

Hacia un cambio en el modelo de gestión pública en Argentina: La problemática sanitaria

Alicia Susana Rovella

Universidad de Belgrano. Dirección postal: Sánchez 2106-C1416BQJ. Buenos Aires-Argentina.
E-mail: rovais@bigfoot.com

Silvio Luis Vaisman

Universidad de Buenos Aires-Argentina. Dirección postal: Sánchez 2106-C1416BQJ. Buenos Aires-Argentina.
E-mail: rovais@bigfoot.com

Romina Andrea Adduci

Universidad de San Andrés. Dirección postal: Vuelta de Obligado 262-(1640) Buenos Aires-Argentina.
E-mail: radduci@arnet.com.ar

Resumen

El presente trabajo ofrece un recorrido por los cambios que los diferentes sistemas de salud en la Argentina fueron sufriendo, sobre todo a partir de la década del 90, como corolario de los vaivenes en la política sanitaria, fruto de modelos de gestión particulares. En consecuencia, presenta un repaso inicial por los antecedentes que llevaron a la gestación de la actual situación sanitaria en Argentina para así plantear cuáles fueron las implicancias que los sucesivos ajustes estructurales de los 90 tuvieron sobre

este sistema. Adicionalmente, pone su énfasis en las relaciones que quedan determinadas entre espacios públicos y privados, así como del tercer sector, y su impacto en el usuario final de estos servicios de salud. Por último, deja también planteado los lineamientos de un modelo de gestión alternativo que permita complementar capacidades entre los diferentes sectores y actores involucrados, en un camino hacia un modelo de equidad e integración social.

Palabras clave: Modelo, gestión, política, salud, integración.

Towards a Change in the Public Management Model in Argentina: The Sanitary Problem

Abstract

This paper offers an overview of changes undergone in health systems in Argentina especially since the decade of the 1990s, and as a corollary of the ups and downs of sanitary policy as a results of private sector models. As a consequence, an initial overview of antecedents that led up to the present sanitary situation in Argentina is presented, in order to propose the implications of subsequent structural adjustments and their effects in the

Key words: Model, management, policy, health, integration.

90s. Also, emphasis is placed on the relations that were determined between public and private space, as well as the third sector, and its impact on the final user of these health systems. Finally the outlines of an alternative management program are proposed which would complement the capacities of the distinct sectors and actors involved, and which would lead to an model of equity and social integration.

Antecedentes: El precio de la salud en Argentina

Los argentinos gastan 20.000 millones de pesos anuales en su sistema de salud, aunque es sabido que con resultados poco satisfactorios. Esta cantidad representa el 7% del PBI o 600 dólares al año por habitante. Es una cifra alta en relación al resto de América Latina, pero baja respecto a lo que gastan los países desarrollados. En Estados Unidos esta cifra llega al 14% y en Canadá al 9,9% del PBI.

El gasto de salud en la Argentina lo financian el Estado y los propios usuarios. El Estado gasta en salud 4.000 millones de pesos, destinados a la atención a través de los hospitales públicos. El resto lo cubren los usuarios a través de dos sistemas: un sistema obligatorio, que es administrado por las obras sociales¹ nacionales y provinciales y el PAMI (Plan Asistencia Médica Integral)², que se financia con aporte de los trabajadores y empleadores. Aquí se cuenta con un pre-

- 1 En la República Argentina se denominan "obras sociales" a las entidades pertenecientes a un sistema de salud que se financia a través de un esquema mixto de aportes por parte de los trabajadores afiliados, más aportes por parte de los empleadores en beneficio de los trabajadores. Estas entidades están administradas por sindicatos o asociaciones agrupadas por ramas de actividad, y el objetivo de estos fondos es prestar servicios de salud a sus beneficiarios.
- 2 Específicamente el PAMI es la obra social que cubre las necesidades de jubilados y pensionados del sistema.

supuesto de 6.700 millones de pesos por año. El otro sistema es voluntario, manejado por empresas de medicina prepaga, mutuales y compañías de salud, y mueven alrededor de 3.500 millones de pesos por año.

Esta estructura está hoy en "proceso de cambio", aunque los alcances del mismo son motivo de una dura polémica entre Gobierno, sindicatos y las empresas de medicina prepaga, en una especie de lucha de todos contra todos.

Dicha reforma ha sido sintetizada en el acuerdo firmado con el Banco Mundial, por el que ese organismo financiaría con 375 millones de dólares la reconversión de las obras sociales y del PAMI; mientras que otros 300 millones los aportaría el gobierno argentino (Cadoppi, 1997). Adicionalmente, se destinarían otros 125 millones con el que se constituirían los hospitales públicos de autogestión.

Con respecto a las obras sociales, el objetivo era sanear el pasivo de las entidades (calculado por encima de los 400 millones) a través de un crédito equivalente a tres veces la facturación mensual y a cambio del compromiso de equilibrar el presupuesto o fusionarse con otras entidades para alcanzar economías de escala. Se estima que de las 280 obras sociales que existían en 1997, cuando el Informe Plan Nacional de Salud fue emitido, quedaban unas 100.

Para facilitar ese proceso se puso en marcha la libre elección de la obra social por parte de los afiliados, en reemplazo del sistema que regía en aquel momento, que asignaba a cada trabajador y su familia la obra social de su rama de actividad. La expectativa del proceso de reforma, era que los

afiliados pasarían a las obras sociales más eficientes, con lo cual muchas se fusionarían, desapareciendo las que no pudieran permanecer en el mercado. Sin embargo, hasta el momento, la afluencia de pedidos de cambio ante la ANSeS (Administración Nacional de la Seguridad Social) no ha sido la esperada.

Por otro lado, el proyecto de reforma preveía un tratamiento diferente con las obras sociales del personal de dirección (ejecutivos y empleados que están fuera de los convenios sindicales tradicionales). Más aún, este segmento de población contaba con beneficios adicionales, dado que sus obras sociales no sólo les ofrecían mejores prestaciones sino que además estas les gestionaban la contratación de un seguro médico privado adicional.

En línea con esto, por medio del envío de un proyecto de ley se ha permitido que las entidades prepagas afilien en forma directa a esa franja de empleados y ejecutivos. Con este cambio se ha buscado abrir un negocio más atractivo en el segmento de los aportes obligatorios a la medicina privada. La contraparte negativa de esto, es que en esta franja se han producido afiliaciones dobles como resultado de la afiliación obligatoria a la obra social de dirección a la que se le suma la adscripción voluntaria a un servicio prepago por parte del afiliado o la empresa.

En consecuencia, se estimaba que con el ingreso a este mercado de las prepagas, se unificarían ambos aportes, generándose un ahorro para el afiliado, quien podría aspirar a un plan de salud superior. ¿Realmente

esto ha sido así? Las obras sociales del personal de dirección argumentan que esta propuesta ha favorecido el encarecimiento de los planes privados, porque pocas entidades médicas privadas han recibido individualmente un caudal importante de afiliados de mayor poder adquisitivo.

La realidad es que la medicina prepaga no tiene ningún tipo de regulación de solvencia económica o médica, y se resiste a ser fiscalizada por el Estado. Sin embargo, el punto es que no todos los actores involucrados en este tipo de discusiones (además de los representantes de obras sociales y empresas de medicina prepaga, se suman legisladores, sindicalistas y empresarios), tienen una posición uniforme respecto al accionar como obras sociales. Si bien los empresarios están de acuerdo en que se abra el mercado de las obras sociales del personal de dirección, muchas empresas no tienen interés en el segmento de las obras sociales sindicales porque el aporte promedio es bajo y el esquema de prestaciones no es el que están acostumbrados a dar a sus afiliados voluntarios.

Es importante destacar, que en Argentina históricamente el hospital público prestó sus servicios en forma absolutamente gratuita y sus recursos surgían de los presupuestos nacional, provincial o municipal. Pero en los hospitales se atienden los que no pueden acceder a ningún otro tipo de servicio, afiliados a obras sociales o los que tienen algún servicio de medicina privada. Con el hospital de autogestión se resolvió arancelar las presta-

ciones y prácticas médicas; y que cuando los afiliados a esas entidades se atiendan en los hospitales, la obra social o la prepaga deberá resarcir al hospital público por las prestaciones efectuadas, a través de un débito automático.

El interrogante es qué pasará si la medicina privada actúa como obra social. Aunque los sindicatos no quieren esto ocurra, lo cierto es que en salud ambos trabajan juntos. Muchas obras sociales sindicales brindan la atención médica de sus afiliados a través de prestadores médicos de las prepagas. Con la desregulación, se han ampliado significativamente las alianzas de las obras sociales con las prepagas. Muchos sindicatos publicitaron esos acuerdos como una forma de atraer afiliados de otras obras sociales. Incluso algunos contrataron el gerenciamiento de sus obras sociales con consultoras de salud privadas.

Implicancias del ajuste estructural en los servicios sociales

En un contexto generalizado de reforma del Estado en los años 80, la Argentina se ocupó durante casi una década de sólo uno de los tres problemas específicos para un proyecto de reformulación estatal completo: la consolidación democrática; dejando postergada para los 90 la necesidad de retomar el crecimiento económico, y teniendo todavía pendiente la cuestión de la reducción de la desigualdad social.

Si bien no puede aceptarse la idea de una distribución igualitaria del ingreso, el Estado no puede encogerse en una era caracterizada por la supre-

macía del consumo. En este sentido, la problemática sanitaria no es en el fondo más que un problema político y económico, es decir un proceso de toma de decisiones sobre recursos escasos.

Para la Argentina consideramos que el panorama es bastante negativo, ya que demuestra la existencia de una no-planificación. Entre las razones citables, es indudable que el fraude en el sector privado y la corrupción pública afectan las decisiones de inversión e inducen a una mala productividad de los recursos, generando sobre-costos que encarecen los bienes y servicios públicos y privados.

La primera respuesta esbozada a los fines de la reactivación económica fue de signo neoliberal conservador, y se centró en restablecer el equilibrio fiscal y equilibrar también la balanza de pagos. Sin embargo, la llamada Primera Generación de Reformas sólo se orientó a la reducción del tamaño del Estado, dejando el equilibrio antes mencionado librado al dominio total del mercado.

Si bien estas reformas contribuyeron a la apertura económica, vaciaron en gran medida el lugar del Estado, perdiendo éste su rol de instrumentador fundamental hacia un desarrollo económico, político y social integrado. En otras palabras, el diagnóstico post-ajuste nos muestra a un Estado vaciado de sus capacidades estratégicas, sobre todo de regulación, ya que, como consecuencia del proceso de privatización de las empresas estatales, el Estado perdió una buena parte de sus recursos, sin haber generado simultáneamente un entorno adecuado al aumento de la competitividad en el sec-

tor privado, propiciando la tendencia al monopolio en detrimento de la libre elección del ciudadano, en tanto usuario de bienes y servicios.

Considerando además la transferencia en el área de servicios que representan el núcleo de los deberes del Estado para con el ciudadano, especialmente en áreas como salud y educación, a los ámbitos de incumbencia provincial, cabe destacar que éstas se vieron significativamente desarticuladas, como consecuencia de la falta de recursos y competencia en las administraciones provinciales para llevar adelante estos servicios (Martínez Nogueira, 2000). El área social fue en definitiva la más perjudicada por esta transferencia de ejecución de políticas sociales a las provincias, con el objetivo de reducir las áreas de incumbencia de la administración central.

Lo que sucedió entonces con la primera ola de reformas fue consecuencia de la urgencia fiscal del Estado, que implicó un cambio en las relaciones de propiedad de los activos públicos, que finalmente conspiró en contra de la formación de organismos regulatorios capaces de controlar el poder de mercado de las nuevas compañías, y contra la promoción de políticas de estímulo de la competencia, lo cual no hace más que reflejar el déficit de larga data en las capacidades institucionales del Estado.

Esta combinación de ajuste estructural con expansión económica tuvo también su contrapartida para los estratos de bajos ingresos, que fueron los más perjudicados en términos de empleo; y para la clase media, en cuyo presupuesto cobran gran importancia

los servicios, ya que tuvo que hacer frente al encarecimiento de los servicios privados -en especial salud y educación- y de los servicios públicos privatizados. Hasta este punto, entonces, no se puede hablar de “políticas” sino más bien de “mecanismos” de compensación del ajuste estructural, especialmente en el ámbito social, ya que no fueron sino efectos indirectos de las decisiones macroeconómicas.

Ya hacia fines de los 90, los efectos secundarios del ajuste pasaron a primer plano, y términos como recesión, desempleo, desvalorización de la clase media, déficit en salud, educación, seguridad social, etc., empezaron a ser acuciantes en la sociedad civil, generando un pesimismo colectivo que llevó a cuestionar el proyecto de hegemonía política y liberalización económica del poder.

Si bien en este punto la democracia estaba consolidada y las medidas que comprendieron el proceso de ajuste abrieron el camino de salida de la crisis económica, persiste aún un tercer factor determinante de la sustentabilidad de un proyecto de reformulación estatal: La cuestión de la inequidad social y el déficit de “enraizamiento” del Estado en la sociedad civil.

El hecho de que después de diez años la reforma no se haya dado de forma completa responde en gran medida justamente a que las implementadas hayan sido en función de los problemas apremiantes de la aguda crisis económica, lo cual no dejó margen a una planificación estratégica de

políticas anti-cíclicas y redistributivas.

Por otro lado, esto a su vez incrementó la pérdida de capacidades estatales, quedando el Estado vaciado y de alguna manera aislado de la sociedad, y más cerca de los agentes económicos internacionales. Esto socavó las bases de la ciudadanía y desarticuló toda perspectiva de coalición política- social- económica, dejando a la sociedad sin respuesta ante un Estado que ya no cumple con sus deberes fundantes.

En otras palabras, lo que se ha llevado a cabo en términos de cambios en la gestión del Estado argentino, es una “reforma hacia adentro” del Estado (en especial a partir de la reforma constitucional en 1994 que conllevó la redefinición estructural y funcional al interior del gobierno), lo cual se puede alinear con objetivos de coherencia interna, necesaria para alcanzar la autonomía enraizada que se pretende como rol para el Estado.

Por lo tanto, queda aún abierta la cuestión de la conectividad externa a partir de una “reforma hacia afuera” que lleve a la conformación de un Estado red, y que lo instale así en el lugar de iniciador, activador y regulador del cambio, a través del fortalecimiento de coaliciones que se instituyan en rutas de acceso y canales institucionales que representen las demandas de la sociedad civil, en especial de aquellos sectores más necesitados de los servicios sociales que el Estado debe brindarles.

**La problemática Sanitaria,
¿servicio público o negocio
privado?**

El sector sanitario es un claro ejemplo de la necesidad de una relación más fluida entre el Estado y la sociedad, ya que reúne diversos actores y elementos tales como grupos de presión, interés, relaciones individuales, factores ecológicos, organizaciones complejas, tecnología avanzada, problemática psicológica y familiar, etc. Pero fundamentalmente, su importancia recae en el hecho que los cambios sociales que conducen a una estructura desarrollada hacen que el nivel de salud pase a depender en mayor medida de los cambios producidos en última instancia de la estructura política.

En base a esto se puede considerar al sistema sanitario como un sistema de relaciones de poder (Meny, Thoenig, 1990); esfera de intereses políticos concretos de grupos de presión; un sistema de control social (Twaddle, 1994)³; un sistema de desarrollo biomédico, y un conjunto de mecanismos de distribución de recursos escasos. En consecuencia, debemos partir de la idea que conviene analizar los Sistemas Sanitarios como procesos de mantenimiento y mejora del nivel (y distribución) sanitaria en una población dada.

Llama la atención la aparente estabilidad de las desigualdades sanita-

rias en la población. La distribución de los servicios y personal sanitarios no es suficiente para un análisis adecuado de la planificación sanitaria; es necesario tener en cuenta, además, la utilización de los servicios sanitarios y explicar las diferencias entre su utilización real y potencial. Aún no se ha podido conseguir un sistema sanitario capaz de reducir efectivamente las diferencias de salud dentro de la población, ya que la mayoría de los problemas en este sector provienen de la translación de un modelo de mercado al sector sanitario.

Los problemas del sector sanitario no son estrictamente problemas de recursos o de desarrollo, sino de distribución, o problemas políticos. Así, la clase social es la variable más importante para explicar la incidencia, tratamiento y recuperación de las enfermedades.

Una de las cuestiones más relevante es que los planes sanitarios suelen ser "indicativos". Esto significa que sus objetivos son obligatorios para el Estado pero no para el sector privado. Esta situación dificulta cualquier reforma; parece como si los políticos estuvieran más interesados en la definición de los objetivos (las políticas) que en su realización. Los informes gubernamentales tienden a ser meras descripciones de la estructura actual y de los objetivos logrados, con muy poca crítica acerca de los problemas y la

3 El punto está originado en una definición más sociológica de salud y enfermedad: "enfermedad explícitamente designada como una forma de conducta no desviada. Desde esta perspectiva, el sistema de cuidado médico es un sistema de control social".

falta de coordinación del sistema. Debido a esto es casi imposible obtener una medida precisa de la eficacia del sistema sanitario. La realidad muestra que los recursos tienden a estar centralizados y distribuidos no democráticamente.

Históricamente, la producción de salud se ha debido, sobre todo, a una política, es decir, a una toma de decisiones, que podríamos denominar de “prevención primaria”, esto es, a la reducción de los problemas básicos de salud pública, como agua corriente, salubridad o vacunaciones masivas.

Resueltos estos problemas, los cambios adicionales en el nivel de salud de la población son producidos por el crecimiento de un sector de profesionales y especialistas médicos y por un proceso de comercialización de los servicios médicos. Traspasados estos estadios, la organización y planificación sanitaria, en suma, el desarrollo de un sistema sanitario complejo; es un factor decisivo para explicar el nivel cualitativo y cuantitativo de salud de una población. Esta es la etapa de “prevención secundaria”. Es así, como la estructura de servicios sanitarios puede llegar a ser la variable independiente que define el nivel de salud de la población en mayor medida que el crecimiento económico o el grado de urbanización (Babson, 1992).

Lo que se observa en la articulación de actores de interés y presión en la problemática sanitaria argentina es que la influencia de los grupos de presión médicos es escasa a la hora de conseguir servicios sanitarios de calidad e igualitarios, bien porque estos

grupos estén principalmente bajo el control del Estado, o porque los servicios de la elite médica estén orientados hacia las clases dominantes, o porque el rol de esta elite no es estrictamente la de asistencia sanitaria global de la población.

Adicionalmente, existe en la Argentina una mala distribución geográfica de los recursos sanitarios, incluidos los propios médicos, sumado a una absoluta inexistencia de coordinación hospitalaria real (excepto en los papeles) y los intereses privados de la profesión médica y la industria farmacéutica están protegidos contra un control eficaz de precios y calidad de la asistencia médica.

Pero lo más notorio en la problemática sanitaria que estamos analizando es que la existencia de una organización bicéfala (pública y privada) crea diferencias entre las clases sociales y un problema coyuntural particular en la clase media, la cual obtiene actualmente la peor medicina privada y pública. Abonando a lo expuesto anteriormente, la mayor parte de la asistencia médica se concentra en las grandes urbes: esto no sólo introduce diferencias de clase social, sino aparatosas desigualdades según estratos de urbanización y regiones.

De aquí surge un enunciado interesante: El acceso de la población a los servicios sanitarios es inversamente proporcional a sus necesidades.

Una gestión de equidad e integración social

La reforma sanitaria debe apuntar a cubrir las necesidades del número absoluto de aquellos que no pueden

acceder a los sistemas de salud sino es por medio de los servicios públicos que el Estado brinda. De hecho, es un deber del Estado recuperar su rol iniciador y regulador de las políticas sanitarias, entendiendo cuáles son los espacios que deja desatendidos, y cuáles son sus deficiencias y debilidad de capacidades en este ámbito.

Por lo tanto, la reformulación estatal debe dirigirse hacia la construcción de las capacidades necesarias para que la reforma sea viable. En este marco, también cobran significación otros actores tales como agentes privados económicos, ONGs, etc., quienes asumen un rol activo en la definición de objetivos y beneficiarios de las políticas públicas de salud, planificación y desarrollo de las mismas, en tanto canales de acceso institucional, mediando justamente entre Estado y la ciudadanía.

En este sentido, cabe destacar que la gestión pública no es sólo una cuestión de capacidad de gestión, sino que inevitablemente se trata de capacidades políticas, las cuales determinarán a su vez las condiciones de gobernabilidad del Estado. En otros términos, todos estos objetivos requieren de una condición fundante: la voluntad política que logre reunir el impulso reformista con las condiciones de gobernabilidad necesarias para los objetivos planteados (Kettl, 2000).

Por lo tanto, para lanzar, sostener e implementar una estrategia de reforma se requiere de una autoridad política centralizada que permita establecer un alto nivel de consenso sobre los objetivos y funciones del Estado, y que pueda mantener este consenso a largo

plazo para superar los problemas de temporalidad y darle continuidad a la reforma.

Se requiere además de líderes capacitados, tanto en la cúpula política como en la administrativa, y una considerable capacidad organizacional para planear y llevar adelante los detalles operacionales de la reforma, para responder a las contingencias y asegurar la inclusión de nuevos conocimientos y habilidades en la fuerza de trabajo del sector sanitario.

En este aspecto, las capacidades institucionales básicas establecen un piso de objetivos y metas concretas del Estado, en relación a la gestión en políticas de salud. Esta base permitirá contrastar las funciones definidas del Estado con sus capacidades de gestión efectivas. En otras palabras, el análisis de la capacidad de gestión sanitaria permite, a partir de un diagnóstico de la situación presente, complementar la postulación de lo que el Estado tiene que hacer. Lo que se pretende es hacer corresponder las funciones definidas con las capacidades reales en base al escenario empírico, a través de un mapeo de vínculos entre las distintas organizaciones que integran la red, así como su coordinación de acciones con el Estado para satisfacer las demandas de la ciudadanía.

Ahora bien, este mapeo debe llevarse a cabo a partir de procedimientos diferenciados en las diferentes dimensiones para determinar las brechas de capacidad en cada nivel y cómo se articulan las secuencias institucionales. En este aspecto, es fundamental una alta discrecionalidad en ciertos operadores ya que, al combi-

narse en la formulación de políticas lo macro de la estrategia con lo micro del impacto, el análisis de viabilidad en las distintas dimensiones se ve condicionado por factores externos y actores estratégicos involucrados.

El seguimiento de la metodología que se está planteando permite identificar los distintos tipos de brechas que pueden manifestarse en este proceso:

- Las *brechas político-institucionales*, relacionadas al marco normativo (gobierno, Constitución, reglamentación, legislación, etc.) que constituye el telón de fondo dentro del cual las políticas sanitarias deben ser articuladas.
- Las *brechas de relación interinstitucional* que se dan a partir de la falta de atención a la delimitación del universo institucional y distribución de responsabilidades en la fase de implementación de una política pública.
- Las *brechas de organización interna* en la definición de un rol y un mandato, y organización de los recursos disponibles para alcanzar eficientemente los resultados esperados.
- Las *brechas en políticas de personal y sistema de recompensas*, consecuencia de prácticas de patronazgo político y/o clientelismo y/o crecimiento desordenado de burocracias paralelas.
- Las *brechas de habilidades*, cuando el personal involucrado no tiene la competencia sufi-

ciente para llevar a cabo las políticas (Palermo, 1998).

Hasta aquí se puede reconstruir la visión intraestatal (política y administración) pertinente para el seguimiento de los detalles operacionales de la reforma que se busca en el campo de la salud.

Ahora cabe analizar la importancia de una forma pública no estatal para ejecutar servicios de salud garantizados por el Estado, para contrarrestar la crisis del modelo de gestión burocrática y las modalidades más eficientes que exige la globalización. De hecho, este sector promueve formas de control social directo sobre la administración pública y el Estado, cerrando de esta manera el triángulo entre las dimensiones política, administrativa y ciudadana fundamentales en el proceso de políticas públicas de salud, mediando también en la provisión de servicios entre el Estado y el mercado.

En este marco, el trabajo de Luiz Bresser Pereira y Nuria Cunill (Bresser Pereira y Cunill Grau, 1998) nos lleva entonces a reflexionar sobre la relevancia del llamado "tercer sector" como un espacio de la democracia participativa o directa, es decir, de la participación ciudadana en los asuntos públicos. La injerencia de este sector es especialmente significativa en el ámbito de salud, ya que ésta no es una actividad monopolista y puede ser realizada competitivamente y controlada con el apoyo financiero del Estado, de manera de lograr una ampliación de los derechos de salud de los ciudadanos.

En estos términos, la definición y consideración de lo público no estatal

termina con la dicotomía tradicional entre Estado y sociedad civil, abriendo la problematización de la institucionalidad en pos de la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población.

En los tiempos que corren es cada vez mayor la concientización de que la institucionalidad actual reproduce las desigualdades económicas y sociales, incrementando la exclusión en términos de políticas sustantivas, yendo incluso en contra de los intereses de las minorías y erosionando los derechos republicanos. De aquí la importancia creciente del concepto de accountability como elemento fundamental para el control social directo sobre la esfera pública estatal, además de principios como la solidaridad, el compromiso, la cooperación voluntaria, etc.

Lo que propone la determinación de un sector público no estatal para el área de salud es, además del establecimiento de una instancia de prestación de servicios, la generación de una conciencia de defensa de valores colectivos que refuerce la cultura política e integre la ciudadanía como cuerpo político para el ejercicio del control social, con lo cual se hace relevante la capacidad de autodeterminación en estos ámbitos públicos de interrelación social.

Se puede considerar entonces a las organizaciones públicas no estatales formadas por grupos de ciudadanos de la sociedad civil, como entidades originalmente privadas cuyo funcionamiento actual se caracteriza por una racionalidad extramercantil, extracorporativa y extrapar-

tidaria; es decir, organizaciones independientes de la lógica de los otros ámbitos que constituyen el Estado, pero a la vez interfase de articulación y coordinación social, cuya conformación depende en gran medida de la construcción de lazos de solidaridad y del aumento de los niveles de auto-organización social.

Recapitulando sobre los beneficios del establecimiento de este tercer sector desde el punto de vista de la prestación sanitaria, se puede destacar la pluralización de la oferta de los servicios de salud, la flexibilización y desburocratización de la gestión que permite obtener prestaciones adaptadas a los públicos concernidos, y la responsabilidad de los dirigentes y participantes por la organización. En definitiva, "el fundamento último del refuerzo de lo público no estatal es la construcción de ciudadanía en su dimensión material y política... (lo cual) requiere expresarse en una redistribución del poder político y social" (Bresser Pereira y Cunill Grau, 1998).

Las perspectivas de articulación de estas esferas determinarán, en este contexto, la consecución de un proceso de reforma global del Estado a través de la redefinición de la institucionalidad que regenerará y reforzará el concepto de ciudadanía, redefiniendo a su vez la cultura política.

En definitiva, todo proceso de reforma lleva a pensar en la reformulación y recuperación de los valores clásicos tales como el carácter profesional y especializado del aparato administrativo, una orientación hacia la participación social efectiva que resuelva los problemas de apropiación

privada de los recursos públicos, fomenta la responsabilización por las acciones y promueve cambios culturales en los valores y percepciones de aquellos que entran en el juego.

En consecuencia, el diagnóstico esbozado permite establecer que existe un problema que excede cualquier cuestión sanitaria puntual, y que para resolver hay que apuntar directamente al déficit de equidad e integración social. A estos fines, debe reforzarse sustancialmente la relación principal-agente en su forma de responsabilidad, en especial en lo que concierne a la dimensión de accountability horizontal, en tanto capacidad de la ciudadanía de monitorear el desempeño de sus representantes y hacerles llegar sus demandas a través de los canales de acceso institucional que les proporcionan las organizaciones del tercer sector, las cuales se instituirán a su vez en encargadas de la ejecución de las políticas.

Esto remite a un enfoque para el diseño de políticas donde el flujo del ciclo se inicie en los beneficiarios, quienes tendrán la posibilidad de definir sus necesidades y, de alguna manera participar en el proceso que llevará a la satisfacción de las mismas. A su vez, esto implica que la definición de los objetivos de las políticas se realizará en base a un monitoreo sobre la población objetivo, a cargo de representantes de organizaciones del tercer sector que canalizarán estas demandas y las elevarán al ámbito político para su planificación.

En un área como la salud, donde las políticas son más selectivas, heterogéneas y centradas en la diversidad de

requerimientos específicos, parece adecuado inscribir a las organizaciones encargadas de ejecutarlas dentro de un modelo profesional donde se otorgue a los funcionarios una importante capacidad decisoria, se descentralicen las tareas y se gobierne directamente sobre las estrategias y las operaciones. En este ámbito, el hospital de autogestión constituiría un claro ejemplo.

En otras palabras, se trata de un modelo donde las actividades son claramente definidas, aunque su desempeño queda librado a la discrecionalidad y conocimiento de los operadores; mientras que al mismo tiempo la forma en que se ejecutará la política se flexibiliza, dependiendo de la legitimidad que le adjudican los destinatarios de la misma, lo cual promueve una gran interacción. Lo que se programa en este caso es la oferta de servicios y las metas a alcanzar, mientras que las cuestiones puntuales y cotidianas se ajustan de acuerdo a la situación que se presenta.

De aquí la importancia de la delegación de capacidad decisoria al nivel más cercano a la población objetivo, y de la participación social para anticipar la demanda de servicios y realizar un diagnóstico ex ante que reduzca la incertidumbre del proceso, regulando también los niveles de atención más eficientes. Siguiendo esta línea de pensamiento, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha definido la efectividad de un servicio sanitario como las medidas en que este servicio lleva a cabo sus objetivos (OMS, 1992).

Es por eso que este tipo de modelo requiere la movilización de los actores

sociales con el fin de incentivar la adopción de conductas adecuadas a la naturaleza de las actividades que se promueven o regulan, y potenciar así los recursos organizacionales, políticos y económicos al servicio de las estrategias de producción de servicios.

En este contexto, el Estado deberá contar con capacidades especiales de política (voluntad y compromiso de gestión), control del cumplimiento del marco normativo, regulación y transferencia de recursos, siendo el responsable último de la coordinación. En este orden, el Estado deberá evitar la sectorialización, integrando la territorialidad por medio de una planificación local, otorgando gran autonomía y capacidad decisoria a las organizaciones responsables de estas políticas sanitarias, en un doble proceso de transferencia e integración.

Tomando como casos de estudio un área como salud, se propone descentralizarla en unidades corporativas por tipo de servicios. A su vez, las distintas unidades conformarán una red de organizaciones, que se constituirá en la unidad de análisis -organización focal-, facilitando así el monitoreo y evaluación de las actividades de la misma, diferenciando el entorno percibido por la organización, el cual determinará el contexto relevante como ámbito en el que se llevarán a cabo las transacciones necesarias para la ejecución de las políticas.

La asignación de la partida presupuestaria para políticas de salud se realizará a un departamento central de provisión en la organización focal, el cual a su vez destinará los fondos correspondientes a cada unidad para

su ejecución. La provisión competitiva se asegurará a través de contratos a plazos determinados que expliciten los estándares de ejecución, objetivos, target de población beneficiaria, etc, así como también los criterios públicos para la evaluación del desempeño.

De esta manera, se promueve la propiedad compartida o la no propiedad, lo cual incidirá positivamente en la motivación de servicio, la calidad de las prestaciones y el estímulo de la competencia, conformando una ampliación de la gama de alternativas de atención sanitaria que fomentan la elección del usuario sobre una pluralización de la oferta y la desburocratización de la gestión.

Cabe señalar que a los fines de asegurar la amplitud de participación y la eficiencia del modelo, resulta pertinente la inclusión de distintos tipos de actores en esta red (estatales- no estatales, nacionales-provinciales-municipales) de manera de conformar un espacio de toma de decisiones colectivas en torno a temas específicos, determinando la dependencia recíproca de los participantes, sobre todo en lo que se refiere a la obtención de recursos.

Sin embargo, es en este aspecto de suma importancia, la correcta y minuciosa definición de los participantes de la red, la autolimitación de cada actor, el respeto por los intereses de otros actores y la reciprocidad del juego estratégico que lleve a una convivencia pacífica y a la democratización de las decisiones públicas, en un marco de articulación vertical (unidad supra-proyecto) y horizontal (entre las unidades integrantes de la red).

De esta manera, se evitaría el bloqueo en la toma de decisiones, la externalización de los costos a terceros no participantes de la red, y el sesgamiento de la visión del todo a la hora de la planificación estratégica. Por otro lado, la cuestión de la temporalidad puede superarse con un alto nivel de consenso sobre los objetivos de las políticas y las funciones de la organización, articulando así la voluntad política del gobierno, el compromiso de gestión de los funcionarios y la participación de la ciudadanía, en base a un afianzamiento de la cultura política.

El Cuadro 1, resume los actores intervinientes en cada una de las dimensiones del modelo de gestión que se propone, así como los requisitos y atributos para la coordinación de las dimensiones política, organizacional o administrativa y social o ciudadana.

Por lo tanto, el grado de participación e inclusión del modelo está dado por un “doble empowerment”, a través de la gran incidencia de la ciudadanía en la fase de formulación de políticas en términos de definición de demandas, una delegación de capacidad decisoria en la organización tanto por parte de los ciudadanos como de la autoridad política, y accountability también en el sector público no estatal para la implementación de la política con el agregado de la planificación participativa ciudadana.

Esquemáticamente, este empowerment se produce en forma dinámica con una doble direccionalidad, que es ascendente en la fase de formulación para tornarse luego descendente en la fase de ejecución (Gráfico 1).

Se promueve así una gestión por resultados basada en una visión global del problema, una coherencia con el aparato normativo, la evaluación a través de un tablero de control del cumplimiento de objetivos y autonomía en el manejo de los recursos. A estos fines, se lleva a cabo un análisis de las capacidades en cada nivel organizacional con el fin de medir las posibles diferencias entre los resultados esperados y los obtenidos, a través de un mapeo de vínculos entre los diferentes actores estatales, no estatales, ciudadanía, intereses privados, incentivos, tecnologías, etc.

De esta manera, se acota el campo de ejecución del proyecto sanitario, identificándose a los actores relevantes con sus respectivas racionalidades, lo cual facilita la tarea de anticipar sus comportamientos, sus potenciales conflictos y las relaciones de cooperación, a través de un análisis situacional.

Por este medio, se logra también el control y la mayor transparencia a través de costos y de contribuciones. Las metas que se fijan son en relación a los impactos sobre la sociedad, lo cual implica un monitoreo permanente y contrafáctico de los resultados en términos de indicadores de costos y relaciones con el medio, tanto a nivel del organismo ejecutor -como instrumentador del proceso-, como a nivel de la administración central en su función de reguladora del marco normativo en que las políticas se llevan a cabo.

Por consiguiente, este modelo requerirá de un cuidadoso análisis de las cualidades de conducción y atributos del sistema para delimitar clara-

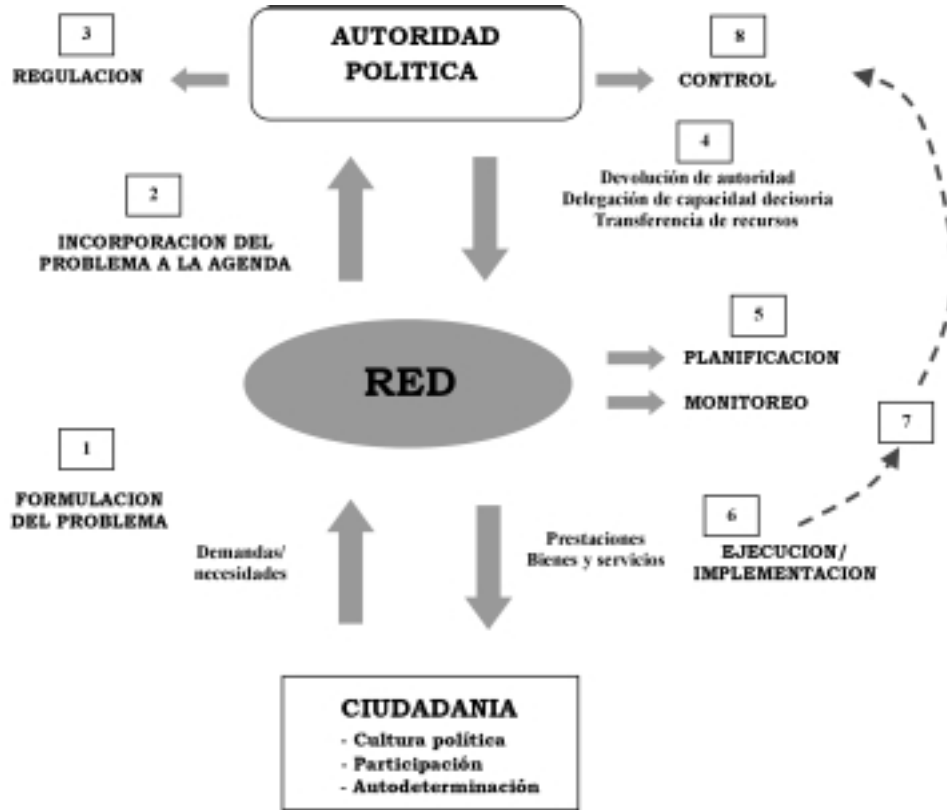
Cuadro 1

Actor	Atributo	Coordinación
Autoridad Política (Ministerio de Salud Pública y Acción Social)	<ul style="list-style-type: none"> * Regulación * Control * Voluntad política * Accountability horizontal 	<ul style="list-style-type: none"> * Generación de consenso (governabilidad) * Devolución de autoridad (descentralización) * Delegación de capacidad decisoria * Transferencia de recursos
Organización Focal/ Red (Sector público no estatal)	<ul style="list-style-type: none"> * Racionalidad extramercantil, extrapartidaria, extracorporativa * Compromiso de gestión * Competencia profesional * Diferenciación funcional * Discrecionalidad en el manejo de recursos * Planificación estratégica * Dependencia recíproca * Accountability societal 	<ul style="list-style-type: none"> * Diagnóstico ex ante * Canales de acceso institucional * Articulación/ integración * Espacio de democratización de decisiones colectivas * Ejecución * Evaluación/ monitoreo
<ul style="list-style-type: none"> * Administración presupuestaria central * Unidades corporativas por tipo de prestación: <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Atención secundaria • Prevención * Tipos de actores intervinientes: <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios públicos de carrera • ONG's • Actores económicos privados • Actores nacionales, provinciales, municipales • Ciudadanos de la sociedad civil 		
Ciudadanía (Sociedad civil) Beneficiarios de políticas	<ul style="list-style-type: none"> * Solidaridad * Cooperación voluntaria * Participación * Cultura política * Autodeterminación social 	<ul style="list-style-type: none"> * Planteo del problema/ necesidades (formulación) * Delegación de representación * Control social directo * Legitimación y consenso

mente la función de definición de objetivos de la gestión administrativa, lo cual remite una vez más a las cuestiones de calidad institucional más que a las de diseño organizacional.

Son justamente estas cuestiones las que determinarán una gestión autónoma, dinámica, sustentable y factible, combinando la coherencia organizacional sustentada por la genera-

Gráfico 1



ción de apoyos políticos, la orientación de recursos privados a intereses colectivos, las instancias de mediación que cierran la brecha entre sociedad y Estado, resolviendo los conflictos de inequidad social, determinando así su enraizamiento y conectividad externa.

**Política sanitaria:
factura pendiente**

¿Cómo traducir en términos de factibilidad el modelo de gestión propuesto? A partir de todo lo que se ha venido discutiendo en el presente

trabajo, es evidente la necesidad de impulsar desde la máxima conducción del sector un modelo de eficiencia y rentabilidad propio de la actividad privada, que incluya la autogestión, el autofinanciamiento y la reorganización de la planta profesional con criterios empresariales más flexibles. La cantidad de médicos que un país necesita debe estar en función del sistema sanitario que se pretenda, con determinados estándares de calidad y cobertura amplia del conjunto de la población.

Cabe entonces hacer una consideración final a lo planteado que iría más allá de definir un modelo de gestión. Se trata de repensar el lugar y función del Estado para instituirlo en “agente iniciador e instrumentador de los programas de ajuste” (Evans, 1996: 530).

Esto remite al concepto de autonomía enraizada que postula Peter Evans, el cual se compone de dos elementos centrales. Por un lado, la *coherencia interna* que refiere a ciertos preceptos del modelo weberiano en cuanto a las capacidades institucionales intraestatales (“espíritu de cuerpo”, acceso meritocrático, reglas y procedimientos, etc.).

Por otro lado, la *conectividad externa* implica pensar la capacidad de gestión pública como superadora de la capacidad estatal en sí misma, como instancia de relación con la ciudadanía, la generación de apoyos políticos, la orientación de recursos privados hacia intereses colectivos, la resolución de conflictos de equidad social, la construcción de interlocutores o mediadores entre Estado y sociedad que articulen las áreas de políticas públicas con sus beneficiarios, en especial en aquellos grupos o sectores que no tienen la fuerza suficiente para elevar sus intereses a las áreas de toma de decisiones. En otras palabras, este ámbito refiere más a la coordinación de las reglas informales que reflejan la estructura político-social.

La atención de la salud hoy se encuentra atomizada en una cantidad de hospitales municipales, provinciales, de colectividades, mientras el Estado y el sector privado mantienen

complejas y desmembradas redes de servicio. La imprescindible mejora del sistema sanitario argentino exige, en tal sentido, el diseño de estrategias globales que, obviamente, son responsabilidad de la conducción política. Pero también requiere la participación consensuada de los sectores directamente involucrados, que deberán llevarla a cabo poniendo en juego su saber profesional. De lo contrario, difícilmente se logren resultados satisfactorios para la población asistida.

Referencias Bibliográficas

BABSON, J. **Healthcare delivery systems: a multinational survey**. Editorial Pitman Medical. New Jersey. 1992.

BRESSER PEREIRA, Luiz y CUNILL GRAU, Nuria. “Entre el Estado y el mercado: lo público no estatal”. En: **Lo público no estatal en la reforma del Estado**. Bresser Pereira, Luiz y Cunill Grau, Nuria. Buenos Aires, Paidós. 1998.

CADOPPI, Norma. **Informe Plan Nacional de Salud**. Buenos Aires, Ministerio de Salud. 1997.

EVANS, Peter- “El Estado como problema y como solución”. En: **Desarrollo Económico**. Volumen 3, Nro. 140. Buenos Aires, enero-marzo. 1996.

KETTL, Donald. **The global public management evolution: a report on the transformation of governance**. Brookings. Washington. 2000.

MARTINEZ NOGUEIRA, Roberto. **La gestión pública: del diálogo crítico a la diversidad**. Buenos Aires. 2000.

MENY, Yves y THOENIG, Jean Claude. **Las políticas públicas.** Editorial Ariel. Barcelona. 1990.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estadísticas de los servicios de salud y sus actividades.** Ginebra. 1992.

PALERMO, Vicente. **Estudio sobre el Estado en Argentina.** Documento de Trabajo Nro. 1. Fundación Carlos Auyero. Buenos Aires. 1998.

TWADDLE, A. **The concept of health status.** Social Science and Medicine. 1984. Vol. 8. Nbr. 9, 30 p.