racionalidad que auspicia la integración sub-sectorial? Ella se basa en una idea relativamente simple: el obtener un fondo de financiamiento y una red prestadora comunes, debe hacer más simple, racional, equitativa y efectiva a la asignación de los recursos a las necesidades.

Durante muchos años este razonamiento privó en las mentes de los decisores de política en el sector. En cierto sentido, puede decirse que varias generaciones de estudiosos y practicantes de la salud pública abonaron aquella idea de Milton Terris (1981) quien, sugería una marcha casi inexorable hacia la conformación de “Servicios de Salud”. Esta convicción venía abonada, por cierto, por sucesivas iniciativas de fortalecimiento de planeamiento de la salud.³² Recordemos que en su momento, pongamos a mediados de los ‘70s, tal hecho podía ser atestiguado con dos casos ejemplares no menores: los sistemas de salud vigentes en países antipódicos: la URSS y el Reino Unido.

Como ya se ha mostrado, el pensamiento sanitario fue altamente permeable a estas ideas. Conviene finalizar este breve repaso de historia intelectual de las políticas con una cita de un sanitarista de nuestro medio. A mediados de los ‘80s decía Ignacio Katz (1988, p. 126 y ss.):

“Crear una red de servicios no puede seguir constituyendo una tarea inabordable. Se trata de elaborar un inventario de todos los recursos disponibles, crear un sistema de referencias, y establecer procedimientos uniformes para asegurar que, cualquiera que sea el hospital por el cual ingrese al sistema, el paciente tenga a su disposición los recursos del conjunto... [con el sector privado] una articulación ‘pactada’ que de origen a un sistema al cual es posible ingresar o apartarse ‘libremente’ ha de ser bienvenido por este sector”. [y continúa páginas más adelante, págs. 143–144] “El sistema ha de proveer al desarrollo ‘simultáneo’ de los sectores privado y público. Un plan coordinado de inversiones, basado en el principio de ‘complementación’... La integración conviene a ambos sectores. Y esa es la razón de su viabilidad”.

³² Una interesante revisión de esta historia se puede leer en Dieter Zschock (1970).

La fundamentación básica es el mejor aprovechamiento de los recursos. En analogía con similares ideas acerca de las “rigideces estructurales” de los mercados, la idea de una caja de financiamiento y una red prestadora, sumado a la de una autoridad -en suma, la integración-, invita a suponer que los recursos, no afectados entonces por limitaciones institucionales, pueden ser dispuestos a voluntad según las necesidades o preferencias del decisor público. Por lo mismo, las políticas “segmentarias” no serían adecuadas. Las acciones segmentarias, de acuerdo a esta idea, contendrían una mayor tasa de despido de recursos, puesto que inhibida una plena movilidad de los factores, el decisor no puede asignar óptimamente.

Ahora bien, ya se sabe que ese contraste está equivocadamente planteado. En un riguroso *review* Adam Przeworski (1991, cap. 3) ha mostrado que no deben contrastarse “modelos ideales” unos contra otros, ni tampoco “realidades”, sino proyectos “viables” –es decir, lo que razonablemente puede ser logrado por un determinado arreglo institucional-. En particular, Przeworski subraya la existencia de ciertos costos especiales, como elementos clave que desafían la optimalidad de cada diseño: costos de realización del potencial productivo en el caso de los mercados y costos de transacción en el caso de la planificación. Por añadidura, deben ponerse en la balanza los ciertos costos de transición, los de índole política y económica. El punto es que resulta probable que una vez hecho un avalúo inclusivo de todas estas consideraciones, el planteo de acción segmentaria, la línea *carrillo*, resulte satisfactorio.

El apartado siguiente evalúa indirectamente estos “costos de transición”, argumentando que los mismos puede ameritarse del grado de dificultad que tiene la integración sub-sectorial, y que ese grado de dificultad se puede establecer a partir del “cementerio” de proyectos sobre el tópico.

4. El fracaso de las políticas de integración del sector

Es probable, no obstante, que la omisión haya tenido origen no sólo en la adhesión a la estrategia *carrillo*, línea de pensamiento que, ya se ha mencionado, no pone especiales reparos en la dualidad del sistema. Hay que tener presente que la idea de la integración sub-sectorial no sólo ha sido largamente propuesta, sino también repetidamente intentada. Intentos todos que culminaron en fracaso.

Las iniciativas de integración se suceden ininterrumpidamente con cada nueva gestión gubernamental, ya desde los años ‘60s. Es sin embargo, desde inicios de los años ‘70s, cuando se consolida institucional y financieramente el subsector de las OS, que estas arrecian, procurando reformas que ordenen a un sistema dividido en tres³³ sub-sectores. Durante esos años, los principales debates sanitarios giraron entonces en torno a la “integración” del sistema fragmentado en sub-sectores que funcionaban en paralelo -si bien nadie descartaba la existencia de importantes conexiones informales entre unos y otros-.³⁴

La tabla que sigue expone la sucesión de políticas en torno a la cuestión, hasta el año 2010. El mismo tiene como objetivo el proveer una visión sinóptica de las sucesivas instancias de fracaso que tuvieron lugar.

³³La idea de tres subsectores es, aunque muy usada, algo equívoca. Desde el punto del financiamiento de la asistencia – no de los medicamentos- predominan claramente dos sectores; en cuanto a la autoridad, también dos; y, en cuanto a la red prestadora, también predominan dos.

³⁴La “dupla casaca” –como se dice en Brasil- que se atribuye a los médicos que atienden en el sector público y que les inducen a derivar a los pacientes con recursos hacia el sector privado; el financiamiento del sector privado prestador por un sistema de aseguramiento cuasi-fiscal; la derivación desde el sector privado al público de los casos de enfermedad “no rentable” –por ejemplo, el HIV en sus primeras épocas- o la cobertura a beneficiarios de OS.

Esquema 4. Iniciativas de integración subsectorial, aplicaciones y resultados. 1970s-2010

Tipo de régimen y Norma	Objeto	Nivel de aplicación alcanzado		
		Sanción de la ley	Reglamentación	Efectos sobre la Organización del sistema
Militar Ley 17102 / 19337	“Hospitales de la Comunidad” Integración de los subsectores	*	*	Escasos
Militar Ley 18610	“Ley de Obras Sociales” Consolidación de las Obras Sociales como financiadoras de la atención por efectores privados Dto. 2020 (julio de 1971), obliga a crear OS a los gremios en caso de que no la tuvieran (art. 8). Los subsidios del FR se aplican a gastos médicos y también sociales de la OS	*	*	Plenos
PJ Ley 20748	“Sistema Nacional Integrado de Salud” Procura integración de los subsectores	*	*	No
Militar Ley 22269	Reforma del sistema Procura definir rol financiador de atención médica (arts..11, 31 y 90), derecho de salida del sistema (art. 4); separarlas de los sindicatos (art. 25), e integrar a los establecimientos públicos a la red de prestadores (arts. 10 y 32), incipiente PMO (art. 9). Subsidios de FR deben aplicarse en un 90% a gastos médicos.	*	No	No La ley auto-caducó en agosto de 1983 (según su art. 53)
UCR Proy. SNS	“Ley Seguro Nacional de Salud” Integración de los subsectores	No	No	No
UCR Ley 23660 / 23661	“Ley de OS y del Seguro Nacional de Salud” Integración de los subsectores	*	Muy reducida. La reglamentación sólo dispuso la integración del directorio de la ANSSAL, que fue luego derogada al crearse la SSS -Superintendencia de Servicios de Salud (Dto. 1615/96)–	Escasos
PJ	Libre elección de OS (circuló	Na	No	No

Dto. 9/93 y 576/93	previamente un proyecto llamado OSAM)			
PJ Dto. 578/93 (también, Dto. 939/00)	“Hospitales de Autogestión » Integración de los subsectores	Na	No	No
PJ Dto. 492 /95	Monto aportes Patronales a las OS	Na	*	Plenos
PJ Dto. 1141 /96	Libre elección de OS	Na	*	Escasos
PJ Dto. 504/98	Libre elección de OS	Na	*	Escasos

Fuente: Elaboración propia

Recapitulando la información de la tabla, se puede ver que diagnosticado el problema como uno de fragmentación de los servicios, la opción por alguna forma de uniformidad o unicidad resultaba la política inmediatamente aconsejable. Así, sucedió ya en tiempos del gobierno militar de fines de mediados de los años '60s. Más tarde, con el gobierno constitucionalmente elegido en 1973, se propone la institución de un *Sistema Nacional Integrado de Salud* –SNIS–, que logra sanción legislativa recién hacia 1975. No obstante, el SNIS no arraigó -ni tampoco pudo ser implementado con la decisión necesaria, claro está-.

Un segundo *round* sucedió a mediados de los años '80s, cuando se propusieron reformas a las Obras Sociales que tampoco lograron realizarse no obstante contar con una sanción legal (Ley 22269). Sobrevino más tarde la propuesta del gobierno de Alfonsín, centrada en la institución de un Seguro Nacional de Salud, que fructificó en dos leyes que preveían una muy moderada integración entre los sub-sectores –leyes 23660 y 23661-. Posteriormente, con el gobierno de Menem se proponen reformas enderezadas a lograr la libre elección de Obra Social, así como nuevas reglas de juego en términos de los prestadores. El efecto de esas reformas no fue sino dar un nuevo ajuste a la complejidad del sistema prestador, auspiciando la emergencia de nuevos actores prestadores –primero, actores de intermediación gerencial; contemporáneamente, consorcios de establecimientos asistenciales-.³⁵

Resultan tres conclusiones de interés aquí. Por un lado, se observa que el “modelo fragmentado”, luego de alcanzar su consolidación en los '70s, no ha sido modificado sino en aspectos menores. En segundo lugar, que esa *impasse* no se debió a la falta de iniciativas legislativas: al contrario, las ha habido muchas y variadas, todas ellas fracasadas. Finalmente, hay que subrayar que las iniciativas que fracasan tienen como origen a todo tipo de elenco de gobierno, ya sea militar, o democrático, y alcanza a los dos grandes partidos políticos.³⁶

5. Conclusión

Se ha podido mostrar que el gobierno saliente efectivamente puso en práctica una “omisión de política”, en la medida en que tal tipo de propuesta formó parte de la agenda de ideas. También, se ha procurado mostrar que la omisión deliberada conllevaba una buena dosis de racionalidad política. Habiendo costos de transición significativos, es posible validar una “segunda opción”: una política segmentaria que apuntale al sector público. No es difícil justificar ese escenario: si la inequidad en la atención resulta de la diferencia de

³⁵ Belmartino (2005); Báscolo (2008)

³⁶ Este *impasse* entonces merecería una explicación que no obstante ahora no se puede abordar.

los servicios a los que acceden los sectores del seguro social respecto de los usuarios del sector público, se puede igualar la oferta fortaleciendo al sector público. Esta fue la opción seguida por el gobierno saliente.

III. La política que *sí fue*: el fortalecimiento del sector público y la acción marginal sobre las otras institucionalidades

“En el campo de la salud, el Estado asumirá un rol articulador y regulador de la salud pública integral sumando los esfuerzos de los subsectores públicos provinciales y nacionales, privados y de obras sociales, orientado a consolidar las acciones que posibiliten generar accesibilidad a las prestaciones médicas y a los medicamentos para toda la población. La ley de prescripción por el nombre genérico de los medicamentos recientemente reglamentada, será aplicada con todo el vigor, y el Programa Remediar, de gratuita distribución de medicamentos ambulatorios, continuará. Es objetivo de gobierno concretar un Sistema Nacional de Salud, que se consolidará en una red en la que el hospital público será un eje referencial,³⁷ con los demás centros de salud, públicos o privados, para ser pilares estratégicos de la atención primaria de salud, integrándose con las políticas de contención social para avanzar en la tarea de prevención. El objetivo de dar salud a los argentinos impone que se asuman políticas de Estado que sean impermeables a las presiones interesadas, por poderosas que sean, provengan de donde provengan” (Néstor Kirchner, Discurso ante el Congreso de la Nación, 25 de mayo de 2003)

1. Recuento de iniciativas

El gobierno saliente llevó adelante una política que, a primera vista parece multifacética. No obstante, y como fácilmente se desprende de la cita con la que se inaugura el capítulo, en la práctica efectiva puso en marcha una estrategia *carrillista*. Como ya se planteó, se trata de la opción por fortalecer el sector público; menos como aumento de capacidad instalada, sino como provisión de financiamiento para los sectores populares –con énfasis en aquellos que no cuentan con cobertura–.

La tabla siguiente hace la sinopsis de las principales iniciativas políticas emprendidas por el gobierno saliente. Se puede poner de resalto lo siguiente:

- En cuanto a la integración sub-sectorial, la acción ha sido casi nula, con sólo una intervención y de bajo impacto en el campo de las prepagas médicas.
- Se realizaron intervenciones, dos de ellas, con relación a la matriz paternal-patriarcal. No obstante, hay que aclarar que ellas asumen más forma de regulaciones que de iniciativas burocráticamente asentadas.
- Finalmente, las iniciativas de los Planes Remediar y Nacer-Sumar han sido importantes, y también las más publicitadas. Ambas iniciativas pueden ser pensadas como acciones sobre las matrices del federalismo y del asistencialismo. El Plan Nacer tiene un explícito planteo de APS y, por su lado, el plan Remediar y este mismo Plan Nacer, pretenden realizar actividades inter-jurisdiccionales, concretadas mediante convenios.

³⁷ Kirchner eligió como Unidad Hospitalaria Presidencial al Hospital Argeriche, ubicado en La Boca, Buenos Aires, apenas asumido en octubre del 2003. No obstante, la prensa informa que sólo lo utilizó una vez, en el año 2005. En febrero del 2010, cuando debía ser intervenido quirúrgicamente, eligió la atención en un hospital privado en Palermo. El hecho motivó una disputa política sobre el estado de la atención en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, por entonces a cargo del PRO.

Esquema 5. Políticas y hechos notables atinentes a las cuatro matrices institucionales del Sector Salud en Argentina, en los últimos quince años.

	Bismarckismo	Federalismo	Asistencialismo	Paternal-patriarcal
Iniciativas	Ley 26682 y DNU 1991/11 y Dto. 1993/11)	2002. Remediar 2006-2012. Plan NACER-SUMAR	2003. Plan NACER. 2011. Plan SUMAR	a. Ley 25673 (2002) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación b. Ley 26150 (2006) de Educación Sexual ³⁸
Instalaciones	Se regula la Medicina Pre-paga, con la SSS como autoridad de aplicación	Planes verticales de “nuevo cuño”	Convenios con las provincias: “Pago según Resultados”	
Productos - resultados	Escaso ³⁹	Transferencia de Recursos desde Nación a los gobiernos sub-nacionales por un 2% del total del gasto provincial en salud por Plan NACER. El total de transferencias para la salud de Nación a Provincias es el 5,1% en el año 2008. ⁴⁰	Productos moderadamente satisfactorios, especialmente en términos de detección precoz y asistencia a madre y recién nacido; resultados menos satisfactorios en términos de mortalidad infantil y materna	

Fuente: Elaboración propia

Estas han sido las iniciativas. ¿Cuál ha sido su instrumento? Como ya se ha establecido, las políticas deben movilizar recursos para ser verdaderamente tales. En este caso, vale la pena mirar el gasto.

2. El gasto que sostiene las iniciativas

¿Cuál ha sido el desempeño del esfuerzo presupuestario del sector salud? Examinado en el período elegido, entre 1980 y 2013, el gasto se ha incrementado sustancialmente. El gasto total ha pasado de 19 puntos del PBI en 1980 a 23,7, un crecimiento porcentual del 19%. El gasto social creció un 40%, la finalidad salud el

³⁸En cuya redacción no se prevé al Ministerio de Salud como responsable de acciones.

³⁹Es difícil evaluar el impacto de la ley. Por un lado, parece haber detenido las “operaciones de descreme” que las prepagas llevaban rutinariamente adelante; en buena medida porque ello depende menos de acciones sanitarias que de la demanda espontánea de los afectados, y la amenaza de acciones legales en tribunales. Por otra parte, si bien la normativa de la SSS anunciaba la publicación del padrón de empresas, un dato que es de interés no sólo burocrático sino del público en general, cuatro años después el padrón aun no ha sido publicado.

⁴⁰Analizando los últimos datos disponibles (año 2008), el gasto provincial en salud por habitante ascendió, en promedio, a \$548, mientras que el gasto nacional con ejecución en jurisdicción provincial promedio por habitante a \$28. El monto total de transferencias para 2008, ascendió a \$1.123 millones.

Más allá del insuficiente monto de transferencias que reciben las provincias desde el Ministerio de Salud de la Nación, debe señalarse que las provincias que presentan los valores más bajos de gasto por habitante reciben relativamente mayores montos de transferencias por parte de los programas del Ministerio de Salud.

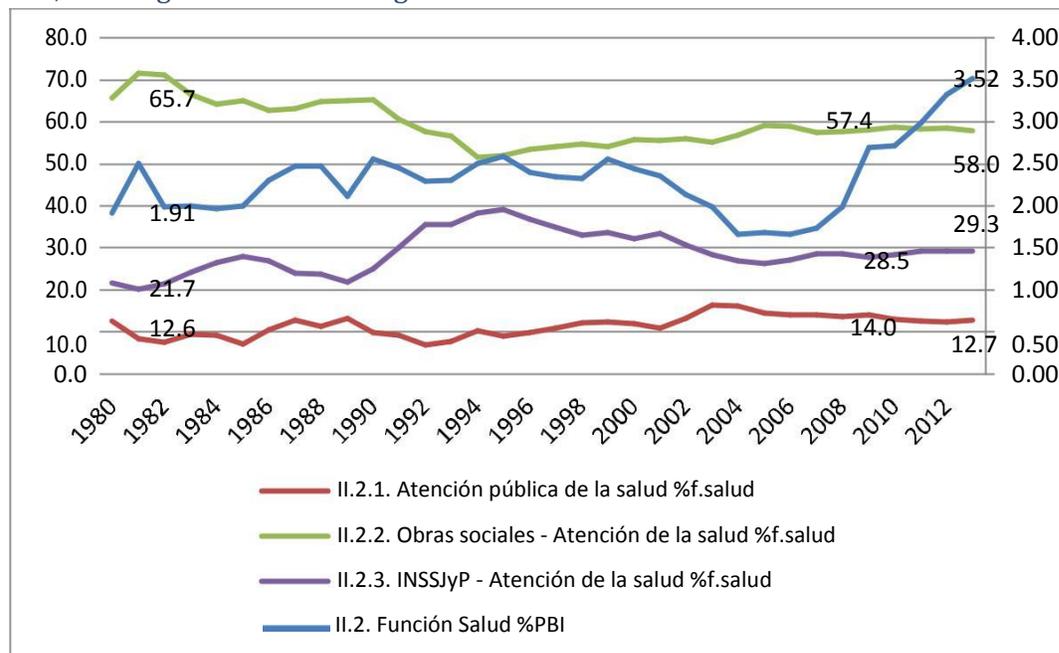
45%. A su vez, no obstante crecer menos, la principal participación en el gasto de jurisdicción nacional son las Obras Sociales, siguiéndole el Pami.

Tabla 1. Gasto Público, expresado como % del PBI y variación porcentual. Años 1980 y 2013

FINALIDAD / FUNCION	1980	2013	Var%
GASTO PÚBLICO TOTAL	19.1	23.7	19.4
I. FUNCIONAMIENTO DEL ESTADO	2.9	2.6	-12.9
II. GASTO PÚBLICO SOCIAL	9.1	15.2	40.1
II.2. Función Salud %PBI	1.9	3.5	45.5
II.2.1. Atención pública de la salud GPN	0.2	0.4	45.9
II.2.2. Obras sociales - Atención de la salud	1.3	2.0	38.3
II.2.3. INSSJyP - Atención de la salud	0.4	1.0	59.7
III. GASTO PÚBLICO EN SERVICIOS ECONÓMICOS	4.9	4.7	-5.2
IV. SERVICIOS DE LA DEUDA PÚBLICA	2.2	1.3	-67.8

La ilustración siguiente muestra la misma información, pero ahora desagregada como serie anual.

Ilustración 1. Gasto del Gobierno Nacional, 1980.2013. Gasto función salud como % del PBI; demás gastos como % del gasto en la función.



Nota: eje derecho % PBI; eje izquierdo en % del gasto función salud

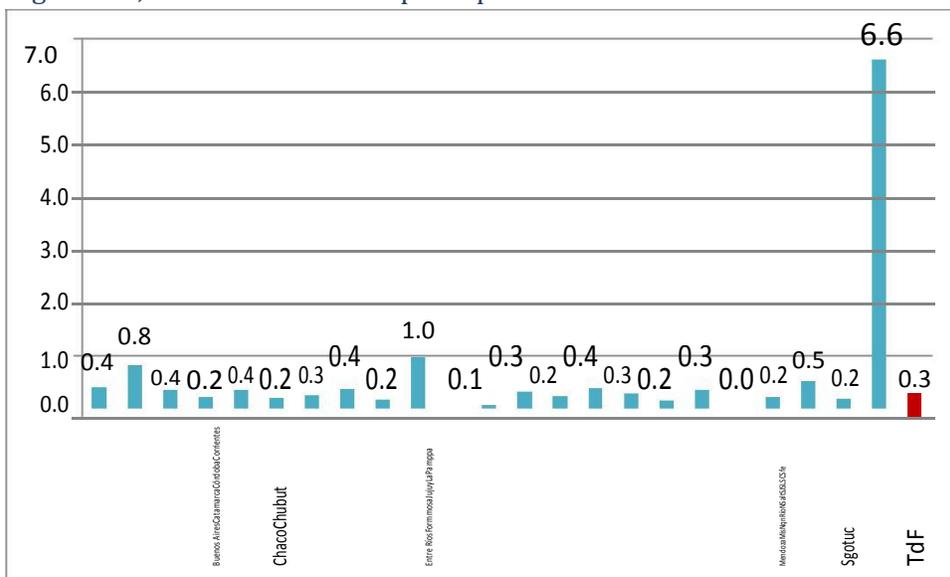
Fuente: Dirección de Gastos Sociales, Ministerio de Economía de la Nación.

Para lo que interesa aquí, en lo relativo al subsector público se observa que el gasto ha crecido, si bien manteniendo la misma participación porcentual en el gasto de la "Función Salud". La siguiente ilustración

explora las trayectorias del gasto público nacional y provincial en el período considerado. El gasto del gobierno nacional representa un porcentaje que ronda el 35% del gasto provincial total.

Esto no es una novedad. A diferencia del sector de la educación, el gasto provincial en salud ha sido desde hace largo tiempo, desde los '60s al menos, más alto que el de salud. Hacia 1970, el gasto nacional representaba un 30% del gasto provincial –véase ilustración siguiente-.

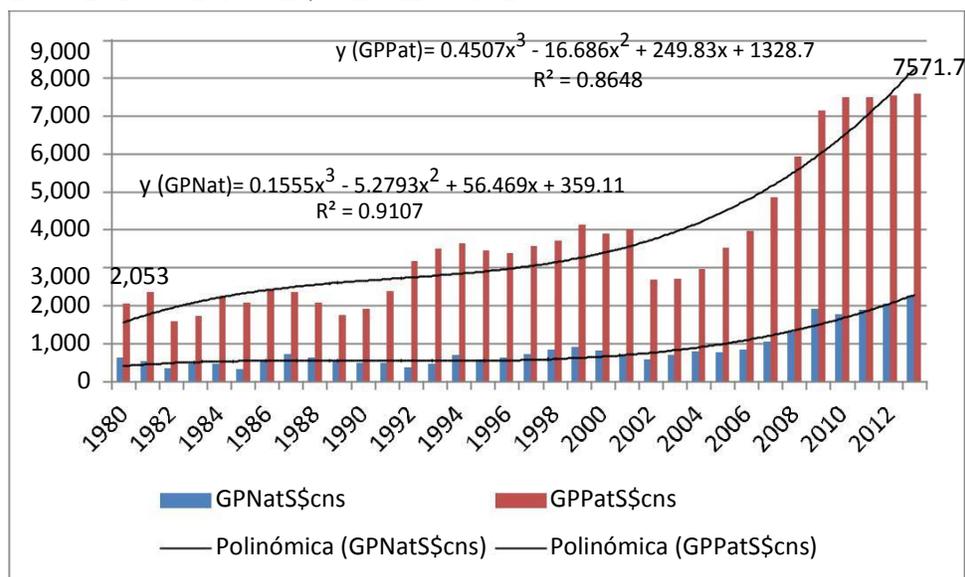
Ilustración 2. Proporción del gasto nacional en el total del gasto en salud en las provincias argentinas, hacia 1970. Valores per capita.



Fuente: Veronelli (1973, p. 67). En distinto color, la proporción de los valores totales.

Esta situación se ha mantenido, según puede verse en el gráfico que sigue. En ambos casos, vale la pena resaltar nuevamente, se trata de una tendencia claramente ascendente. El gasto en atención a la salud ha crecido sostenidamente entonces en los últimos años. Dado el denominador utilizado, el PBI, es probable que el “valle” que se observa en los años 2003 y 2007 tenga relación con la recuperación de la producción de esos años, y por ello no puede entenderse que ha sucedido necesariamente una declinación tan pronunciada del gasto efectivo.

Ilustración 3. Evolución del Gasto de Nación y Provincial, sub-función “Atención de la Salud”. 1980-2013 -valores en \$ constantes de 1993-



Fuente: Elaboración propia

De la revisión anterior, se ha obtenido un panorama que habla de un gasto creciente, que se conjunta con similar trayectoria del gasto provincial. A su vez, se ha puesto de manifiesto que el gasto del gobierno nacional sobre el sector público cubre una pequeña proporción del gasto total. De esto y del hecho de que la titularidad de los efectores sea de jurisdicción provincial resulta el escenario bien conocido: la atención pública a la salud tiene carácter decididamente provincial. Si el gobierno nacional quiere conducir este sector de actividad debe lograr superar las dificultades de articulación jurisdiccional.

Esto, gruesamente dicho, puede ser logrado de tres modos. El primero, que puede ser descartado es el original que propuso Carrillo, la expansión de la capacidad instalada. El segundo, implica un esfuerzo de coordinación de acciones que, usualmente, se logra por la superior legitimación de quienes asumen el liderazgo; la tercera, puede ser la incentivación por recompensas o pagos.

3. Las prioridades de gasto: el financiamiento de la atención a la población no cubierta

¿Cuál de las anteriores ha priorizado el Gobierno de la Nación? La tabla siguiente elabora para años seleccionados la estructura del esfuerzo presupuestario del gobierno, clasificando los gastos según el tópico al que se destina.

Como se sabe, la jurisdicción nacional sanitaria no tiene efectores bajo su directa dependencia, razón por la que es común imaginarla en funciones de regulación, coordinación y financiación del sistema. Sin embargo, según puede concluirse a partir de la información siguiente, el gasto ha crecido y ese crecimiento se ha volcado masivamente a la atención. La tabla está intencionadamente “en bruto”, a los efectos de que quien quiera inspeccionar un poco más así pueda. Una lectura más expedita se puede hacer sólo sobre las columnas de la derecha.

Tabla 2. Programas del Ministerio de Salud con sus créditos vigentes al fin de cada año seleccionado. Valores en % del total del crédito, por programa y según orientación del gasto

ORIENTACIÓN		2003	2006	2008	2010	2013	2003	2006	2008	2010	2013
			0.0								
	80-0-25-1	0.9	5.1	1.7	0.1						
	80-0-25-2	0.4	0.5	0.3	0.2	0.1					
	80-0-25-3	0.0	0.0	1.0	1.5	0.4					
	80-0-39	0.0		4.2	5.4	6.1					
	80-0-40	0.0		0.0	0.1	0.1					
APS /Salud sexual	80-0-41	0.0		0.0	0.7	1.3	1.2	5.6	7.2	7.9	8.1
	80-0-16	23.0	0.8	1.0	1.0	0.9					
	80-0-17-1	12.1	7.2	7.8	7.2	8.9					
	80-0-17-4	1.8	9.2	11.9	7.5	5.9					
Asistencia	80-0-36	0.0	38.3	37.8	37.0	40.7	36.9	55.5	58.5	52.6	56.4
Cobertura Emergencias	80-0-26	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
	80-0-1		0								
	80-0-29	0.0	1.7	1.2	0.6	4.4					
	80-0-38	0.0		2.2	4.3	2.8					
Dirección /Reforma		0.0		0.0		0.5	0.0	1.7	3.3	4.9	7.7
Emergencia	80-0-30)	21.1	4.0	6.5	3.3		21.1	4.0	6.5	3.3	0.0
Enfermedades Crónicas	80-0-24	0.2	1.2	0.4	0.5	0.6	0.2	1.2	0.4	0.5	0.6
Enfermedades específicas	80-0-42	0.0		0.0	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2
	80-0-19	0.4	0.4	0.5	0.7	1.7					
	80-0-43	0.0		0.0		0.3					
Investigación en Salud Pública	80-0-44	0.0		0.0		0.7	0.4	0.4	0.5	0.7	2.7
Planificación	80-0-21	0.9	1.0	0.9	0.7	0.8	0.9	1.0	0.9	0.7	0.8
	80-0-20	15.8	13.9	9.9	18.2	15.0					
Prevención	80-0-37	0.0		1.2	1.3	1.0	15.8	13.9	11.1	19.5	16.0
RRHH	80-0-18	2.5	4.0	2.7	2.1	2.0	2.5	4.0	2.7	2.1	2.0
SIDA	80-0-22	15.9	12.3	8.7	8.0	5.6	15.9	12.3	8.7	8.0	5.6
		95.1	100.0	100.0	100.8	100.3	95.1	100.0	100.0	100.8	100.3

Fuente: Elaboración propia con base en las Cuentas de Inversión de los años seleccionados.

Algunas conclusiones de esta lectura son:

- Aproximadamente el 50% del presupuesto se gasta en atención médica; en especial, en los programas 80-0-36- Atención Médica a los Beneficiarios de Pensiones no Contributivas;⁴¹ 80-0-17-1-Plan Nacional en Favor de la Madre y el Niño;⁴² y 80-0-17-4 -Desarrollo de Seguros Públicos de

⁴¹Un plan que tuvo inicio en los '90s, como contrapartida a la privatización del sistema de pensiones.

⁴² Plan que incluye la entrega de leche y los medicamentos bajo el programa Remediar.

Salud (BIRF N° 7409-AR y BIRF N°8062-AR).⁴³ Las acciones de investigación, planificación, prevención, RRHH asciende a alrededor del 28%, con fluctuaciones dependiendo del año. Finalmente, las acciones de Dirección del sistema ascienden a un 7%, con también importantes fluctuaciones dependiendo del año que se considere.

- En otras palabras, buena parte del dinero ministerial se dirige a “adquirir” servicios de atención médica en los establecimientos oficiales –y en ocasiones en establecimientos privados- para las personas que por su condición social u ocupacional no pueden acceder a otro tipo de cobertura.
- En línea con la fórmula de Carrillo *aggiornada*, la política que efectivamente realiza el ministerio es aquella de proveer un aseguramiento subsidiario para la atención médica. Por su parte, aquellas acciones que podrían renovar las otras institucionalidades, la *asistencial* y la *paternal-patriarcal*, tienen un muy bajo impacto presupuestario –alrededor el 8%-. ¿Cuánto sería suficiente? Esa es una pregunta difícil, por supuesto. No obstante, y a efecto ilustrativo, téngase presente que el Plan Nacer gasta en auditoría solamente un 17

¿Con qué rendimiento opera esta política? La sección siguiente evalúa los resultados obtenidos con base en dos diferentes indicadores.

- Por un lado, se estudia la evolución de la tasa de mortalidad infantil, un tradicional indicador de la calidad de la atención. En la medida en que la vulnerabilidad a la mortalidad infantil está altamente relacionada con la pobreza, el desempeño del indicador es inmediatamente una evaluación de la atinencia y calidad de la política de fortalecimiento del sector público –el siguiente capítulo VI-.
- Un segundo indicador, de otra naturaleza, se obtiene de las evaluaciones publicadas del plan Nacer –ver, el capítulo V, sección 2-.

IV. Efectividad (I). El rendimiento de la estrategia *carrillo* sobre fortalecimiento del sector público.

1. Introducción

La idea de fortalecer el sector público proveyendo de mejor financiamiento a la atención debe tener un impacto expedito sobre los indicadores sensibles de la mortalidad infantil y materna. Debería ser obvio que los más vulnerables en estos términos son los sectores populares. En lugar de probar a esto con una estadística de mortalidad por quintil de ingreso,⁴⁴ prefiero hacer una cita de unos reconocidos especialistas, aunque más no sea para rendirle merecido tributo. Dicen Carlos Bloch y sus colaboradores (Bloch, Godoy, Luppi, Quinteros, y Troncoso, 1992):⁴⁵

⁴³ Plan Nacer. Las erogaciones bajo el FESP I y II están catalogadas como gastos de Dirección.

⁴⁴ Véase, no obstante, entre muchos otros que podrían ser citados, Augsburger *et al.* (2013)

⁴⁵ También, vale la pena citar en extenso la también autorizada opinión de Spinelli y colaboradores: “La TMI es uno de los indicadores más referidos dentro de los indicadores de salud. Su utilización por parte de distintas áreas del conocimiento y su consecuente difusión a través de los medios de comunicación social, lo vuelven un indicador de “alto marketing” a tal punto que parece difícil encontrar propuestas políticas que no mencionen su disminución como primer logro en el área de la salud. Sin embargo, tales usos no siempre implican una adecuada interpretación de sus múltiples determinantes e implicancias, lo que se expresa en la generalización de discusiones donde se desconoce la compleja relación existente entre el nivel de la mortalidad infantil y las acciones del sistema de salud. Ciertas polémicas públicas desatadas alrededor de sutiles oscilaciones anuales de la TMI no suelen tomar en cuenta, por ejemplo, factores técnicos

En el nivel individual, el estudio de los procesos de salud-enfermedad se constituye en una de las dimensiones más significativas que, traducidas en perfiles diferenciales de salud-enfermedad por posición socioeconómica, expresan las complejas interrelaciones y las determinaciones de lo social sobre lo biológico. De los 11 niños que fallecen en la cohorte, 6 pertenecen a este grupo de pobreza, elevando el índice de mortalidad de 1,1% a 3%, todos por causas evitables mediante una promoción adecuada de la salud a través de cambios en las condiciones de vida y en las modalidades de atención con participación intersectorial.

El análisis del comportamiento materno respecto del cuidado del niño teniendo en cuenta las normas establecidas de puericultura, muestra que estas son ignoradas por las familias pobres. Menos de la mitad de las madres llevó al niño para su control durante el primer mes –proporción significativamente menor que la dada para la cohorte en general-, conducta que se repite a lo largo del año y que, por lo tanto, afecta el cumplimiento de las normas de vacunación. Las madres del grupo de los pobres comienzan a tener hijos en edades más tempranas y continúan teniéndolos hasta edades más avanzadas que el resto de la cohorte. Concurren menos a los servicios para controlar su embarazo, no cumplen las normas, aumentan menos de peso, no alcanzan los estándares obstétricos vigentes y, en dos casos, se comprobó la disminución del peso respecto del que tenían al inicio de gestación. Los niños en conjunto pesan menos al nacer y en ellos se observan los pesos más bajos (entre 1000 y 2000 g).

En este grupo, es más frecuente la prematuridad y estos niños sufren una mayor carga de patología. Imposibilitados de satisfacer sus necesidades básicas, los niños de estas familias presentan las características propias de la desnutrición; ya desde el nacimiento, el bajo peso es un atributo diferencial y las desventajas aumentan a medida que transcurre el primer año de vida, hecho que se acompaña con la imposibilidad de lograr un desarrollo psicomotor adecuado.

Este capítulo IV procura mostrar que la efectividad de la política ha sido baja. Puesto que el indicador, tasa de mortalidad infantil, es uno de los más trabajados en la literatura, y puesto que el gobierno saliente en varias oportunidades se refirió a su comportamiento en tono satisfecho, las secciones que siguen realizan, con merecida circunspección y detalle, la evaluación de la información disponible.

a. Los Indicadores para una Evaluación de Desempeño

En esta sección se evalúa el desempeño del sector salud argentino en términos de la mortalidad infantil (TMI). Existen múltiples modos de evaluar el desempeño de un sistema de salud, y cada uno de ellos suele captar una porción significativa de la realidad. Así por ejemplo, pueden evaluarse la tasa de mortalidad y de morbilidad evitable; los valores de expectativa de vida; los valores de salud subjetiva; y varios otros más.

De entre todos ellos, la TMI tiene añeja carta de ciudadanía. La TMI, y también la tasa de mortalidad materna, la TMM, conforman usualmente la base de los estudios que procuran establecer la situación de salud y condiciones de vida de una población, así como de la *performance* del aparato sanitario.

Estos indicadores son especialmente importantes porque permiten juzgar a una política de salud en función de tres características inherentes: sensibilidad, directa atingencia, y prioridad en el entorno decisorio.

relacionados con el valor del indicador como lo son la calidad de los registros y el funcionamiento del sistema de estadísticas vitales del país o jurisdicción. La mortalidad infantil, como problema de la salud pública, ha recibido un tratamiento central desde hace décadas. En tal sentido se puede afirmar que está casi todo escrito en cuanto a las acciones y metas perseguidas en materia de mortalidad infantil, pero que falta mucho por hacer en la búsqueda de criterios empíricos que permitan fundamentar líneas de acción para alcanzar tales propósitos. Desde ese punto de vista debe rescatarse la utilidad de la TMI como indicador para la gestión local a través de una vía de abordaje en que la epidemiología, la planificación y la gestión confluyen como campos de conocimiento complementarios; y donde aparece la técnica de geo-referenciamiento permitiendo un nivel de análisis que la epidemiología realizó desde sus orígenes pero que, actualmente, se ve facilitado por el desarrollo de nuevos recursos informáticos. La disponibilidad de tecnología informática transforma la georreferencia en un procedimiento de fácil aplicación y de uso estratégico para la gestión local.

- *Sensibilidad*: TMI y TMM son ambas cuestiones altamente *sensibles*; es decir que captan con razonable fidelidad las situaciones de salud de un conjunto poblacional.
- *Directa atingencia*: Porque *conciernen directamente* al sistema de salud. La medicalización de la salud materno- infantil así lo asegura. Por razones históricas, políticas, legales e ideológico-culturales, el aparato sanitario se ha involucrado en lo que tiene que ver con el nacimiento y crecimiento de los niños. Si bien puede haber otros problemas de salud que revistan similar gravedad; estos en general no pueden compararse en cuanto a la preocupación que genera la cuestión de la salud reproductiva e infantil en el sector sanitario.
- *Prioridad*: Porque *concita y concentra la atención* de los decisores de política. Desde larga data la eficacia de las políticas y de la acción gubernamental en el terreno sanitario ha sido juzgada en términos de estos indicadores; y es esta la razón por la que políticos, funcionarios y profesionales están especialmente alertas al devenir de los principales indicadores de salud materno-infantil.

Este especial carácter de los indicadores de salud materno-infantil ha llevado a que formen parte de los llamados *Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-*, un conjunto de medidas que los países acordaron en lograr para el año 2015.⁴⁶

Argentina ha suscripto los ODM. Respecto de los indicadores ODM 5 y 6, dos de los correspondientes al sector salud, la información que provee la agencia para el Desarrollo de las Naciones Unidas apunta las siguientes metas:

Esquema 6. Metas ODM para Argentina

ODM 5. Mortalidad Infantil
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil –TMI-y la mortalidad de niños menores de 5 años –TMI5-. Esto es equivalente a obtener una tasa por mil nacidos vivos de 8,5 % y en la de menores de 5 años del 9,9 %.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en 10% la desigualdad entre provincias, medido en <i>Coefficiente de Gini</i>. La meta específica es en este caso, para la TMI - Total país: 0,09 y para TMI5. Total país: 0,102

Fuente: Elaboración propia

b. La Estrategia de Evaluación

El análisis inicia en ambos casos con una breve discusión conceptual. Luego se analiza la serie de datos correspondientes al país, lo que provee un primer panorama sobre lo bien o mal que las cosas andan. No obstante, para aquilatar adecuadamente una serie de esta naturaleza se deben contrastar las observaciones

⁴⁶ El 8 de septiembre del 2000, 189 países del mundo firmaban la “Declaración del Milenio”, un esfuerzo de las Naciones Unidas para reconducir la idea y los recursos que, hasta los años 90s, había sido guiados por la –así llamada entonces- “ayuda oficial al desarrollo”. De la declaración se obtuvieron los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, conjunto de metas que los países acuerdan en lograr para el año 2015, entre las que juegan un papel importante los indicadores mencionados. Los siguientes son los ocho objetivos de desarrollo del milenio:

1. Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Objetivo 3: Promover el trabajo decente.
4. Objetivo 4: Promover la igualdad y la equidad de género.
5. Objetivo 5: Reducir la mortalidad infantil
6. Objetivo 6: Mejorar la salud materna.
7. Objetivo 7: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
8. Objetivo 8: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
9. Objetivo 9: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

contra valores esperables. Estos resultados esperados o esperables se pueden establecer de varios modos; y, puesto que cada uno de ellos, provee una información diferente y válida, es preciso revisarlos.⁴⁷

- Primero, a partir de una comparación con el desempeño de otros países.
- Segundo, en función de las metas establecidas por los decisores de política.
- Finalmente, a partir de la trayectoria observada en un plazo razonablemente extenso.

Además de este análisis de *brechas* entre valores observados y esperables, debe ser también evaluada la heterogeneidad intra-nacional. La heterogeneidad intra-nacional es una medida de la equidad; es decir, de la efectividad del sector salud en eliminar las diferencias de salud evitables que surgen de arbitrarias desigualdades sociales. Este trabajo enfoca en las desigualdades de tipo regional, aquellas que surgen del lugar de residencia. Para ello se utiliza el índice de Gini, bajo el supuesto de que la concentración de la mortalidad en algunas regiones indica inequidad. El índice de Gini varía entre 0 y 1, creciendo la concentración –y por consiguiente la inequidad- en la medida en que ascienden los valores –un valor 1 en el índice de Gini equivale a máxima concentración-.

2. La Mortalidad Infantil: Aspectos Conceptuales

Uno de los principales indicadores que la literatura sugiere para analizar las condiciones de salud de una población es la “mortalidad infantil”. Se define a la “mortalidad infantil” como la tasa de defunciones de menores a un año por cada 1000 nacidos vivos.

El indicador es ampliamente considerado en el ambiente de formulación de políticas de salud. El Anuario del Ministerio de Salud de la Nación Argentina año 2011 apunta que la “mortalidad infantil”:⁴⁸

Es considerada como uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud y, debido a su especial utilidad, es necesario calcular e interpretar correctamente sus valores. Uno de los errores más frecuentes es el que proviene de una incorrecta aplicación de la definición del hecho y de la inscripción del mismo. Existe una tendencia a inscribir como defunciones fetales a los niños que, aun habiendo nacido vivos, mueren inmediatamente. O sea, que podría haber una sub-inscripción de nacidos vivos y también de las defunciones infantiles, situación que influye en el cálculo de las tasas de mortalidad infantil. Otro factor a considerar es la omisión de registro del nacimiento y la defunción.

Hay que tener presente que este indicador se suele sub-dividir en varias categorías. En primer lugar se divide entre mortalidad neonatal y pos-neonatal. La mortalidad neonatal, dividida a su vez en “precoz” –en la semana del nacimiento- y “tardía” –hasta 27 días después del nacimiento- es considerada una “mortalidad dura”; es decir, un indicador relativamente inflexible en el que intervienen con mayor fuerza condiciones biológicas que son relativamente menos susceptibles de intervención por parte de las políticas públicas. Por su parte, la mortalidad pos-neonatal, que va desde el día 28 pos-nacimiento y hasta el año de vida, es llamada “mortalidad blanda” y constituye uno de los indicadores más relevantes puesto que expresa la calidad de las intervenciones de política así como del medio-ambiente social y económico en el que el recién nacido crece.

A la obvia sensibilidad de este indicador para con las condiciones sociales e institucionales⁴⁹ se añade el hecho de ser una de las cifras más –y quizás mejor- recolectadas y atendidas a la hora de juzgar el

⁴⁷ Es este un problema más general que atañe a todo diseño institucional. Un criterio de evaluación “alto” induce a la subprestación puesto que el agente anticipa que su acción nunca será premiada; y uno “bajo” habilita a la mal-versación, puesto que la meta ha sido fácilmente alcanzada, pudiendo di-vertirse el residuo de esfuerzo hacia otros fines. Ver (Przeworski, 1998).

⁴⁸ Ministerio de Salud, *Anuario 2011*. Serie 5, Nº 55, p. 122.

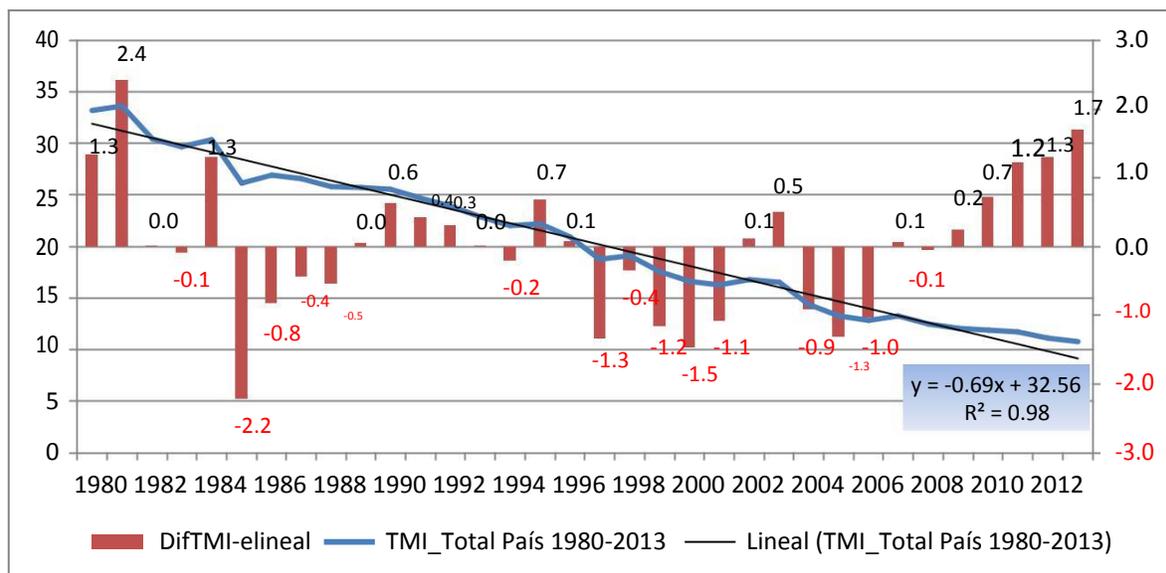
desempeño de los sistemas de salud; es decir, se trata de un indicador que siempre preocupa a los gobiernos y su evolución por lo mismo abre pistas acerca de las condiciones sanitarias como respecto de las capacidades gubernamentales.

De acuerdo a esto, en este capítulo se estudian los siguientes interrogantes. ¿Cómo ha evolucionado la mortalidad infantil en Argentina, ambas neonatal y pos-neonatal? ¿Cómo interpretar este proceso? ¿Qué nos dice acerca del desempeño del sector salud del país?

3. La Evolución de la Mortalidad Infantil en Argentina

Un reporte con carácter publicitario del Ministerio de Salud hace poco tiempo atrás apuntaba: “10,8 por cada mil niños nacidos vivos fue la tasa de mortalidad infantil en 2013, la más baja de la historia sanitaria nacional”. Lo indicado es correcto, con la única salvedad de que *todos* los años han sido sucesivamente los *más bajos* de la historia. Tomando una serie anual continua entre 1980 y 2011, la gráfica siguiente presenta la evolución de la mortalidad infantil en Argentina de los últimos treinta años. Para este período se observa una clara pendiente descendente, desde un valor de 32 defunciones por cada 1000 nacidos vivos hasta el valor actual cercano a las 11 defunciones.

Ilustración 4. Evolución de la Mortalidad Infantil en Argentina. 1980-2013



Nota: En eje derecho la diferencia entre el TMI observado y TMI según tendencia lineal

Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de la Nación, *Anuarios 2000* y *Anuario 2014*. Serie 5. Varios números.

La reducción de la mortalidad infantil que se observa es, por supuesto, un hallazgo positivo. Teniendo presente eso, no obstante, es reconocida la existencia de una reducción secular de la tasa de mortalidad.⁵⁰ Vale entonces plantear interrogantes más sensibles para obtener un más adecuado cuadro de la situación.

Un primer interrogante es: ¿debe ser juzgada esa tendencia descendente como muestra de logros suficientes? O bien, ¿se trata, al contrario, de una evolución menos que satisfactoria? Una primera señal de

⁴⁹“La mortalidad en el primer año ha sido el campo más estudiado y elaborado dentro de las estadísticas vitales y la salud pública... es posible seguir la promoción económico social de la población según la evolución de la tasa pos-neonatal que es más sensible a los factores ambientales” (Sonis, p. 32).

⁵⁰Ver, CEPAL (2007).

alerta es la desviación que se observa, a partir del año 2009, respecto de la tendencia lineal de decrecimiento; tendencia lineal que, por otra parte, está altamente correlacionada con la serie observada, $R^2 = 98\%$. Se trata de una desviación creciente, por otra parte, que ha ascendido constantemente hasta llegar en el 2013 al valor de 1,7 –esto es, casi dos puntos de tasa por arriba de lo *linealmente* esperable-.

Esta pregunta será respondida a partir de las tres siguientes estrategias de trabajo.

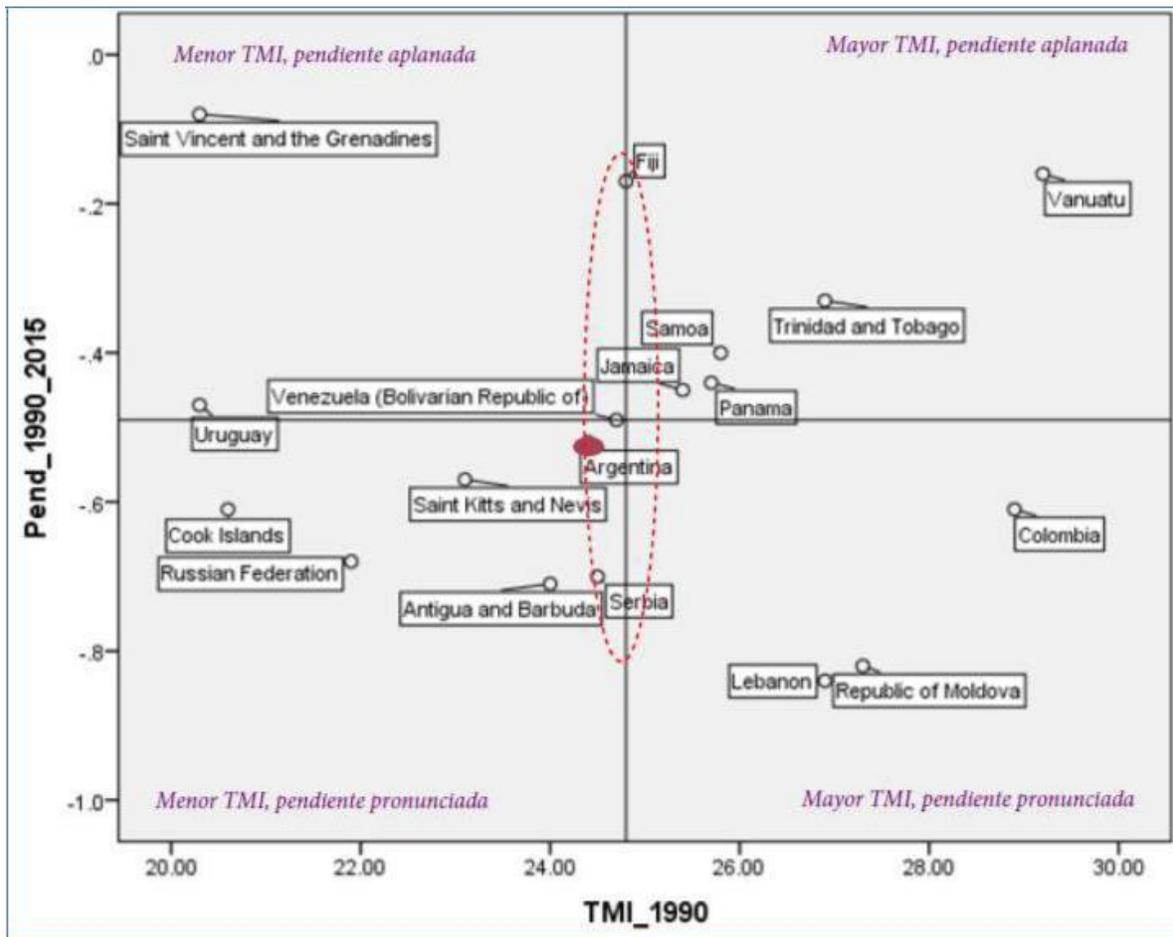
- Por un lado, comparando los logros de Argentina en este terreno con lo obtenido por otros países, en especial, los latinoamericanos. Es decir, en términos comparados, ¿está haciendo Argentina mejor o peor?
- Por otro, se tratará de interpretar la tendencia en función las expectativas de los ODM y de la trayectoria propia de los esfuerzos de reducción de la maternidad infantil, lo que otorga una imagen de la efectividad contemporánea de las políticas públicas sobre este problema.
- Finalmente, abordando un segundo interrogante, que remite a la heterogeneidad intra-nacional de la TMI: ¿Se trata de una situación en la que ha habido reducciones equivalentes a lo largo de las jurisdicciones provinciales; o, por el contrario, se han mantenido o incrementado las distancias entre estas jurisdicciones?

4. Argentina: El Desempeño Comparado del Indicador Mortalidad Infantil

La tabla y gráfica siguientes muestran el desempeño comparado de Argentina con relación a un conjunto de naciones que compartían en 1990 un valor similar para el indicador de TMI. Se trata de dieciocho países con tasas de entre 20 y 30 niños muertos en el año por 1000 nacidos vivos.

La ilustración muestra un desempeño moderado. Argentina compartía rango con Venezuela, Fiji, Serbia; mostrando una pendiente moderadamente pronunciada: más que Venezuela y Fiji; e inferior a Serbia. Al mismo tiempo, con un rango un poquito más amplio, puede observarse que existen varios países para los que se observan pendientes de descenso más pronunciadas, por caso Rusia; o similares a la de Argentina, como Uruguay, que no obstante partía desde un nivel inferior.

Ilustración 5 La reducción de la TMI. Desempeño comparado de Argentina. Valor inicial a 1990 y pendiente de descenso 1990-2015

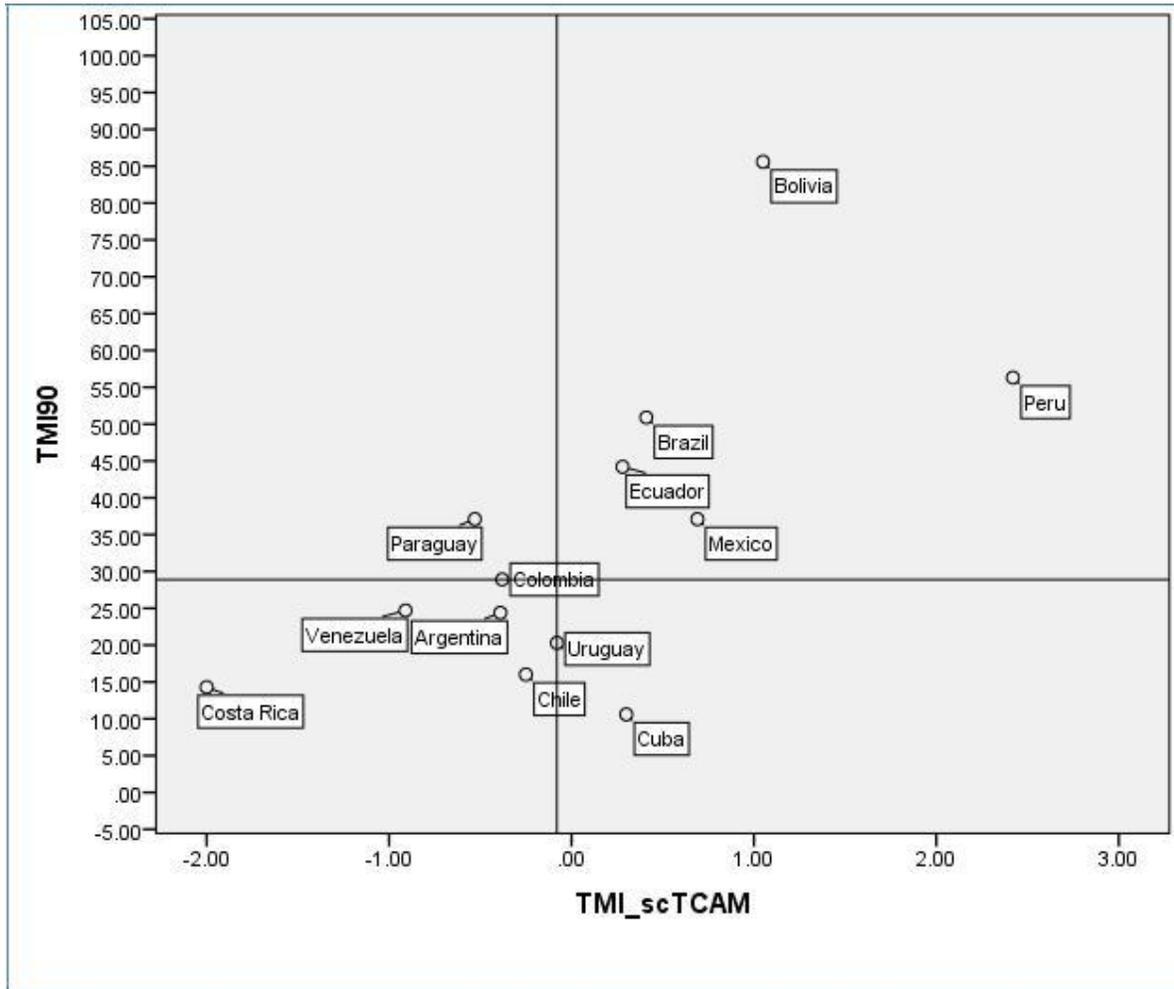


Fuente: WHO. "Probability of dying by 1000 live birth" <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CM1320R>

Con relación específica a los países latinoamericanos, la gráfica siguiente muestra el desempeño comparativo. El indicador elegido para evaluar la trayectoria no es en este caso la pendiente lineal, sino la tasa de crecimiento media.

Como en el caso anterior, el gráfico exhibe cuatro áreas. El eje Norte-Sur determina el punto de inicio de la serie, el año 1990. Los países más abajo mostraban en ese año la menor tasa de mortalidad infantil –por ejemplo, Costa Rica, 14,3; Colombia, 28,9; Argentina, 24,4 por mil nacidos vivos). El eje Este-Oeste muestra el desempeño en estos veinticinco años mediante la tasa de (de)crecimiento anual media del indicador. El cruce de ambos indicadores muestra que hay, efectivamente, países que partiendo de menor nivel de mortalidad infantil, han tenido no obstante una tasa de decrecimiento más pronunciada –los casos de Uruguay, Chile y Cuba-. Por su parte, Costa Rica, con una tasa de mortalidad que en 1990 era 10 puntos inferior a la Argentina, exhibe un rezago en cuanto al impulso anual medio. Finalmente, cabe mencionar a Venezuela, país que mostraba en 1990 una similar situación que Argentina y ha tenido un desempeño más pobre en cuanto al descenso de la mortalidad infantil.

Ilustración 6. TMI 1990 y Pendiente 1990-2015. Países seleccionados



Fuente: WHO. "Probability of dying by 1000 live birth" <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CM1320R>

Estas observaciones respecto del mediocre desempeño de Argentina siguen siendo válidas si se extiende la serie temporal –en este caso, es preciso cambiar el indicador, utilizándose el que mide la mortalidad de menores de cinco años, a los efectos de obtener la serie más extensa y confiable⁵¹.

Pueden observarse en la tabla cinco mediciones con la variación decenal del indicador. De acuerdo a lo que se desprende de la información, Argentina, en el primer movimiento, entre 1970 y 1980, se ubica por encima de los logros promedio del conjunto de países –su reducción es del 48,1% contra un 37,5% de reducción promedio-. Desafortunadamente, esa situación se revierte para todos los demás puntos de análisis, con la excepción quizás del último período, el que acontece entre el 2000 y el 2010; cuando el país obtiene valores muy cercanos al promedio –pero lejos de los países que mejor se desempeñan, por caso Chile, Costa Rica, Cuba-.

⁵¹ Rajaratnam *et alii* (2010).

Tabla 3. Variación porcentual de la tasa de mortalidad infantil por decenios. Países de América Latina y Años seleccionados

	Var% 1970-80	Var% 1980-90	Var% 1990-00	Var% 2000-10
Chile	-59,5	-51,2	-39,0	-41,4
C. Rica	-55,0	-35,3	-30,8	-41,2
Cuba	-40,1	-40,3	-38,1	-39,5
México	-34,9	-40,1	-38,4	-35,7
Perú	-28,2	-36,3	-44,0	-39,6
Ecuador	-36,1	-39,3	-32,1	-38,2
Brasil	-30,8	-37,8	-40,8	-35,4
Colombia	-39,2	-36,9	-25,8	-38,1
Argentina	-48,1	-25,7	-29,6	-34,5
Uruguay	-27,3	-45,5	-25,7	-30,3
Bolivia	-30,7	-32,1	-40,1	-24,9
Venezuela	-34,4	-23,8	-21,1	-30,6
Paraguay	-23,4	-33,4	-26,5	-24,5
Promedio	-37,5	-36,8	-33,2	-34,9

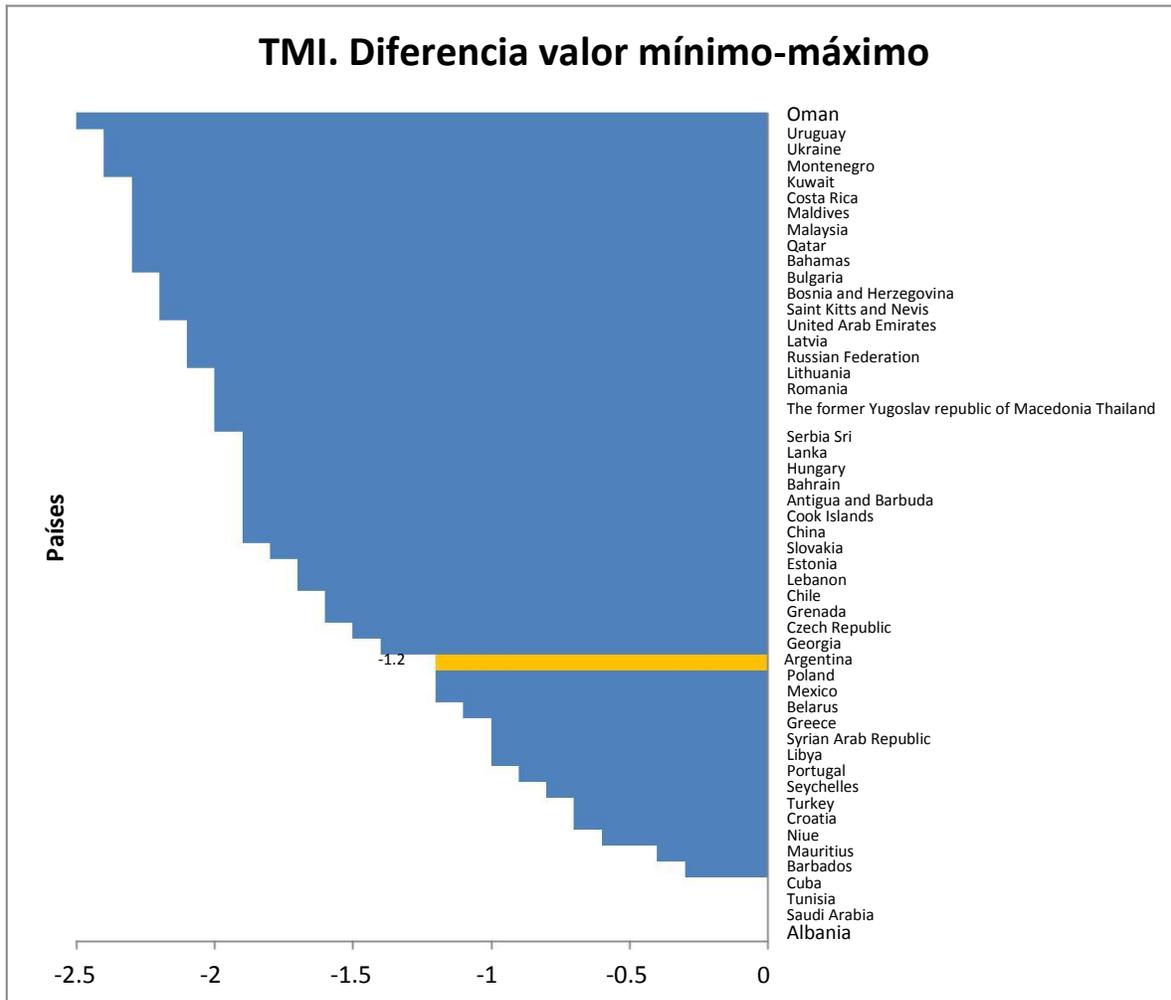
Fuente: Elaboración propia con base en información tomada de Julie Knoll *et alii* (2010).

Ahora bien, cabe una cuestión precautoria a resolver. ¿No puede ser el caso de que, siendo Argentina un país con baja mortalidad en el contexto latinoamericano, haya alcanzado una suerte de *meseta* –es decir, lo que en estadística se conoce como *efecto suelo* o su inversa, *efecto techo*-.⁵² Por ejemplo, ¿no puede estar ese “suelo” que hace una meseta en la tendencia alrededor del valor 12 casos cada mil nacidos vivos? Esto explicaría la desviación respecto de la trayectoria lineal sucedida a partir del año 2009 –véase, gráfica ¿?–.

No hay efecto “suelo”. Las gráficas y tabla aportadas muestran adecuadamente que existen varios casos de países para los que el valor 10 del indicador anterior permite también rebatir esa clase de objeción. Como ya se mencionaba, es notable cómo Uruguay, Chile y Cuba, habiendo partido de tasas menores, muestran una tasa de decrecimiento media superior. Esto es, no hay “amesetamiento” alrededor del valor 12. La siguiente gráfica dispone los países que registraron valores entre 12 y 10 del indicador para el período 1990-2015, destacando nuevamente el mediocre desempeño de Argentina.

⁵² Efecto “techo”: Término utilizado para describe lo que sucede cuando muchos sujetos en un estudio tienen valores en una variable que están en, o cerca de, su límite superior –techo-. Este efecto puede causar problemas para algunos tipos porque reduce la variación posible en la variable. Lo opuesto, el efecto “suelo” causa problemas similares. Ver, B. S. Everitt *Cambridge Dictionary of Statistics*. 2006 [mi traducción].

Ilustración 7. Países en el rango de tasa 12/000 y 10/000. Reducción lograda entre 1990-2015



Fuente: Elaboración propia con base en WHO. "Probability of dying by 1000 live birth" <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CM1320R>

5. La Tendencia Descendente de la Mortalidad Infantil: ¿debe ser evaluada como satisfactoria con base en la propia trayectoria y metas?

En esta sección se estudia la calidad de la tendencia descendente en la TMI. Es decir, se busca determinar si el descenso que se ha constatado es suficiente en términos de la trayectoria propia del país y no con base en el desempeño comparado.

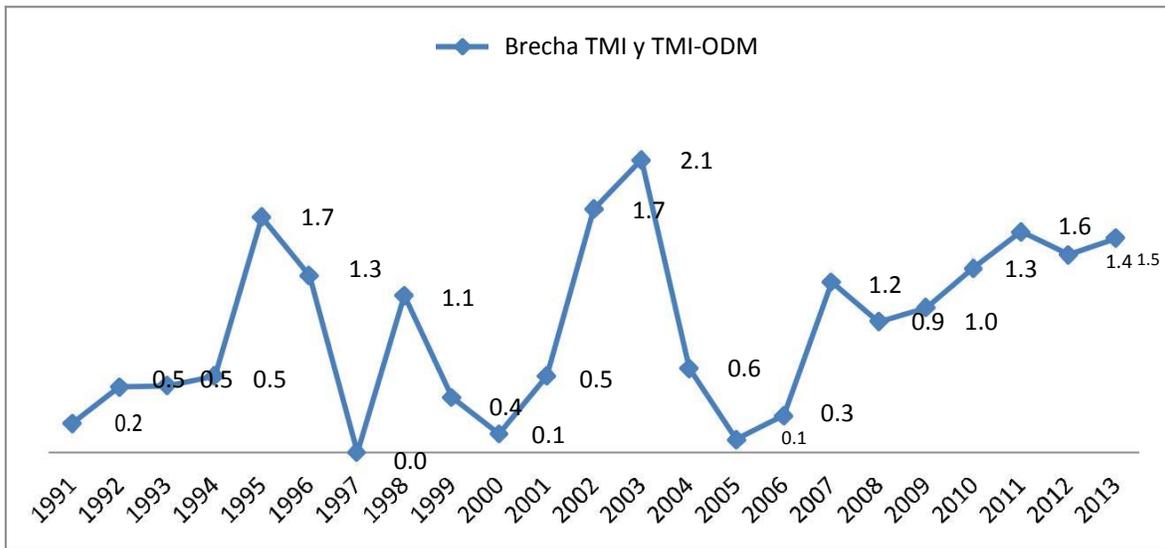
El PNUD (2010) ha afirmado con un optimismo que no parece del todo justificado:

En Argentina, la problemática en torno a la mortalidad infantil ha recibido un tratamiento preferencial desde hace décadas, lo cual se ve reflejado en la tendencia descendente de la TMI. Para el año 2008, producto de una serie de acciones orientadas a mejorar la prevención y la

atención de la población infantil, se ha logrado el descenso del 51,2% con respecto a los valores correspondientes al año 1990.

La grafica siguiente analiza la brecha anual entre los valores observados y el comportamiento esperado del indicador para obtener la meta de un 8,5% de TMI para el año 2015. Observando el comportamiento de los últimos años, llaman la atención dos puntos. Por un lado, la brecha entre observación y expectativa prácticamente se cierra en el 2005 a partir de una muy alta diferencia obtenida en el año 2003. No obstante, la trayectoria retoma impulso ascendente, llegando en el año 2013 a una brecha observable en ocasión de la coyuntura de crisis de mediados de los '90s.

Ilustración 8. Mortalidad infantil. Brecha entre los valores requeridos para el cumplimiento de la meta ODM y los efectivamente observados. 1990-2013



Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud *Anuarios*, varios números y metas ODM (2010)

Ahora corresponde estudiar el segundo tipo de parámetro evaluativo. Puede observarse que se trata de una serie de datos que se ajusta bien a una tendencia lineal. Es posible entonces determinar los períodos para los que la serie se aparta o se acerca a lo que sería este tipo de impulso inercial. Para hacer esto es idóneo el acudir a un modelo lineal. Un modelo lineal supone que la reducción en la mortalidad debería seguir una tendencia con la forma de una línea recta. En una sección anterior se ha descartado un posible efecto de meseta en la tendencia, siendo por lo tanto un supuesto válido para el análisis.

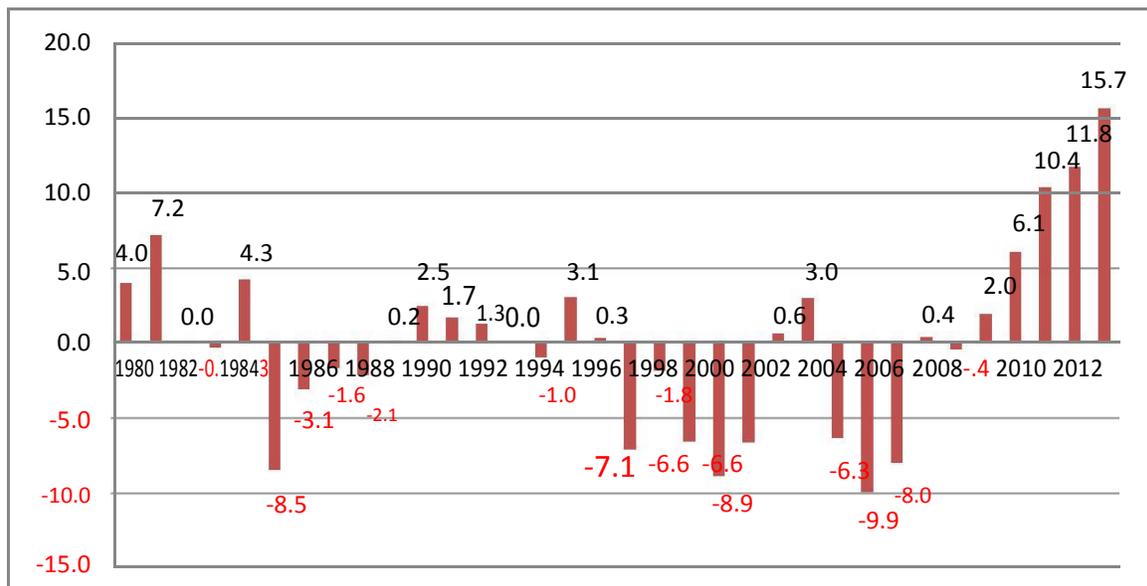
La gráfica siguiente aborda entonces este interrogante: ¿el descenso de la mortalidad en el país ha sido superior o inferior al esperable en términos de una tendencia de descenso lineal?⁵³ La mayor o menor diferencia es interpretable como la capacidad de un país para atenerse al propio impulso de reducción de la mortalidad infantil. En la gráfica se exhibe la razón o coeficiente de variación entre el residuo entre el pronóstico y el observado y el valor observado.⁵⁴ Cuando el valor es negativo, como en 1985 (= -8,5), esto

⁵³El método a utilizar para estimar este tipo de brecha se conoce como el indicador “relativo cíclico”. El “relativo cíclico” calcula la diferencia entre el valor observado y un valor teórico; obtenido este último a partir de la tendencia lineal de la serie.

⁵⁴La estimación lineal es apropiada. En la tabla siguiente se compara la “bondad de ajuste” –valor R cuadrado- para dos estimaciones, lineal y logística. Se observa la estrecha relación entre ambas.

quiere decir que el valor observado mejoró el valor pronosticado en un 8,5%. A la inversa, cuando es positivo, indica la proporción por la que el valor observado se encuentra por debajo del valor pronosticado. El valor del año 2013 está un 16% por debajo del pronosticado –se esperaba un TMI de 9,1 y se obtuvo un 10,8-.

Ilustración 9. Brecha entre los valores esperados según la tendencia lineal y los valores observados. 1980-2011.



Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud *Anuarios*, varios números.

Lo primero que se observa es una esperable distribución en *zigzag* –esperable en la medida en que el indicador se construye en función de los desplazamientos sobre la tendencia lineal de la serie-. Por esto, lo interesante en esta técnica resulta en cuanto se examinan episodios; es decir, los momentos significativos de desplazamiento de los datos con respecto al modelo. Al respecto, la primera constatación son los episodios de empeoramiento, contemporáneos con los severos episodios de crisis socioeconómica que ha vivido el país recientemente –1982, 1989, 1995, 2002-. Correlativamente, se observan episodios de mejoría del indicador en consuno con la subsiguiente recuperación social y económica.

Ahora bien, la serie exhibe también un dato de otra índole: el desvío que sucede a partir del año 2007,⁵⁵ cuando la mortalidad infantil resulta considerablemente más alta en un contexto que no es de crisis sino de

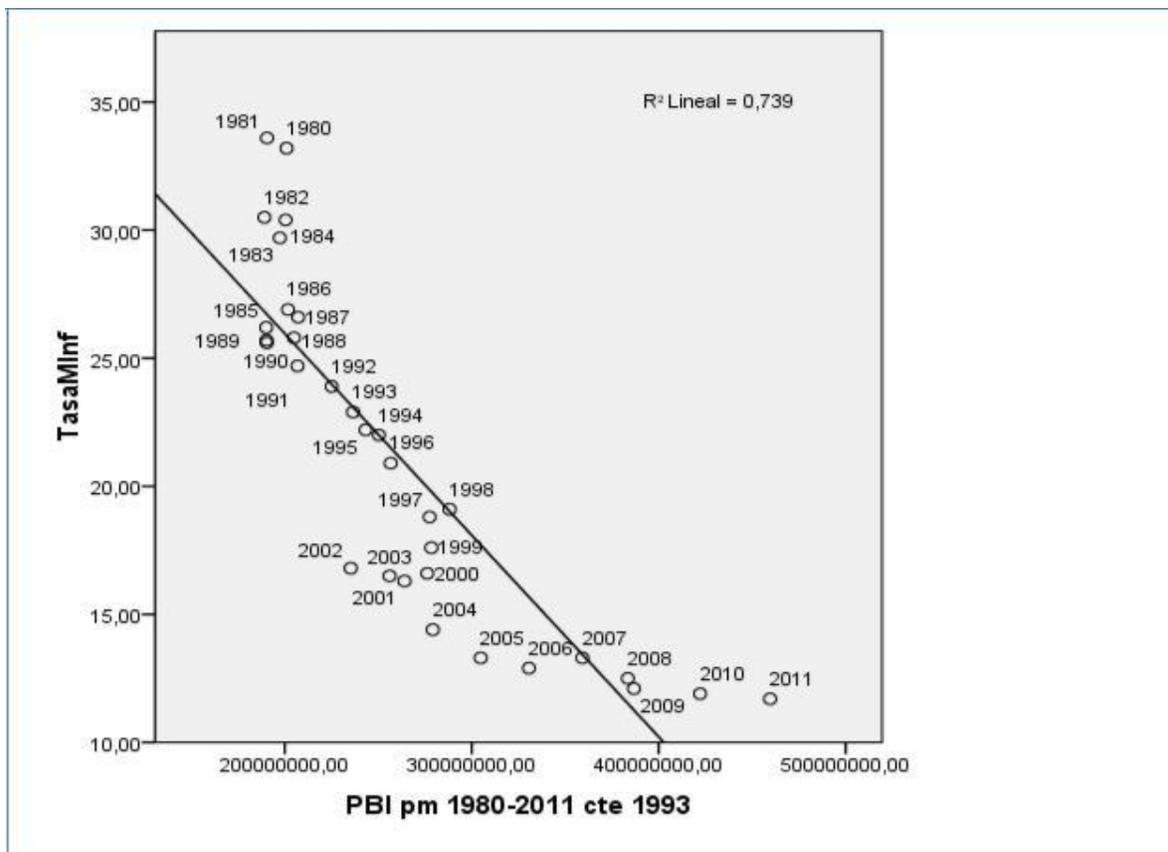
Resumen del modelo y estimaciones de los parámetros							
Variable dependiente: TMI total país							
Ecuación	Resumen del modelo					Estimaciones de los parámetros	
	R cuadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1
Lineal	,980	1469,519	1	30	,000	32,771	-,708
Logística	,981	1513,999	1	30	,000	,028	1,036

⁵⁵ Los siguientes son los valores observados y los esperables bajo el supuesto de tendencia lineal desde el 2008 en adelante. Argentina debería haber alcanzado para el 2011 una mortalidad del 10,1 por mil.

crecimiento de la economía. Si la comprobación anterior sugiere la necesidad de ajustar la política pública para que modere el movimiento pro-cíclico del indicador mortalidad infantil, lo que se observa a partir del año 2007 abre a un importante interrogante referido a las capacidades distributivas de bienestar de la política pública, al menos en la forma en que se la ha venido practicando.

Estas ideas encuentran ulterior confirmación en la siguiente gráfica que muestra la extrema sensibilidad de la mortalidad infantil respecto de las condiciones socioeconómicas ambientales: el coeficiente de correlación entre el PBI⁵⁶ y la mortalidad infantil es negativo, siendo su valor de $R^2 = 0.739$

Ilustración 10, Evolución de la tasa de mortalidad infantil y el PBI. Argentina, 1980-2011



Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud *Anuarios*, varios números para la tasa de mortalidad infantil. Datos del PBI obtenidos de www.mecon.gov.ar

	Valores esperados	Valores observables
2007	12,9	13,3
2008	12,2	12,5
2009	11,5	12,1
2010	10,8	11,9
2011	10,1	11,7

⁵⁶ PBI a precios de mercado, valores constantes a 1993.

Por lo expuesto entonces no es posible realizar una interpretación halagüeña de la reducción lograda en estos años. En este sentido, la mortalidad infantil sigue siendo un problema urgente en la agenda de gobierno en el terreno de la salud pública.

6. Evolución de la Mortalidad Infantil según Jurisdicción Provincial: reducción absoluta y atisbos de convergencia

La segunda línea de indagación que se planteaba concierne al grado de heterogeneidad intra-nacional. La gráfica siguiente estudia esta cuestión. En este sentido, ¿han mejorado relativamente las provincias que a comienzos de la serie estaban peor? ¿Es posible así discernir una tendencia convergente?

Desigualdad regional según el índice de Gini. El país se ha comprometido a metas ODM relativas a reducir las disparidades regionales. En este sentido, ha adoptado la medida *Índice de Gini* a los efectos de evaluar el cumplimiento de la meta, proponiéndose arribar al 2015 con una concentración un 10% inferior que en el año 1990. Sobre el desempeño de este indicador, nuevamente el PNUD es injustificadamente optimista, fundado en una reducción del valor Gini que no se desprende expeditamente de la información. Nos dice el PNUD (2010, p. 56):

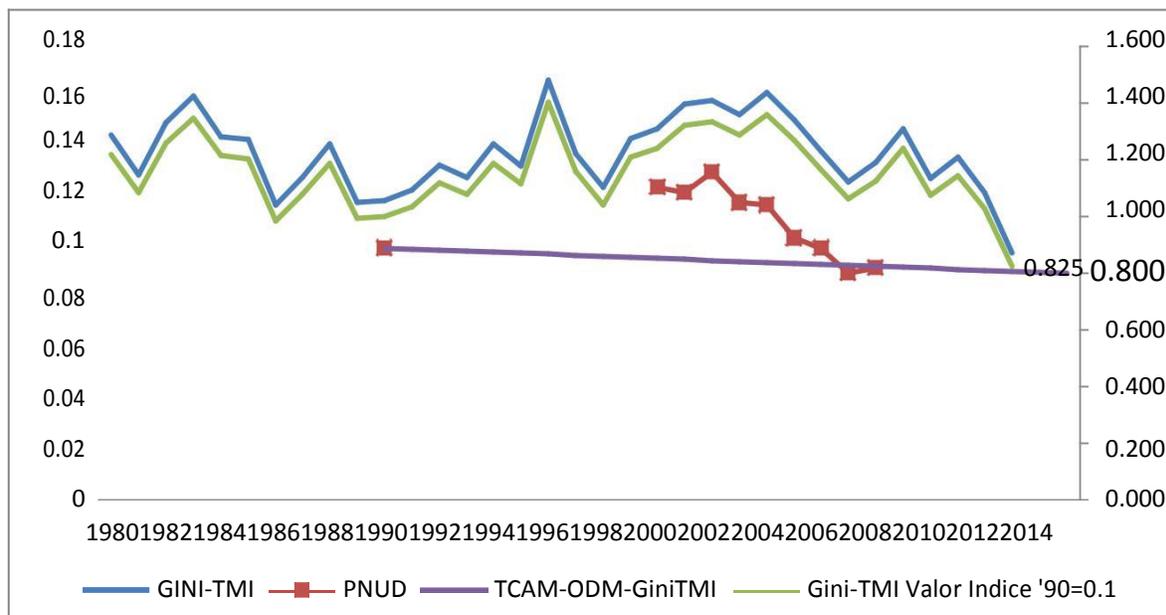
Con respecto al coeficiente de Gini para la Tasa de Mortalidad Infantil, la meta intermedia planteada a 2007 (0,116) ha sido alcanzada a partir del año 2005 y desde entonces, continúa la tendencia al descenso, con un ligero aumento en 2008.

Frente a la tendencia observada del Gini para TMI, no se advierten dificultades para el cumplimiento de la meta de 0,09 planteada para el año.

La primera cuestión a observar es la atribución de un valor de Gini de 0.10 para el año 1990. Es por ello que el PNUD entiende que, logrando la reducción del 10% prevista en la meta, llegar al 2015 con un valor Gini de 0.09 es sencillo. No obstante, el valor de 1990 no es 0.10 sino 0.12. Una interpretación posible para esta dificultad es que, por un error de redacción, donde se menciona índice de Gini, el PNUD se esté refiriendo a un número índice que tiene al año 1990 como valor base.

En el gráfico siguiente se presenta la información necesaria para desenredar esta madeja. Allí se muestra el valor del Gini para toda la serie entre 1980 y 2011, con su correspondiente transformación a números índice con base en 1990. También se presente la tasa de descenso anual esperada a los efectos de obtener la meta –línea expresada con base en 1990-.

Ilustración 11. Indicadores relativos a la evolución del Índice de Gini de la Tasa de Mortalidad Infantil entre provincias. 1980-2011



Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de la Nación, *Anuarios 2000 y Anuario 2011*. Serie 5. Varios números.

De la gráfica se pueden resaltar tres ideas:

- Primero, si se transforma el valor Gini en términos de números índice con base en 1990, los valores observados coinciden con los del PNUD para el año 2000, 2001 y 2002. A partir del 2003, el reporte del PNUD se desvía notoriamente –lo que le permite hacer la interpretación favorable que se cita arriba-.
- El segundo punto a poner de resalto es que el cálculo del PNUD entre el 2003 y el 2008 está errado.⁵⁷ Los valores de Gini correctos son sustancialmente superiores, poniendo en evidencia un retraso en cuanto a la necesaria reducción de la disparidad regional. Si bien entre el 2004 y el 2007 la disparidad descendió, no se lograron las metas intermedias para el año 2007, y a partir de este último año, la disparidad comenzó a crecer nuevamente.
- Tercero, según la información disponible, la meta habría sido alcanzada en el año 2012, año que registra un Gini de 0.098 -una reducción que casi duplica la meta: el 17,5% respecto del año 1990-. Esto es logrado, según parece, revirtiendo la tendencia alcista del Gini hasta el año 2011. Ahora bien, hay que tener presente un dato precautorio. Con toda sobriedad, la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud, responsable de la información, declara: “En algunas jurisdicciones se observan variaciones en las tasas de mortalidad infantil no esperables en función de la tendencia histórica” (Nota a la Tabla 32, p. 90).⁵⁸ La DEIS no aclara cuáles provincias, pero obsérvese la siguiente tabla, en la que destaca la variabilidad –medida según la desviación estándar- que registran Catamarca, Formosa y La Rioja-. En este sentido, es necesario ser precavido con esta información y esperar un poco más antes de determinar si la meta ha sido alcanzada.

⁵⁷Es interesante observar que ya no contiene información sobre disparidades regionales, ni cálculo del índice de Gini, el informe más reciente del PNUD (PNUD, 2011)

⁵⁸Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2013).

	TCAM_2005_07	TCAM_2008_10	TCAM_2011_13	DE2005_07	DE2008_10	DE2011_13
TotNac	0.00	-1.63	-2.63	0.23	0.31	0.5
CABA	1.64	-3.13	0.38	0.21	0.75	0.3
Bs As	1.52	-1.09	-2.31	0.55	0.26	0.4
Catamarca	-3.92	0.22	-11.51	0.98	0.49	2.7
Córdoba	2.19	-2.83	-3.85	0.57	0.72	0.7
Corrientes	-5.01	-0.59	-1.73	1.35	0.96	0.7
Chaco	2.13	-6.53	0.58	1.15	1.85	1.0
Chubut	-2.04	-1.96	-3.03	0.36	0.50	0.5
E Ríos	-3.40	-4.93	-5.78	0.65	1.04	1.0
Formosa	0.00	-2.49	-12.50	0.75	1.35	3.5
Jujuy	-1.90	-1.45	-2.93	0.90	1.31	0.6
La Pampa	1.16	-22.26	-1.63	0.95	4.26	0.8
La Rioja	-2.22	-5.65	-10.07	0.62	1.29	2.3
Mendoza	0.00	2.70	-4.31	0.35	0.90	0.6
Misiones	0.00	-1.71	-8.78	1.44	0.47	1.7
Neuquén	-1.02	7.53	11.15	0.15	0.99	1.8
Río N.	1.40	-7.04	5.90	0.26	1.53	1.1
Salta	2.50	-3.85	0.24	0.55	0.83	0.7
San Juan	-7.54	-8.59	7.50	1.83	1.96	1.4
San Luis	-0.63	-6.52	-11.24	1.77	1.33	1.9
Santa Cruz	5.45	-2.91	-0.69	2.21	0.46	0.4
Santa Fe	-2.20	-3.61	-3.19	0.70	0.61	0.5
Santiago	5.66	10.42	-0.57	1.12	1.80	0.1
Tucumán	-7.31	0.72	-2.42	1.76	0.51	0.6
T. del Fuego	15.04	13.34	2.74	2.25	2.66	0.3

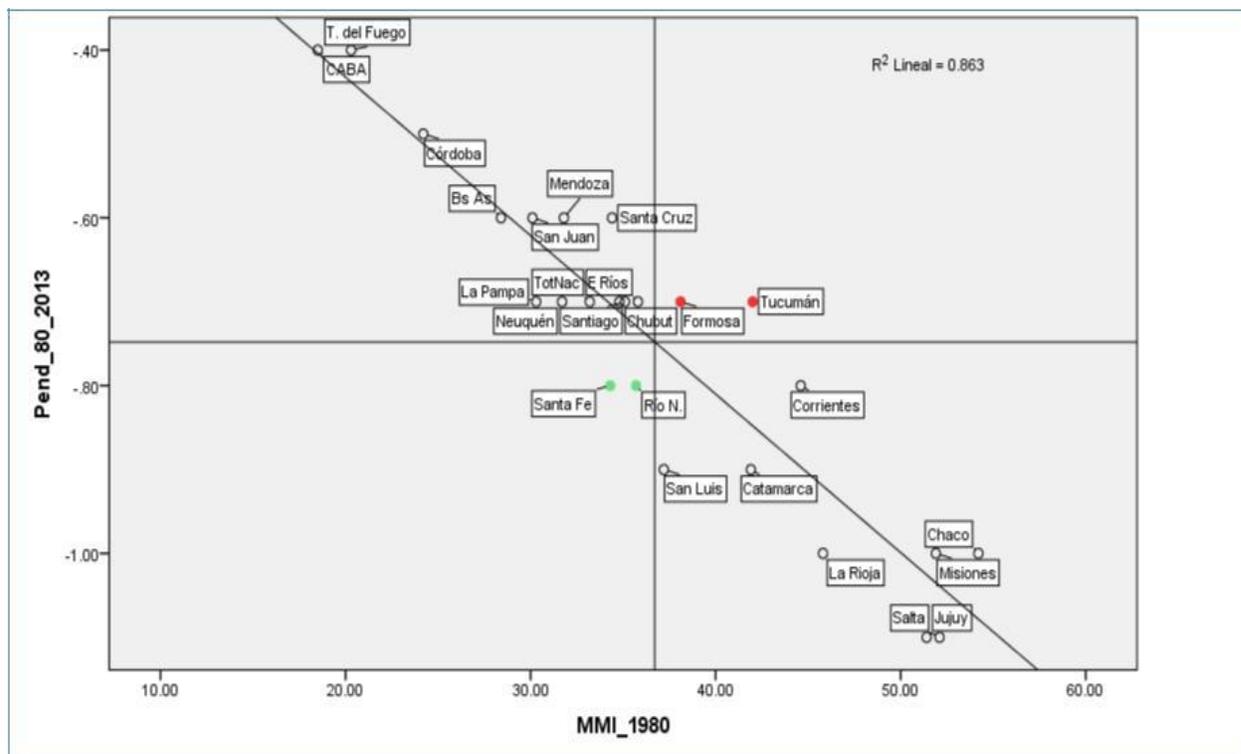
Nota: Resaltadas las celdas con cambios significativos.

Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de la Nación, Anuarios 2000 y Anuario 2011. Serie 5. Varios números.

Las provincias según sus trayectorias de cambio. Finalmente, vale la pena identificar si se trata de movimientos de conjunto o si hay jurisdicciones que tienen mayor responsabilidad en los cambios. En el gráfico se intersecta la tasa de mortalidad en el comienzo de la serie con el indicador “pendiente invertida”.⁵⁹ Se observan cuatro posibles escenarios de entre los cuáles los datos aparecen distribuidos en sólo dos de ellos: el escenario de alta mortalidad 1980 y alta pendiente, donde “alta” quiere decir por sobre el promedio- y un escenario de “baja” mortalidad infantil en 1980 y baja pendiente.

⁵⁹ Esto es, la tasa de cambio que mejor ajusta la trayectoria de los datos con un modelo lineal.

Ilustración 12. Provincias distribuidas según pendiente de la trayectoria y posición relativa en 1980. 1980-2013



Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de la Nación. Serie 5. Varios números.

En la gráfica, se observa que las provincias se ordenan adecuadamente según su punto de partida. Aquellas que tenían mayor MMI en 1980, son las que se ubican en el cuadrante de mayor impulso descendente. A la inversa, aquellas de mejor posición relativa en 1980, se ubican en el cuadrante arriba-izquierda, con menor impulso descendente. No obstante, vale la pena resaltar, como se hace en el cuadro, algunas pequeñas desviaciones positivas –Santa Fe y Río Negro- y negativas –Tucumán y Formosa-.

Del mismo modo, puede interpretarse esta información como abonando la idea de que ha sucedido una compresión en las diferencias entre jurisdicciones: las provincias más desventajadas han tenido una tendencia descendente más empinada.

7. Conclusiones

La política pública de salud ha de enfrentar con urgencia el problema de la insatisfactoria tasa de reducción de la mortalidad infantil. Esto no quiere decir que no haya habido progresos, sino que estos avances deben juzgarse en términos de expectativas y potencialidades que deben realizarse. El sector salud argentino comparte la tendencia declinante del indicador con la mayoría de los países; pero, su desempeño en términos comparativos es entre moderado y pobre. Juzgado contra lo logrado por países con similar punto de partida, Argentina muestra un rendimiento por debajo de lo esperable. Por otra parte, tampoco es

adecuado el desempeño del país en función de lo que podría alcanzar en términos de las metas que se ha fijado, como en el caso de los ODM; o bien, en términos de lo esperable a partir de la tendencia observada.

V. Efectividad (II). Rendimiento decreciente del gasto y del asistencialismo

En este capítulo se provee una mirada a tres cuestiones finales de la estrategia *carrillista*. Por un lado, se explora la posibilidad de un “techo” de gasto. La noción “techo” es compleja inherentemente. Puede que no se pueda hacer un mayor esfuerzo porque las fuentes de ingresos no lo permitan; o bien, puede que no valga la pena porque el retorno por cada unidad de gasto es crecientemente menor. Se explora en primer lugar la cuestión del rendimiento decreciente y, luego, se aborda la cuestión de las fuentes de ingreso menguantes.

En segundo lugar, se provee, a partir del plan Nacer, una explicación exploratoria sobre el por qué esta estrategia de aseguramiento rinde menos a medida que pasa el tiempo.

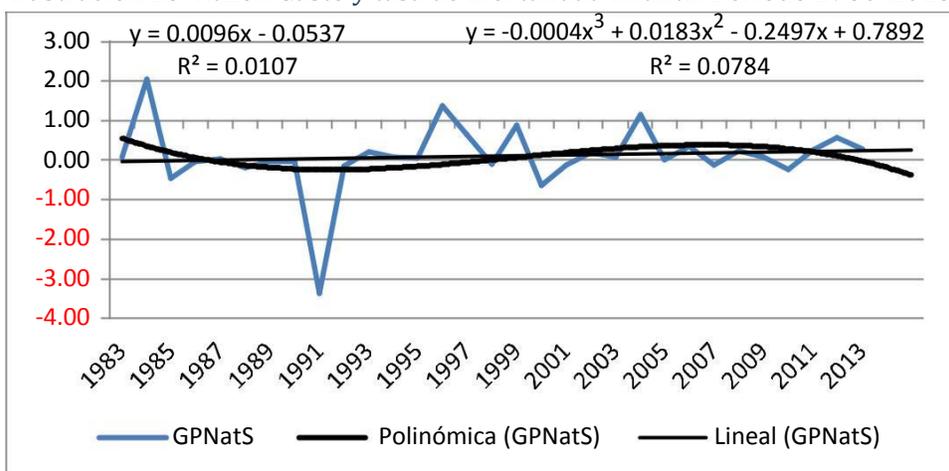
En tercer término, se estudia brevemente el rendimiento en términos de equidad que ha tenido la estrategia.

1. Límites del gasto: rendimiento decreciente y “techo” presupuestario

La estrategia de fortalecer las prestaciones del sector público por la vía de asegurar el financiamiento de las acciones está teniendo rendimientos decrecientes. Esto es diferente de apuntar que la estrategia es inefectiva, lo que se concluyó en el apartado anterior. Ahora bien, la estrategia podría ser inefectiva porque los esfuerzos presupuestarios han menguado, o bien porque por la forma en U de una función típica de costos.

El análisis se presta para una prueba de elasticidad; es decir, cuánto varía la mortalidad conforme varía el gasto. La siguiente ilustración que grafica esta relación.

Ilustración 13. Razón Gasto y tasa de mortalidad infantil. Período 1980-2013.



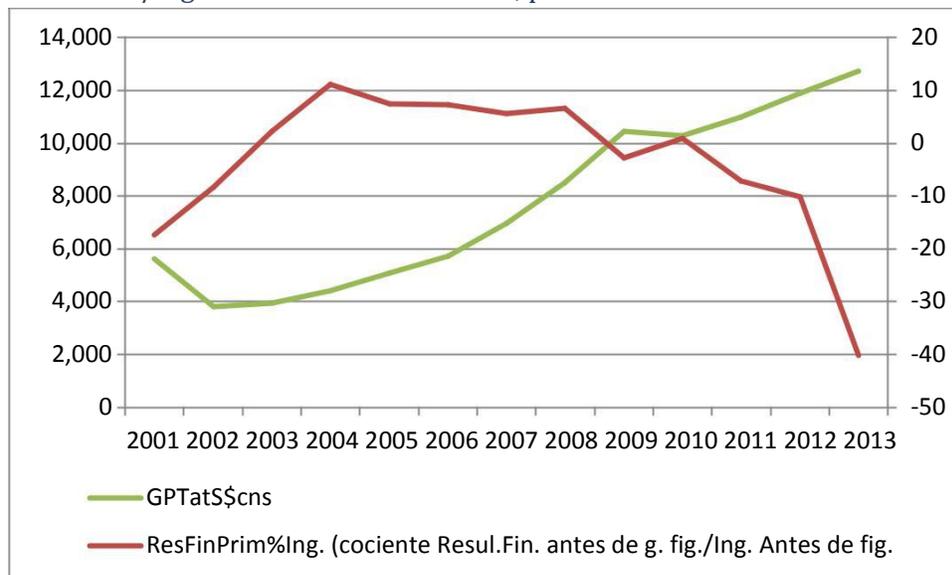
Nota: TMINac = Tasa de Mortalidad Infantil nacional; GPCons = Gasto Público consolidado total de la función Salud; GPP AtSal = Gasto Público Provincial en Atención a la Salud; GPCons AtSal = Gasto Público consolidado en Atención a la Salud.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección Nacional de Gastos Sociales, Ministerio de Economía y Dirección Nacional de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

La prueba muestra una situación de no clara interpretación.⁶⁰ En primer lugar, se observa que, salvo algunos episodios, la elasticidad es bien inferior a la unidad. Una elasticidad inferior a 1 debe interpretarse que por cada unidad del denominador, el numerador varía en menos de 1. En segundo lugar, la tendencia de la trayectoria no es clara. Si se aplica una estimación lineal, la elasticidad parece crecer; mientras que si se aplica una estimación polinómica de orden 3, que se ajusta un poco mejor a los datos, se puede entender que la elasticidad está en clave descendente.

Finalmente, cabe preguntar si la política de fortalecimiento, por vía de transferencias financieras no ha encontrado un “techo” de gasto. Por supuesto, es difícil evaluar esto con la necesaria precisión; pero, una indicación sobre las dificultades sobrevinientes para incrementar el gasto puede ser obtenida de observar las trayectorias contrastantes entre gasto y déficit. En este caso, el gasto es el total en la sub-función atención a la salud, y el déficit es el déficit del gobierno nacional –resultado financiero antes de figurativos /ingresos antes de figurativos-.

Ilustración 14. Evolución del gasto total en atención a la salud y de la razón “resultado financiero /ingresos”. Gobierno Nacional, período 2001-2013.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Economía.

2. El Plan Nacer

El plan Nacer ha sido uno de los planes pilares de la estrategia del gobierno saliente. En breve consiste en el pago por servicios dispensado por las redes efectoras del sector público provincial. El Plan Nacer provee

⁶⁰ Hay, por otra parte, un problema técnico adicional. La ecuación de elasticidad de la demanda, suponiendo la relación inversa entre precio y cantidad demandada, está diseñada para siempre obtener un valor positivo con interpretación sobre los valores superiores o inferiores a la unidad. En el caso bajo examen, no se cumple este supuesto: bien puede suceder y sucede que baje el gasto y baje la mortalidad; o viceversa. No obstante esta dificultad, el indicador es el mejor disponible.

fondos de acuerdo al logro de tres tipos de resultados: enrolamiento de beneficiarios, mejoramiento de salud según indicadores “trazadores”, y atención dispensada en un paquete de servicios básicos.

El pago se realiza de dos modos y en dos fases. Una proporción del 60% por el enrolamiento y el 40% restante por la obtención de los resultados según los “trazadores”. Estos pagos van del gobierno nacional a las provincias. Por otra parte, las provincias transfieren a sus efectores según un esquema de pago por servicio del paquete de prestaciones básicas establecido –algunas provincias, por ejemplo Corrientes, permite que los efectores suplementen su salario con estos pagos-. El Banco Mundial, con cuyo préstamo se financiaba el Plan Nacer resume de este modo al plan:

El Plan Nacer es un programa de seguro público, gratuito y voluntario para madres sin cobertura, durante el embarazo y hasta los 45 días posteriores al parto, y para niños hasta los 6 años de edad. Al centrarse en las poblaciones más vulnerables, este aborda directamente una de las causas fundamentales de las desigualdades respecto de la salud. Incluye tres características principales en su diseño: un conjunto explícito de beneficios; desembolsos vinculados al logro de objetivos acordados y auditores externos independientes para verificar la prestación del servicio y su calidad.

El Plan Nacer es un ejemplo notable de estrategia de “fortalecimiento de los sistemas de salud”.

Argentina comprendió que debía cambiar la cultura operativa de su sistema sanitario, en particular por medio de la incorporación de incentivos por desempeño en todos los niveles, en lugar de financiar más prestaciones y aportes para la atención médica o ajustar los mecanismos de los seguros existentes. Se comprobó que estas opciones no tuvieron éxito para abordar adecuadamente los problemas de salud de la población pobre.

El plan entonces aborda con propuestas de cambio dos de las cuatro institucionalidades que definen al sector salud de Argentina: la fragmentación federativa y la estructura asistencialista. Al respecto:

- En general, las provincias y sus redes de prestadores reaccionaron con buena predisposición a los convenios. Hecho, por otra parte, esperable puesto que se les ofrece un suplemento de financiamiento para realizar una tarea que, nominalmente, al menos llevaban ya a cabo.⁶¹ El suplemento, no obstante ha de ser más significativo para los efectores directos, puesto que se calcula que los ingresos por Plan Nacer varían entre el 1 y 5% de los presupuestos provinciales (Cortez y Romero, 2013, p. 19).⁶² Por otra parte, y puesto que el programa no ha tenido dificultades de pago o de ejecución, las dificultades que se observen deben entenderse como emergentes de la vigencia de otro tipo de institucionalidad, no de aquella federativa, sino de la institucionalidad asistencialista.

Esto es así porque los “trazadores” informan sobre tipos de conductas incentivadas que están fuera de la fórmula asistencialista típica: la atención de la demanda espontánea. Esto implica un cambio en la medida en que el sistema debe integrarse a la comunidad para obtener rendimientos. En este sentido, la tasa de enrolamiento constituía un buen indicador hasta que la integración de la AU interpuso una demanda espontánea externa al dispositivo del plan Nacer. Por otra parte, el paquete de prestaciones básicas, en línea con fórmulas de APS fue modificado hacia el 2010 con la incorporación del pago de prácticas de

⁶¹El Plan Nacer financia la brecha entre el costo de proveer los servicios en cantidad y calidad deseados y los que cada servicio afronta sin el plan. El suplemento está establecido en un 50% del costo de los servicios básicos incluidos en el paquete. Ver, Rafael Cortez y Daniela Romero (2013, p. 14).

⁶²En la medición de Getler y colaboradores (2014) no supera el 2%, hasta el año 2009.

cardiopatías congénitas y la adopción de un paquete perinatal de alta complejidad. No obstante, el plan Nacer continúa siendo un plan en la órbita de las prácticas de APS.

Obsérvese la ilustración que sigue. La tabla es informativa con relación a lo que el sistema puede alcanzar en su estado normal, de vigencia del asistencialismo. Si bien podría traducirla, he preferido dejar la tabla “en bruto”.

Ilustración 15. Logros relativos a los indicadores del Plan Nacer

Table 3: Achievement Level of PDO Outcome Indicators (Summary)

PDO Indicator	(A) Baseline Value	(B) End Target	(C) Final Value	Ratio of (C) to (A) (where applicable)	Description of Achievement With Respect to End Target
<i>PDO Sub-Objective (a): to increase access by eligible uninsured mothers and children to basic health services</i>					
(1) % of eligible population voluntarily enrolled in program.	0%	80%	97%		Surpassed By Large Margin
(2) % of eligible pregnant women with first antenatal care visit before 20th week of pregnancy	23%	70%	67%	2.9	Almost Achieved
(3) % of eligible pregnant women who get VRDL during pregnancy and antitetanic vaccine previous to delivery.	45%	90%	83%	1.8	Almost Achieved
(4) % of eligible children < 18 months old with coverage of measles vaccine or triple viral.	45%	95%	77%	1.7	Not Achieved
(5) % of eligible puerperal women that received at least one Sexual and Reproductive Health Care consultation.	27%	60%	90%	3.3	Surpassed By Large Margin
(6) % of eligible children 1 year old or less, with all well child consultations up to date (percentile of weight and height).	12%	50%	45%	3.5	Almost Achieved
(7) % of newborns from enrolled pregnant women weighing more than 2,500 g.	47%	85%	90%	1.9	Surpassed
(8) % of newborns, from eligible pregnant women, with Apgar score > “6” at minute 5.	47%	92%	93%	2.0	Achieved
Achievement Index for Sub-Objective (a)				105	Surpassed
<i>PDO Sub-Objective (b): to strengthen the incentive framework for efficiency and focus on results between the national level and the eligible provinces and among eligible provinces and service providers.....</i>					
(9) % of NMH-PHM annual performance agreements successfully implemented.	0%	60%	79%		Surpassed By Large Margin
(10) % of authorized providers under annual performance agreements and provider payment mechanism with its respective participant province.	0%	50%	95%		Surpassed By Large Margin
(11) % of Tracer targets achieved by the participant provinces in last year billing period.	0%	70%	94%		Surpassed By Large Margin
Achievement Index for Sub-Objective (b)				152	Surpassed By Large Margin

Fuente: Extraída de *Implementation Completion and Results Report* del Banco Mundial (Report ICR 2618, 2013, p. 28).

Si la reordenáremos en función de cuánto los logros se obtienen a partir de demanda espontánea o externamente inducida, y cuánto se obtiene con esfuerzo de integración comunitaria, se encuentra que:

- Todos los objetivos que se refieren a relaciones inter-jurisdiccionales han sido superados por amplio margen. Uno de ellos puede ser de difícil interpretación, puesto que se refiere al logro de las

provincias con relación a los “trazadores” y la línea de base de esos “trazadores” ha sido establecido por las mismas provincias.

- Es interesante, aunque bien mirado no requiere sino un pequeño esfuerzo, la superación por amplio margen de la meta referida a la información sobre salud sexual y reproductiva a las embarazadas.
- La tasa de enrolamiento alcanzada está, como ya se advirtió, afectada por un hecho externo, la AUH. Por otra parte, hay que tener presente que la práctica común en los establecimientos públicos fue la de efectivizar el enrolamiento al momento del parto.
- Finalmente, los objetivos no alcanzados son los referidos a vacunación, control prenatal, y control del niño sano.

3. Breves consideraciones en torno a la estrategia de fortalecimiento del sector público y la cuestión de la equidad

Se apuntaba previamente que la estrategia de aseguramiento de la población sin cobertura, vía el fortalecimiento de la capacidad del sector público, podía tener consecuencias en torno al logro de otra meta del sistema de salud: la equidad. La razón de esto es sencilla. Las fuentes financieras para los asegurados son mayores que para los no asegurados. Los no asegurados, suponiendo que sólo ellos gastan en el subsector, son beneficiados con un ingreso que representan el 27% aproximadamente. Los grupos con cobertura, por su parte, representan el 81% de la población e ingresan en su sistema un 60% del total del gasto. De acuerdo a este cálculo elemental, habría una brecha de equidad que salvar.

La siguiente tabla examina esta cuestión, exhibiendo un hecho relativamente reconocido: la inequidad continúa existiendo; al menos hasta el año 2010, último dato relevado. La información es clara: los grupos con cobertura consultan al médico un 30% más que los no afiliados.

Tabla 4. Proporción de afiliados y no afiliados que consultaron al médico

Proporción de afiliados y no afiliados que consultaron médico en el período de referencia							
	1969	1982	1992	2001	2003	2005	2010
Afiliados	8,2	6,8	26,1	41,4	41,8	43,8	45,7
No afiliados	6,2	4,9	15,7	22,2	35,9	35,2	34,7
Afiliado / no afiliado	1,3	1,4	1,7	1,9	1,2	1,2	1,3

Nota: (i) La información de los años 1969, 1982, 1992 y 2001 corresponde al Área Metropolitana. Valores de 1969 y 1982: cantidad promedio de consultas por afiliado /año.

Fuente: Encuesta sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Serie 10. Varios números

Una tendencia similar se produce con las pruebas de laboratorio y tratamientos médicos. En 2010, el 20,3 por ciento de la población recibió un tratamiento médico, una prueba de laboratorio, o ambos, con el porcentaje tan bajo como el 13,4 por ciento para los no asegurados frente al 23,7 por ciento para la parte asegurada de la población.

Por otra parte, los gastos de la media fuera de bolsillo en salud aumentó a 92 pesos en 2010. Este es un aumento real del 60 por ciento con respecto a 2005, y el 83 por ciento en relación a 2003. Los principales componentes del gasto fuera de bolsillo en el año 2010 fueron las compras de medicamentos (44,1 por ciento del total de los gastos fuera de su bolsillo), y la cobertura de seguro voluntario (16,8 por ciento)

En definitiva, la inequidad del sistema no ha hallado solución por la vía del aseguramiento a los no cubiertos, vía sector público.

VI. Consideraciones finales

Este largo examen ha procurado evaluar la política de salud llevada adelante por el gobierno saliente. Durante quince años, el elenco gobernante orientó su esfuerzo en una política que, no obstante contener una racionalidad relativa, resultó ineficaz para acometer adecuadamente uno de los grandes problemas de salud pública de la Argentina: la mortalidad infantil.

Desplegó ese gobierno una estrategia de política que hemos denominado *carrillista*, línea de acción que promueve el fortalecimiento del sector público. En esta coyuntura ese fortalecimiento no derivó en crecimiento de la capacidad instalada como en tiempos de Ramón Carrillo, sino en un esfuerzo de dar cobertura por parte del sector público a quienes no tiene cobertura de obras sociales o privada.

La política puede ser considerada relativamente racional. Su alternativa, la línea del aseguramiento universal por la vía de la integración financiera de los sub-sectores, debe considerarse políticamente arriesgada, puesto que ha consumido, prácticamente sin resultados, las energías de muchos gobiernos de bien diverso linaje político.

La línea de acción seguida, entonces por el gobierno nacional saliente, resultaba expedita y sensata. Pasado el tiempo, no obstante, se reveló ineficaz: los indicadores de mortalidad infantil no mejoraron como debían, no obstante crecer el gasto. Se apuntó en el capítulo V, sección 2, que esto puede deberse a las dificultades para lograr cambios en la institucionalidad asistencialista. Tampoco, se lograron avances significativos con relación a la equidad; en buena medida porque no se acometieron reformas en el área de la integración financiera.

El repertorio de políticas *realmente existentes* parece hoy agotado. La integración sub-sectorial, al menos tal y como hasta ahora ensayada, se ha revelado demasiado costosa para los gobiernos, que entonces no pueden afrontarla. Por su parte, la política de fortalecimiento del sector público y la coordinación *federativa* por vía de incentivos o suplementos de ingreso para los efectores tampoco ha servido. Este es entonces un escenario exigente para el gobierno entrante.

Es seguro que, al menos en lo que tiene que ver con la mortalidad infantil, y más oblicuamente con la equidad, lo que se precisa es una innovación de políticas, que logre posicionar un cambio de la institucionalidad asistencialista, en los términos muy declarados pero escasamente desarrollados de la APS. Sólo entonces una política de fortalecimiento del sector público tendrá sentido.

En términos de especulación politológica, lo que quizás hace falta es la emergencia de un nuevo actor colectivo en el terreno político-sanitario, un actor que se exprese convencido de la renovación de la práctica asistencialista, un actor que pueda aprovechar la capacidad de innovación y aprendizaje que existe en el nivel local –parafraseando a un viejo lema político; “toda atención es local”-. Por ejemplo, si se creara una “Secretaría de Primer Nivel de Atención”, estarían disponibles las convicciones, vocaciones y coaliciones que llenen ese “raviol” burocrático.

Al mismo tiempo, para que este actor pueda erigirse y desarrollarse, deben existir una voluntad política propiciatoria, la que debe transitar por los canales de una también nueva institucionalidad federativa entre nación y provincias, y hacia el interior de cada una. Puede tener un nombre viejo, pero escasamente practicado: “el federalismo cooperativo”, no estaría mal.

El tercer desafío es que se instituya un sistema de políticas que *aprenda*. Para ello es necesario superar el voluntarismo político o planificador, buscando comprender las reales dificultades que enfrenta el sistema. La política de salud que viene, deber ser necesariamente re-inventada.

Bibliografía

- Majone, G., 1989. *Evidence, argument, and persuasion in the policy process*. Yale University Press. Olsen, J.P. and March, J.G., 1989. Rediscovering institutions: the organizational basis of politics. Augsburg AC, Gerlero S, Galende S, Moyano CB. 2013. "La expresión de las desigualdades sociales en la mortalidad infantil. Información epidemiológica en regiones seleccionadas de la provincia de Santa Fe (Argentina)." *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31 (supl 1): S139-S148.
- Báscolo, E. and Yavich, N., 2010. Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Rev Salud Pública (Bogotá)*, 12(1), pp.89-104.
- Báscolo, E., 2008. *Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina*. CEPAL. Belmartino, S., 2005. Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud colectiva*, 1(2), pp.155-171.
- Bloch, C., Godoy, C., Luppi, I., Quinteros, Z. and Troncoso, M.D.C., 1992. Evaluación del programa de atención primaria de la salud en la ciudad de Rosario. In *OPS. Publicación* (Vol. 34). OPS.
- Cohen, E. and Franco, R., 1992. *Evaluación de proyectos sociales*. Siglo XXI.
- Cortez, R. and Romero, D., 2013. Argentina-Increasing Utilization of Health Care Services among the Uninsured Population: The Plan Nacer Program.
- Crenson, M.A., 1971. *The un-politics of air pollution: A study of non-decision-making in the cities*. Johns Hopkins Press.
- DEIS: Programa Nacional de **Estadísticas de Salud** 2013. *Información Básica*. Disponible en www.deis.gov.ar/
- Ertman, T., 1997. *Birth of the Leviathan: Building states and regimes in medieval and early modern Europe*. Cambridge University Press.
- Everitt, B., 2002. *The Cambridge dictionary of statistics/BS Everitt*. New York:: Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Gertler, P.J. and Giovagnoli, P.I., 2014. Rewarding provider performance to enable a healthy start to life: evidence from Argentina's Plan Nacer. *World Bank Policy Research Working Paper*, (6884).
- Haas, P.M., 1992. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International organization*, 46(01), pp.1-35.
- Hsiao, W.C. and Heller, P.S., 2007. *What should macroeconomists know about health care policy?* (No. 7-13). International Monetary Fund.
- Huber, E. and Stephens, J.D., 2012. *Democracy and the left: social policy and inequality in Latin America*. University of Chicago Press.
- Katz, I., 1988. *Salud para todos. Propuesta para organizar un sistema integrado de salud*. *Fundación Argentina Siglo*, 21.
- Le Grand, J. and Wolfson, L., 1998. ¿Caballeros, pícaros o subordinados? Acerca del comportamiento humano y la política social. *Desarrollo económico*, pp.723-741.
- Lukes, S., 2007. *El poder: un enfoque radical*. Siglo XXI de España Editores.
- McGuire, J.W., 2010. *Political factors and health outcomes: Insight from Argentina's provinces*. United Nations Development Programme.
- McGuire, J.W., 2011. Social Policies in Latin America: Causes, Characteristics, and Consequences. *ACSPL Working Paper Series*, 1(1), p.1.
- Medina, J. C. y Nadodowski, 2015. *Estado, Integración y Salud*. FaCEH-Universidad Jauretche-Imago Mundi.
- Menashy, F., 2013. Interrogating an omission: the absence of a rights-based approach to education in World Bank policy discourse. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 34(5), pp.749-764.
- Navarro, M. y Rosenfeld, A. 1993. "El mercado de salud en Córdoba". En Katz, J., y colaboradores. *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Fondo de Cultura Económica.

- Navarro, Mario y Gagliano, Ernesto. Las políticas de la salud y el sector de la atención de la Salud. Editorial Universitas, Córdoba, 2013.
- Pierson, P., 2004. *Politics in time: History, institutions, and social analysis*. Princeton University Press.
- Przeworski, A., 1991. Democracy and the market: Political and economic reforms in Latin America and Eastern Europe.
- Przeworski, A., 1998. Democracia y representación. *Revista del clad Reforma y Democracia*, 10, pp.7-32.
- Rajaratnam, J.K., Marcus, J.R., Flaxman, A.D., Wang, H., Levin-Rector, A., Dwyer, L., Costa, M., Lopez, A.D. and Murray, C.J., 2010. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *The Lancet*, 375(9730), pp.1988-2008.
- Rosenthal, D.B. and Hoefler, J.M., 1989. Competing approaches to the study of American federalism and intergovernmental relations. *Publius: The Journal of Federalism*, 19(1), pp.1-24.
- Sabatier, P.A., 1991. Toward better theories of the policy process. *PS: Political Science & Politics*, 24(02), pp.147-156.
- Spinelli, H., Alazraqui, M., Calvelo, L. and Arakaki, J., 2000. *Mortalidad infantil: un indicador para la gestión local: análisis de la mortalidad infantil en la provincia de Buenos Aires en 1998*. OPS.
- Streeck, W. and Thelen, K.A., 2005. Introduction: Institutional change in advanced political economies. In *Beyond continuity* (pp. 1-39). Oxford University Press
- Terris, M., 1981. *Los tres sistemas mundiales de atención médica*. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Veronelli, J.C. and Veronelli Correch, M., 2004. Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina. Veronelli, J.C., 1973. Centralización^ descentralización organización y atención de la salud en Argentina. *Documento de trabajo. CFI. Buenos Aires*.
- Weible, C.M., Heikkila, T. and Sabatier, P.A., 2012. Understanding and influencing the policy process. *Policy Sciences*, 45(1), pp.1-21.
- Wildavsky, A. and Pressman, J., 1998 [1973]. Implementación: cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland. *Colegio Nacional de Ciencias políticas y administración Pública, AC Fondo de Cultura Económica, México*.
- Ziblatt, D., 2008. Why some cities provide more public goods than others: A subnational comparison of the provision of public goods in German cities in 1912. *Studies in Comparative International Development*, 43(3-4), pp.273-289.
- Zschock, D.K., 1970. Health planning in Latin America: review and evaluation. *Latin American research review*, 5(3), pp.35-56.