

## *DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD: MARCO CONCEPTUAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN ARGENTINA*

Nebel Silvana Moscoso <sup>1</sup>  
Romina Modarelli <sup>2</sup>

### ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| Resumen . . . . .   | 155 |
| Abstract . . . . .  | 156 |
| Introducción . . . . .  | 156 |
| Antecedentes Conceptuales . . . . .                                     | 156 |
| Desarrollo: Evolución del caso Argentino . . . . .                      | 160 |
| Descentralización en Argentina: políticas públicas en los '90 . . . . . | 161 |
| Transferencias de Hospitales . . . . .                                  | 162 |
| Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD) . . . . .            | 162 |
| Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS) . . . . .            | 163 |
| Plan Remediar (PR) . . . . .  | 164 |
| Seguros Provinciales de Salud (SPS) . . . . .                           | 164 |
| Conclusión . . . . .  | 165 |
| Referencias bibliográficas . . . . .                                    | 166 |

### RESUMEN

Ciertos sistemas de salud enfrentaron dificultades para garantizar equidad y eficiencia en la asignación de recursos, generando procesos de reformas con políticas de descentralización. Argentina incorporó entre sus reformas: transferencia de hospitales nacionales a niveles subnacionales, implementación de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, Estrategia de Atención Primaria de la Salud, Plan Remediar y Seguros Provinciales de Salud.

El objetivo del trabajo consiste en analizar dichas políticas públicas desde los enfoques económico y administrativo de la descentralización.

La metodología consistió en: revisión del marco conceptual de la descentralización, análisis histórico de la descentralización en Argentina, descripción y análisis conceptual de las políticas públicas implementadas en los '90.

---

1 Licenciada en Economía, Doctora en Economía, Profesora de Economía de la Salud, Universidad Nacional del Sur – Departamento de Economía, Investigadora Asistente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Bahía Blanca – Provincia de Buenos Aires; e-mail: [nmoscoso@criba.edu.ar](mailto:nmoscoso@criba.edu.ar); [nmoscoso1@gmail.com](mailto:nmoscoso1@gmail.com)

---

2 Licenciada en Economía, Universidad Nacional del Sur – Departamento de Economía, Bahía Blanca – Provincia de Buenos Aires; e-mail: [rominamodarelli@yahoo.com](mailto:rominamodarelli@yahoo.com)

En todos los casos las políticas implicaron transferencia de responsabilidades administrativas hacia los niveles subnacionales con procesos de delegación y devolución. Desde lo económico las medidas priorizaron la satisfacción de demandas regionales transfiriendo responsabilidades de provisión, financiación y aseguramiento de bienes y servicios.

*PALABRAS CLAVE:* DESCENTRALIZACIÓN, POLÍTICAS PÚBLICAS, SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

#### ABSTRACT

Some health systems faced difficulties to ensuring equity and efficiency in resource allocation have generated processes reforms including decentralization policies. Argentina implemented: Decentralization of Public Hospitals, Strategy Primary Health Care, Plan Remediar and Provincial Health Insurance.

The aim of this work is to analyze the decentralization policies since the economic and administrative approaches.

The methodology included: a review of the conceptual framework of decentralization, historical analysis of decentralization in Argentina, description and conceptual analysis of public policies implemented in the '90s.

In all cases involve policies transfer of administrative responsibilities to subnational levels with the incorporation of the processes, delegation and devolution. From the economic standpoint, the measures prioritized regional demands satisfaction, through the transfer of responsibilities for provision, financing and assurance of some goods and services.

*KEY WORDS:* DECENTRALIZATION, PUBLIC POLICIES, ARGENTINE HEALTH SYSTEM

## INTRODUCCIÓN

Las dificultades observadas en los sistemas de salud de diferentes países en vías de desarrollo para ofrecer los servicios con equidad en la atención y eficiencia en la asignación de recursos, han generado en las últimas décadas una serie de reformas entre las cuales se encuentran las políticas de descentralización, implementadas bajo el argumento de acercar la provisión de los servicios a las demandas locales/regionales mejorando el impacto redistributivo de los recursos.

El objetivo del trabajo es analizar desde un marco conceptual las medidas de descentralización implementadas en el sector salud de Argentina. En la primera sección se presentan los antecedentes conceptuales, considerando el enfoque político y el enfoque administrativo de la descentralización. En la segunda sección se presentan los aspectos históricos de la descentralización en el sector salud de Argentina previo contexto latinoamericano. En la tercera sección

se analizan conceptualmente las políticas públicas más recientes ocurridas en Argentina en torno a la descentralización. Es importante aclarar que no forma parte del objetivo del trabajo evaluar si las políticas descritas cumplieron efectivamente las metas para las cuales fueron diseñadas, lo cual constituirá futuras líneas de investigación. Finalmente se exponen las conclusiones, las referencias y la bibliografía.

### Antecedentes conceptuales

Desde lo teórico, es posible abordar la descentralización bajo dos enfoques: uno económico, cuyo argumento principal es que la toma de decisiones descentralizada mejora la eficiencia en la provisión de ciertos bienes, y un enfoque administrativo, en el cual se proponen mecanismos alternativos de distribución de responsabilidades que promueven incrementar la eficiencia y la calidad de la

administración pública. Se analizan los principales tópicos del enfoque económico (Federalismo Fiscal, Public Choice, Modelo Principal-Agente, la Teoría del Neoinstitucionalismo y el Capital Social) y los principales conceptos del enfoque administrativo.

A partir del problema de la asignación de recursos para la provisión de bienes públicos, Paul Samuelson <sup>d</sup> mostró que mientras en el caso de los bienes privados el mercado permite responder a las preferencias de cada individuo, la provisión de bienes públicos responde a preferencias agregadas, nadie recibe según sus preferencias individuales, lo cual constituye un problema de eficiencia <sup>e</sup>. Este es el planteo que subyace a la teoría del “*Federalismo Fiscal*”. Con descentralización, los consumidores se movilizarían a la localidad que mejor responda a sus preferencias individuales en cuyo caso cuanto más reducidas y homogéneas sean las comunidades, más eficiente resultará la provisión. Tiebout <sup>f</sup> denominó “votar con los pies” si los consumidores pueden trasladarse a la comunidad que mejor se adapte a sus preferencias, logrando así una situación óptima y eficiente. Esta idea, luego ampliada por Hirschman <sup>g</sup>(4), ha sido criticada bajo el argumento que las principales razones para cambiar de residencia están vinculadas con las condiciones laborales. Según Cetrángolo <sup>h</sup>(5) para que suceda la votación con los pies debe darse la perfecta movilidad de personas. Otros autores <sup>i</sup>(6) apoyaron el argumento que si no hay economías de escalas suficientes para justificar una provisión centralizada de bienes públicos, la provisión descentralizada, por jurisdicción, es más eficiente adaptándose mejor a las preferencias individuales. Oates <sup>j</sup>(7) avala lo anterior a partir del “teorema de la descentralización”, en el cual sugiere que cada bien público debe ser provisto por el gobierno subnacional que tenga control sobre una mínima región para captar las preferencias de sus residentes, e internalizar los costos y los beneficios de esa provisión <sup>3</sup>.

Una debilidad de este planteo es que la demanda de los diferentes servicios no coincida con los límites políticos-administrativos de cada nivel de gobierno, o que no sea posible adecuar las jurisdicciones a un tamaño óptimo, ya que los óptimos son diferentes para cada tipo de servicio. Para que la provisión descentralizada sea eficiente, la demanda de cada servicio debería corresponderse geográficamente con una jurisdicción subnacional donde cada ciudadano contribuya en función del beneficio otorgado. La no correspondencia entre jurisdicciones y demandas, provoca externalidades, positivas para unos y negativas para otros, que tendrán que ser compensadas entre sí con sistemas de transferencias<sup>4</sup> (2). Es necesario considerar el financiamiento del gasto público dadas las divergencias entre responsabilidad de gastos y disponibilidad de recursos por jurisdicción. La descentralización de gastos puede no coincidir con la de los recursos, y se pueden realizar gastos en forma descentralizada sin disponer de los recursos suficientes para ejecutarlos. Es habitual un mayor grado de concentración de recursos tributarios en el nivel central y una dependencia financiera de los gobiernos subnacionales, lo cual implica la necesidad de implementar sistemas de transferencias intergubernamentales. La centralización/descentralización de provisión de un bien público puede variar entre sociedades, dado que las ventajas de la provisión descentralizada están estrechamente vinculadas con el desempeño, eficiencia y madurez de ciertas institucionales.

El concepto “*Public Choice*” ha sido traducido como “elección pública”, ya que una aplicación práctica de esta teoría es que los ciudadanos elijen entre varias opciones de provisión de bienes considerando sus costos. También ha sido traducido como “opción”, dado que el proceso de elección colectiva es una opción, frente al de elección privada, en principio más eficiente. La teoría de la Elección Pública se

3 En el teorema deben verificarse: rendimientos constantes a escala, que el servicio provisto y financiado por una localidad no genere externalidades a otras y que el gobierno central no pueda

realizar compensaciones para corregir distorsiones en la provisión de servicios.

4 Las transferencias según Oates pueden ser de dos tipos: condicionadas y no condicionadas a un uso predeterminado.

basa en considerar, partiendo de la demostración del dilema del prisionero, que en ciertas circunstancias el intercambio basado en la búsqueda del beneficio individual no conduce a una solución eficiente, es decir no conduce a un óptimo<sup>5</sup>. Al contrario, la búsqueda del beneficio individual lleva a que los individuos roben en lugar de intercambiar, dedicando más tiempo a proteger sus bienes y por lo tanto producen menos. En el caso de los bienes públicos las soluciones cooperativas podrían ser más eficientes que las competitivas, sin embargo es necesario diseñar acuerdos que tienen un determinado costo, el cual se reparte entre los miembros de la sociedad a través de impuestos. Será necesario hacer cumplir los acuerdos y asegurarse que cada individuo pague sus impuestos, evitando beneficiarse de la provisión sin pagar (*free-rider*). Por eso la elección pública suele ser un “second best” frente a la alternativa más eficiente del mercado (donde cada uno paga lo que corresponde por sus preferencias individuales). Habrá que evaluar si los beneficios netos de una solución cooperativa son superiores a los de una solución privada. En principio, los acuerdos sin intervención de terceros (particularmente del Estado) son más eficientes porque los involucrados internalizan el costo de la transacción<sup>6</sup>, pero este tipo de acuerdos es más probable en comunidades pequeñas. Las soluciones cooperativas dependen del número de jugadores, del número de juegos y de la ganancia relativa por jugar no cooperativamente. Cuando la comunidad es grande es necesario un proceso de representación y una administración pública, pero los políticos y administradores pueden perseguir su beneficio individual, se requieren nuevas reglas y esto tiene un costo adicional. Pareciera que la situación ideal es un modelo de elección pública local, donde los ciudadanos deciden directamente sobre bienes locales que se proveerán conociendo previamente sus cos-

tos. Lo expuesto fortalece las conclusiones del federalismo fiscal, donde la provisión de ciertos bienes es más eficiente si se hace descentralizadamente y más eficiente cuantas más pequeñas sean las comunidades (2).

El “*Modelo Principal-Agente*” es una herramienta que sirve para modelizar la situación en la cual el gobierno central descentraliza la ejecución de políticas públicas y/o el uso de recursos transferidos a los gobiernos subnacionales. En sus inicios este modelo se utilizó para observar la relación que surge entre organizaciones económicas, luego se analizaron situaciones en que las burocracias (o gobiernos subnacionales), productoras de ciertos bienes tienen libertad otorgada por el gobierno central. Este modelo permite analizar el comportamiento de un ente bajo la figura del “principal” y otro que está a su cargo como “agente”. Dada la asimetría de información, una de las dos partes puede manipular a la otra a su favor lo cual conlleva a problemas de riesgo moral y/o selección adversa. La selección adversa puede llevar a los gobiernos subnacionales a engañar al gobierno central acerca de sus verdaderas preferencias y condiciones económicas, generando soluciones ineficientes. El problema de riesgo moral, puede inducir a los gobiernos subnacionales a minimizar su esfuerzo en la realización de su tarea (8). Los gobiernos centrales deben considerar estos riesgos al transferir funciones a los niveles inferiores de gobierno, implementando la evaluación de desempeños. El Modelo Principal-Agente sirve para modelizar el proceso de descentralización cuando existen sistemas de transferencias interjurisdiccionales destinados a compensar las diferencias entre ingresos y gastos de gobiernos subnacionales, sujeto su uso al cumplimiento de condiciones o pautas prefijadas (9).

La postura “*Neoinstitucionalista*”<sup>7</sup> parte de mencionar que para que el mercado funcione correctamente es indispensable un convenio social previo mediante el cual se establezca un conjunto de normas que todos deben obedecer, y mecanismos para su cumplimiento. Para

5 El Óptimo de Pareto determina una situación en la cual es imposible mejorar la situación de un individuo sin empeorar la situación del otro.

6 Para mas información sobre este tema se recomienda el Teorema de Coase (1960).

7 Douglas North (1990) es conocido como el principal exponente del Neoinstitucionalismo.

esta línea de pensamiento lo relevante para el funcionamiento de la economía son las normas (las reglas del juego) y los mecanismos, a los que se denominan instituciones. Las políticas de descentralización definidas a nivel nacional y local son fundamentales para impulsar el desarrollo local que avanza según la madurez institucionalidad existente a través de la reducción de los costos de transacción (10). Las economías locales están en mejores condiciones para implementar normativas legales que reduzcan los costos de transacción y mejoren la eficiencia del desempeño local.

Putnam (11) entre otros, analizó los efectos de la descentralización en Italia donde regiones con tradición de reciprocidad y cooperación horizontal habían progresado más que otras. Los investigadores concluyeron que estados y mercados pueden ser más eficientes si se plantean principios de asociación. El análisis de Putnam ha dado lugar al concepto de "*Capital Social*", como la capacidad de los miembros de una sociedad para desarrollar soluciones cooperativas (2). Una vez que han madurado las condiciones locales internas para promover el crecimiento, la descentralización es una condición para avanzar hacia el desarrollo local.

El "*enfoque administrativo*" surge en los '80 cuando se reconoce la descentralización política como una condición para el establecimiento de la democracia en los países que habían sufrido gobiernos dictatoriales y se cuestionaban sus desempeños para gestionar eficiente y equitativamente la provisión, el financiamiento y el mantenimiento de los servicios públicos. Se plantea que los gobiernos subnacionales, las organizaciones sociales y las empresas privadas podrían tener un mejor desempeño en la provisión de estos bienes, incluyendo la participación de la comunidad. Si bien distintos autores han contribuido a comprender la postura político-administrativa de la descentralización se presenta con mayor detalle a Rondinelli (12) quien distingue entre: i) Desconcentración, ii) Delegación, iii) Devolución, y iv) Privatización.

La "*Desconcentración*" se refiere a descongestionar responsabilidades financieras, administrativas y de poder de decisión, desde el

gobierno central hacia los niveles locales, con un poder de decisión acotado. Para Tobar (13) esta forma de descentralización es una iniciativa del nivel central para reducir su carga de trabajo. La "*Delegación*" es la transferencia de responsabilidades de gestión (de ciertas funciones definidas) a organizaciones, que pueden estar fuera de la estructura del gobierno (empresas privadas reguladas públicamente, autoridades regionales) por lo general con autoridad semi-independiente para ejecutar las tareas (8). Los gobiernos pueden considerar la delegación como una forma de evitar la ineficiencia de la gestión gubernamental, aumentar el control de costos y establecer una organización activa y flexible (13). La "*Devolución*" implica una transferencia total de poder hacia unidades subnacionales, gobiernos locales o unidades públicas, con autoridad independiente para tomar decisiones y ejecutar acciones sobre las cuales el gobierno central ejerce poco o ningún control (8). La "*Privatización*" se refiere al caso en el cual ciertos bienes pueden ser provistos por empresas u otras organizaciones sobre las cuales el gobierno tiene cierto control. Se observó en países donde el sector público posee reducida capacidad instalada para satisfacer la demanda, necesita ampliar la cobertura y no dispone de recursos (13).

Para Rondinelli la responsabilidad del financiamiento es un tema que está en el núcleo del concepto de descentralización ya que será decisivo quién paga, cómo se determina el monto, y qué forma de pago se adopta. Para el autor el sistema de transferencias para financiar funciones descentralizadas tiene ventajas y desventajas. La ventaja, que el gobierno central puede tener mayor capacidad recaudatoria que los gobiernos subnacionales. Como desventaja, el riesgo de controlar excesivamente el gasto y desmotivar la percepción de ingresos a nivel local.

Otros autores se refieren a la descentralización: Palma y Rufián (14), sugieren que lo relevante de la descentralización es su dimensión política, redistribuyendo el poder en forma espacial a las comunidades locales. Consideran descentralización la transferencia de poder a autoridades electas y no a funcionarios designados por el poder central, los cuales responden

al poder que los designó y no, a la comunidad local. Boisier (15) distingue tres formas de transmisiones de competencias: descentralización, desconcentración y deslocalización, y diferencia tres formas de descentralización: Funcional, Territorial y Política. Von Haldenwang (16) establece tres tipos de descentralización: política, económica y administrativa. Bennett (17) diferencia dos formas de descentralización: entre los niveles de gobierno y desde los gobiernos hacia los mercados, cuasi mercados y ONGs. El programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) diferencia dos formas de descentralización: horizontal, hacia dependencias de un mismo nivel de gobierno, y vertical que abarca la desconcentración, hacia niveles inferiores de la administración central, delegación a gobiernos subnacionales, y devolución a las autoridades locales. Eguino adopta estas clasificaciones y menciona dos formas básicas de descentralización (18): hacia gobiernos y hacia mercados. El Banco Interamericano de Desarrollo agrega dos formas de descentralización (19): la supranacional y la que ocurre desde los gobiernos hacia los mercados bajo regulación.

### **DESARROLLO: EVOLUCIÓN DEL CASO ARGENTINO**

Históricamente los sistemas de salud (SS) en la región latinoamericana se caracterizaron por su escasa planificación, conformando sistemas desarticulados y heterogéneos (8). Posteriormente ciertos países se inclinaron a convertirlos en Sistemas Nacionales de Salud donde el sector público era el principal proveedor de servicios de salud, bajo el argumento de reducir las desigualdades en el acceso a la atención y beneficiarse de las economías de escala. Sin embargo, en ciertos SS centralizados no se respetaron las diferencias territoriales al interior de cada país y las ofertas de servicios no se adecuaron a las demandas locales/regionales de atención de salud, deteriorando la equidad en el acceso. Se promovieron reformas que priorizaron el liberalismo de los mercados y la introducción del sector privado en la provisión de servicios de salud. Se observaron reformas en dos etapas: la primera (en los '80) focalizada en la dimensión

financiera a través de un ajuste estructural que se propuso disminuir el tamaño del sector público a través de reducciones del déficit fiscal mediante políticas públicas que transfirieron responsabilidades vinculadas a los sectores sociales (salud y educación) hacia los gobiernos subnacionales. De esta forma para algunos países la descentralización se transformó en una nueva forma de organización del Estado. En la segunda etapa (en los '90) se observa la figura del Estado como formulador y financiador de políticas públicas con nuevos actores como las ONGs, la sociedad civil y el sector privado. En este marco, avanza la descentralización de las instituciones, entre ellas las vinculadas a los SS cuyos objetivos esenciales fueron mejorar la eficiencia y la equidad del gasto sectorial, ampliando la cobertura y aumentando la calidad de servicios. Los procesos de descentralización en América Latina se han iniciado en diferentes momentos de la historia y con distinta intensidad. Para Tobar (13), en países bajo contextos de crisis, la descentralización fue una alternativa adecuada para la obtención de mayores niveles de eficiencia y equidad en la asignación de recursos. Para otros autores la descentralización reproduce e intensifica las inequidades, fragmentando los SS (20).

Para comprender el origen de la descentralización del Sistema de Salud Argentino (SSA) es necesario conocer la evolución histórica del mismo, la cual es posible analizar en cuatro etapas (21).

La primera etapa, desde inicios del siglo XX y hasta 1945 donde el SSA estaba compuesto por instituciones sin coordinación, con una escasa capacidad de prevención y formulación de políticas sanitarias de largo plazo. El Estado sólo controlaba epidemias, y estaba representado por el Departamento Nacional de Higiene y la Comisión asesora de Asilos y Hospitales Regionales (22).

La segunda etapa se encuentra definida por las políticas centralizadas implementadas en el gobierno de Perón (1945-1955) donde el Estado pasa a ser un Estado de bienestar, y los temas vinculados a la salud se convierten en cuestiones de importancia colectiva. Se nacionalizan los establecimientos públicos

de salud (reemplazando a las sociedades de beneficencia), se implementan varios programas sanitarios extendiendo la cobertura de los servicios de salud a todo el territorio nacional ofreciendo atención médica a los sectores vulnerables. Se amplía el sector público generando una importante dependencia económica con el presupuesto central. Las mutuales agruparon a los trabajadores según tipo de actividad dando inicio a lo que serán las Obras Sociales (en adelante OS) (21). Se transforma el departamento Nacional de Higiene en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, en 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública y en 1949 el Ministerio de Salud.

La tercera etapa plantea un modelo de descentralización (1955-1978). Derrocado Perón, se transfieren las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos a los gobiernos subnacionales. Aparecen las OS dentro del SSA, pero con escaso control del Estado. En los '70 el gobierno militar avaló a los sindicatos a través de una ley que se constituiría un importante factor de poder<sup>8</sup> permitiéndoles que recauden sus propios fondos (21). Comienza la provincialización de los centros asistenciales, con transferencias desde la nación<sup>9</sup> a las provincias sin contrapartida financiera, lo cual no resultó un proceso exitoso deteriorando la oferta de servicios públicos. Las provincias incrementaron sustancialmente sus niveles de gasto y endeudamiento. Bajo el nuevo gobierno de Perón (1974) se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud cuyo objetivo era la equidad en el acceso a la atención de salud para toda la población. Sin embargo, éste sistema no obtuvo los resultados deseados por

la Nación, hubo baja adhesión y fue intervenido en 1976 (21).

En la cuarta etapa, a partir de 1978, continúa el traspaso de hospitales nacionales a los niveles subnacionales sin contrapartidas presupuestarias. En 1987 se discute la nueva ley de coparticipación, proponiendo incrementos en la distribución primaria de las provincias en una proporción equivalente al costo de los servicios transferidos (21). En 1988 se sanciona una ley del Seguro Nacional de Salud (23.661) con el objetivo de mejorar la oferta de servicios de salud, tratando de integrar los distintos subsectores. Se previó una progresiva descentralización del seguro, delegando las funciones y facultades de la Nación a las jurisdicciones provinciales (22).

Es posible definir el funcionamiento del SSA bajo cuatro contextos, en los inicios del siglo XX, un sector poco coordinado y sin políticas activas en torno a la salud de la población; luego, a partir de 1945 un periodo con políticas públicas centralizadas que expanden la infraestructura pública de servicios y da inicio al aparato sindical que terminarán impulsando las OS. Derrocado Perón, un periodo con episodios de descentralización de las instituciones de salud sin contrapartidas financieras. Por último, en los '90, un periodo de reformas en el sector salud, con procesos de descentralización y desregulación (21). Este periodo es analizado en el siguiente apartado.

## DESCENTRALIZACIÓN EN ARGENTINA: POLÍTICAS PÚBLICAS EN LOS '90

Diversos autores han analizado las medidas de descentralización ocurridas en Argentina. Para Cetrángolo y Gatto (23) las políticas de descentralización del gasto ocurridas en el sector salud no conformaron un procedimiento ordenado de reforma del gasto sectorial dado que las decisiones tomadas no estuvieron inspiradas en los factores que deberían ser considerados para recomendar este tipo de medidas (mejorar la eficiencia en la producción y la equidad en la cobertura) sino que fueron concebidas en función de las restricciones fiscales del gobierno central. Con argumentos

8 La ley 18.610 de 1970 abarca a todas las OS (sindicales, estatales, de empresas del Estado, etc) y establece que los fondos para las mismas serán determinados por contribución obligatoria de empleadores y trabajadores.

9 La primera transferencia se realizó en el año 1957. La ley Nro 16.432 de 1962 transfirió hospitales a las provincias de Santa Cruz, Formosa, Tucumán y Córdoba y la ley Nro. 18.586 de 1968, suscribió convenios de reciprocidad con otras provincias.

similares Vilas (24) sugiere que la descentralización del gasto en los '90 estuvo motivada por razones fiscales y se descuidó el impacto de la misma en la prestación de los servicios. Según Maceira (25) la descentralización geográfica en la prestación de servicios acota la posibilidad de implementar una cobertura homogénea que garantice la equidad horizontal en la asignación de recursos. Ugalde y Homedes (20) plantean la descentralización en salud como uno de los problemas a enfrentar en la exitosa implementación del programa de distribución gratuita de medicamentos (Plan Remediar). Para los autores, diseñar una fórmula que distribuya el presupuesto de salud de forma tal que reduzca la inequidad, deberá considerar: variables demográficas, epidemiológicas, dispersión de la población, estado de salud, disponibilidad de personal y distribución de la pobreza. Las políticas públicas implementadas en el SSA a partir de los '90 se vieron reflejadas en: la transferencia de hospitales nacionales hacia los niveles subnacionales, la incorporación de la modalidad del Hospital Público de Auto-gestión, luego Hospital Público de Gestión Descentralizada, las políticas implementadas en torno a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, el Plan Remediar, y la implementación de Seguros Provinciales de Salud. Estas medidas se describen a continuación, considerándolas en cada caso desde el marco conceptual económico y administrativo.

### Transferencias de Hospitales

Entre 1980 y 1995 los hospitales de dependencia nacional se redujeron de 51 a 16, los de dependencia provincial aumentaron de 3507 a 4628, y los de jurisdicción municipal de 903 a 2003 (22). La transferencia se da en un contexto que se proponía disminuir la participación de la nación en la prestación de servicios de salud pública. En los '90 se redefinen las relaciones financieras entre nación y provincias a partir de la coparticipación federal de impuestos que mejora la situación financiera de las provincias a través de la transferencia de

fondos<sup>10</sup>. Sin embargo el sector salud no posee fondos asignados según indicadores sanitarios de desempeño, cada provincia recauda sus impuestos y los recursos coparticipados sin mediar una asignación específica de recursos a la atención de la salud. Esta política tuvo como eje central la transferencia de responsabilidades administrativas y financieras y el ajuste fiscal del nivel central, sin que esto implique el diseño de políticas que mejoren los indicadores de accesibilidad a los servicios de salud. Por esta razón se observan resultados sustancialmente diferentes entre provincias donde las ofertas de servicios y el gasto público provincial en salud varían en porcentajes que van desde el 7% al 28% del Gasto Total Provincial (25) (26).

El análisis económico de esta política tendría como fortaleza que las decisiones en salud sean tomadas en comunidades más acotadas donde pueden adaptarse más fácilmente a las necesidades regionales. Además los gobiernos subnacionales estarían en mejores condiciones para implementar normativas legales que reduzcan los costos de transacción, mejorando la eficiencia del sector. Desde lo administrativo, esta medida produjo una devolución dado que el gobierno nacional transfirió a los niveles subnacionales las responsabilidades totales de los hospitales en términos financieros, administrativos y de toma de decisión.

### Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD)

En 1993 se implementa el sistema de Hospitales Públicos de Auto-gestión (HPA) con el objetivo de mejorar la gestión hospitalaria a través del cobro de las prestaciones demandadas por beneficiarios de OS a través de un sistema de débito automático. Así, se asegura el pago de estas prestaciones mejorando la eficiencia en la recaudación de ingresos que en muchos casos,

10 Con la Ley 24.049 (92) el Poder Ejecutivo Nacional transfiere una cuota fija mensual adicional a lo previsto por el régimen de coparticipación, las provincias reciben también del gobierno nacional los Aportes del Tesoro Nacional (26).

ocasionaban un subsidio cruzado, financiando con recursos públicos la atención de pacientes con OS. La implementación y asistencia técnica de esta modalidad fue financiada a través de organismos multilaterales de crédito<sup>11</sup>, en el marco de una reforma general que se denominó Programa de Reforma del Sector Salud (PRES-SAL)<sup>12</sup>. En 1999, esta modalidad se reemplaza por la de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) con los siguientes lineamientos: garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad a la población sin cobertura, promover la figura del médico de cabecera, mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de ciertas normas y fomentar la participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada (27). Se establece incorporar la estrategia de atención primaria de la salud y la figura del médico de cabecera a la luz de reorganizar los servicios de salud reasignando de forma más eficiente los recursos entre los diferentes niveles de atención. Además los recursos recaudados se distribuyen entre: un fondo de redistribución solidaria asignado al nivel central; un fondo para inversiones y funcionamiento del hospital y un fondo para la distribución mensual entre el personal del hospital según criterios de eficiencia (22).

Si bien la estrategia de HPGD tuvo una motivación principalmente financiera es posible reconocer desde lo económico ciertos beneficios dado que estos hospitales tuvieron incentivos a adaptarse a las necesidades regionales, brindando servicios de calidad que atraigan la demanda de pacientes con cobertura. Desde lo administrativo se produce una delegación de responsabilidades dado que se concede a las entidades el derecho a implementar decisiones sin una supervisión directa. Paralelamente se conforma una relación de agencia donde el gobierno central (actuando como principal) delega en los HPGD (que actúan como agentes) la capacidad

de obtener fuentes de financiamiento alternativas. Se observa que el principal mitiga la posibilidad de un bajo esfuerzo en la capacidad de recaudación implementando un mecanismo de incentivos dado que, de los fondos recaudados una parte es apropiada por la institución, y otra es redistribuida entre sus empleados.

### Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS)

En 1978 se promueve la EAPS en la Conferencia Internacional brindada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata. Según esta Declaración dicha estrategia consiste en “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación” (28). Actualmente dicha estrategia se considera indispensable para un progreso equitativo en el sector salud (29). En Argentina la EAPS se implementa con el objetivo de ofrecer la prevención y detección precoz de las enfermedades, a partir de una eficiente asignación del gasto en salud, que prolongue y mejore la calidad de vida de la población (26). Luego de la crisis económica que atravesó Argentina en 2001, el aumento en la demanda de los servicios públicos de atención de la salud determinó una situación de emergencia sanitaria<sup>13</sup> que puso a prueba la capacidad del sector público. En 2004, se establece la APS como centro de la política pública de salud a través del Plan Federal de Salud (PFS), consensado por el Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades provinciales coordinadas por el Consejo Federal de Salud (COFESA) (30). El plan avala la prevención y promoción de la salud, conformando redes que integren los distintos niveles de complejidad, asegurando que la población acceda a servicios de calidad

11 Del BM se obtuvo la suma de U\$100 millones en calidad de préstamo.

12 El PRESSAL fue formulado por el Estado Nacional en 1994, comenzó su ejecución en 1995 y se extendió hasta 2001.

13 El decreto 486/2000 declara la situación de Emergencia Sanitaria Nacional en Argentina.

acorde a sus necesidades (31). La figura principal de la red son establecimientos asistenciales sin internación llamados Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)<sup>14</sup>.

Si se analizan las participaciones en el financiamiento de la APS por nivel de gobierno, los gobiernos municipales son responsables del 61,3%, las provincias financian un 25,4% y la Nación un 19,3% (31). Desde lo económico es posible considerar la municipalización de la gestión de la EAPS (32) como una estrategia de federalismo fiscal dado que ciertas políticas de prevención y promoción de la salud se incluyen en la taxonomía de bienes públicos. El PFS tuvo como objetivo acercar la oferta de este tipo de bienes a las demandas regionales participando a los niveles subnacionales no sólo del financiamiento sino también de la implementación de las políticas. Desde lo administrativo la EAPS se la puede considerar una política de devolución dada la transferencia total de poder hacia los gobiernos locales los cuales tienen autoridad independiente para tomar decisiones y ejecutar acciones sobre las cuales el gobierno central ejerce escaso control.

### Plan Remediar (PR)

La emergencia sanitaria, mencionada en párrafos previos, impactó directamente en la población más vulnerable al momento de adquirir los medicamentos. Esto determinó la implementación de distintas políticas: i) para quienes podían comprar sus remedios en las farmacias, la Política de Prescripción de Medicamentos por nombre genérico (ley N° 25.649), ii) para los individuos que no poseían ingresos suficientes para acceder a los medicamentos vía farmacia, o sin cobertura de seguros de salud

(especialmente a la población bajo la línea de pobreza), el Programa Remediar, financiado a través del Banco Interamericano de Desarrollo<sup>15</sup>, cuyo objetivo fue distribuir gratuitamente ciertos medicamentos a través de los CAPS con un criterio uniforme de distribución en todo el país (33). El paquete de medicamentos entregado a los CAPS (denominados botiquines) surge de una propuesta técnica elaborada por técnicos y especialistas del Ministerio de Salud de la Nación, convalidada por especialistas de la Organización Panamericana de la Salud. El COFESA integrado por los Ministros de Salud Provinciales fija el criterio sanitario para establecer las necesidades de cada provincia, determinando el número y contenido de los botiquines. Caritas Argentina, Cruz Roja Argentina y otras ONG's participaron en el monitoreo de las operaciones recibiendo consultas y reclamos relacionadas con el Plan Remediar.

Desde lo económico este plan acercó la provisión gratuita de medicamentos a las demandas regionales en función de sus necesidades epidemiológicas, sin embargo las economías de escala avalaron que la decisión de compra y de financiamiento opere a nivel central. Desde lo administrativo significó un proceso de delegación dada la transferencia de responsabilidades de provisión de los bienes a los niveles locales que dio lugar a una relación de agencia entre el nivel central y los municipios, donde el primero delega en el segundo la tarea de provisión de acuerdo a necesidades. Para evitar posibles comportamientos oportunistas ciertas instituciones (mencionadas en el párrafo previo) se encargaron del monitoreo.

### Seguros Provinciales de Salud (SPS)

En el contexto descentralizador de los '90, y en el marco mencionado de financiamiento de los organismos internacionales de crédito para el proceso de reforma del sector

14 La red pública actualmente cuenta con 5.413 CAPS distribuidos en todo el territorio nacional. Si bien la distribución geográfica muestra disparidades, al comparar la distribución de los CAPS con la distribución de hospitales a nivel país cada 100 mil habitantes, la primera es 14,9 mientras que la distribución de hospitales alcanza al 3,8. Aún con disparidades, la distribución de CAPS es más equitativa que la distribución de hospitales.

15 Los fondos resultan de un redireccionamiento parcial de los recursos asignados al Programa de Apoyo a la Reforma de Atención Primaria de la Salud (PROAPS).

salud (PRESAL), diferentes provincias, junto con el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, avanzaron en la reforma del Sistema de Seguros de Salud promoviendo, entre otros aspectos, la provisión pública de seguros de salud a la población sin ningún tipo de cobertura (34). La implementación tiene escasa data en algunas provincias y en otras aún es un tema de discusión. Un rasgo distintivo de este proceso es que la provisión de los seguros públicos puede tener diferentes modalidades: a través de las obras sociales provinciales (OSP) o por medio del empadronamiento en los sistemas prestacionales públicos (hospitales públicos de mediana y alta complejidad y CAPS)<sup>16</sup>. En el primer caso no es posible establecer un claro proceso de descentralización ya que ésta decisión sólo implica una transferencia financiera de recursos dentro de la órbita provincial (desde el gobierno hacia la OSP). Se conforma un subsidio a la demanda ya que los nuevos beneficiarios podrán satisfacer sus demandas de atención de la salud eligiendo entre el sector público y los prestadores privados. En el segundo caso se da un proceso descentralizador ya que los gobiernos provinciales en muchos casos co-financian con los municipios la provisión del seguro y éstos a su vez tienen la responsabilidad de administrarlos. En este caso el subsidio se traslada a la oferta ya que los recursos se asignan vía mayores sueldos a los profesionales o instituciones del sector público que tienen la responsabilidad de atender a sus nuevos beneficiarios en franjas horarias más extensas. Desde lo administrativo el primer caso es un proceso de delegación, ya que se produce la transferencia de responsabilidades de gestión a instituciones cuasi públicas como son las OSP, las cuales poseen una autoridad semi-independiente para ejecutar las tareas, y no tienen supervisión directa del nivel central. En el segundo caso, se da un proceso de delegación dado que se le asignan a los niveles municipales las responsabilidades de administración y entrega de servicios, tendiendo cierto grado de independencia decisoria en la provisión de los servicios de salud.

16 En algunas provincias los beneficiarios también accedieron a ciertas prestaciones del sector privado (en el caso de la Provincia de Buenos Aires tuvieron hasta 2008 acceso gratuito a análisis clínicos y odontología).

## CONCLUSIÓN

Se consideró la descentralización desde dos enfoques, uno económico que hace hincapié en lograr la eficiencia en la asignación de los recursos descentralizando la provisión de ciertos bienes, y un enfoque administrativo donde la descentralización es fundamental para la descongestión de poder y responsabilidades. Ambos enfoques, son fundamentales para analizar los sucesos de descentralización en salud que se han dado en diferentes países en vías de desarrollo como parte de las reformas de los gobiernos centrales. En los '90 Argentina formó parte de este grupo de países, implementando políticas públicas descentralizadoras entre ellas: la transferencia de hospitales hacia niveles subnacionales, la modalidad de HPGD, la EAPS, el Plan Remediar y los SPS, algunas de estas medidas financiadas por organismos multilaterales de crédito (BM y BID). El presente trabajo se propuso el análisis de estas medidas desde los marcos conceptuales descriptos. Si bien es de suma relevancia evaluar si las políticas públicas implementadas cumplieron efectivamente los objetivos para los cuales fueron diseñadas, no ha sido el motivo del presente trabajo.

En las políticas analizadas se observa la transferencia de responsabilidades administrativas hacia los niveles subnacionales con procesos de delegación y/o devolución, pero en ningún caso se registran medidas de desconcentración o privatización.

Desde lo económico la EAPS, el Plan Remediar y los SPS se enmarcan en la propuesta de "*federalismo fiscal*" y "*neoinstitucionalismo*" dado que priorizan la satisfacción de las demandas regionales transfiriendo responsabilidades vinculadas con la provisión, financiación y aseguramiento de ciertos bienes y servicios hacia los niveles provinciales y municipales. Conforme a recomendaciones internacionales estas medidas se focalizaron en intervenciones del primer nivel de atención.

En el caso de la transferencia de hospitales, si bien se podría haber implementado bajo el argumento de acercar la atención a las demandas subnacionales, esta medida respondió a objetivos de tipo fiscal, básicamente de ahorro

de gasto público para el gobierno nacional. Además, la contrapartida financiera sin mediar una asignación específica al sector salud, pone en duda que la política descentralizadora redunde en un mejor acceso a la atención de la salud. La modalidad de HPGD tampoco tuvo como objetivo optimizar la accesibilidad, sino que priorizó la transferencia de responsabilidades para aumentar sus fuentes de financiamiento.

Paralelamente en los procesos de HPGD, Plan Remediar, SPS se establecieron relaciones de agencia donde el gobierno central delega responsabilidades a los niveles subnacionales estableciendo algún sistema de incentivos o auditoria.

Existen publicaciones que revelan el incremento en las consultas de los CAPS (en relación al total de consultas atendidas por el sector público), reducciones en las tasas de mortalidad infantil y aumentos en el consumo de fármacos, como resultado de la implementación de la EAPS, el Plan Remediar y el PFS respectivamente (32), sin embargo establecer conclusiones generales sobre el impacto de estas medidas en el acceso a la atención de la salud será el objeto de estudio de próximas investigaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Samuelson P. The Pure Theory of Public Expenditure. *The Review of Economics and Statistics*. Vol. 36, Nro. 4, pp 387-389, 1954.
- Finot I. *Descentralización en América Latina: Teoría y Práctica*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Documento del Centro de Estudios para América Latina, Serie de Gestión Pública Nro 12. Chile, 2001.
- Tiebout C. A pure theory of local expenditures. *Journal of Political Economy*, pp. 416-424, 1956.
- Hirschman A. Exit, voice and loyalty, responses to decline in firms, organizations and states. Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1970.
- Cetrángolo O. *Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización*. Naciones Unidas, CEPAL. División de desarrollo social. Chile, 2007.
- Ostrom V., Tiebout C. Y Warren R. The organization of government in metropolitan areas: a theoretical inquiry. *American Political Science Review*. 55: 831-42, 1961.
- Oates, Wallace E. *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1972.
- Di Gropello E. y Cominetti R. *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. CEPAL, 1998.
- Rezk E. *Aspectos macroeconómicos vinculados con el federalismo y la descentralización*. Asociación Argentina de Economía Política, Bahía Blanca, 1997.
- Solari V. *Siete teoremas sobre el desarrollo local*. Facultad de Economía, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México, 2003.
- Putnam R. *Making democracy work*. Princeton Univ. Press, 1993.
- Rondinelli D., Nellis J. y Cheema G. *Decentralization in Developing Countries: a Review of Recent Experiences*. World Bank. Staff Working Papers, N° 581, Washington D.C., 1984.
- Tobar F. *Condicionantes financieros de la descentralización en el sector salud*. XI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud. Buenos Aires, 1996.

- Palma E. y Rufián D. Las nociones de centralización y descentralización. ILPES. Santiago de Chile. Documento CPS-48, 1989.
- Boisier S. La descentralización: un tema difuso y confuso. ILPES. Serie Ensayos, Documento 90/05, 1990.
- Von Haldenwang C. Hacia un concepto politológico de la descentralización del Estado en América Latina. EURE Vol. XVI, N° 50. Santiago de Chile, 1990.
- Bennett R. Local government and market decentralization: Experiences in industrialized, developing, and former eastern block countries. United Nations University Press, Tokyo, 1994.
- Eguino H. Decentralization, local governments and markets: a comparative study of recent trends in selected countries. Working Paper 218. Institute of Social Studies, The Hague, 1996.
- Inter-American Development Bank. Economic and social progress in Latin America. Special report: Fiscal decentralization. IDB, Washington, 1994.
- Ugalde A. y Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. Salud Colectiva. 4(1): 31-56, 2008.
- Acuña C. y Chudvnosky M. El Sistema de Salud en Argentina. Universidad de San Andrés, Centros de Estudios para el Desarrollo Institucional. Buenos Aires, Argentina, 2002.
- Repetto F., Ansolabehere K., Dufour G., Lupica C. Y Potenza F. Descentralización de la Salud Pública en los Noventa: Una reforma a mitad de camino. Documento 55, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia. Buenos Aires, Argentina, 2001.
- Cetrángolo O. y Gatto F. Descentralización fiscal en América latina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado. Seminario Desarrollo local y regional hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores. ILPES, 2002.
- Vilas C. Descentralización de Políticas Públicas: Argentina en la década de los '90. Instituto Nacional de la Administración Pública. Dirección de Estudios e Información, 2003.
- Maceira D. Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina, Documento de Trabajo N° 23, CIPPEC, Buenos Aires, mayo de 2009.
- Tobar F. y Falbo R. ¿Cuánto se gasta en Atención Primaria de la Salud en Argentina? Medicina y Sociedad, revista trimestral, año 26, Nro. 4. Argentina, diciembre de 2006.
- Decreto 939/2000. Creación del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, Buenos Aires, Publicación en Boletín Oficial, octubre del 2000.
- Espacio de Salud del Gobierno Nacional de la República Argentina. Disponible en: [www.argentina.gov.ar/salud](http://www.argentina.gov.ar/salud)
- Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud: informe sobre la salud en el mundo 2003. Capítulo 7. Panamá, 2003.
- Plan Federal de Salud. Disponible en: [www.msar.gov.ar](http://www.msar.gov.ar)
- Tobar F., Montiel L., Falbo R. y Drake I. La Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina: Diagnóstico y desafíos. Documento de difusión, 2006
- Ministerio de Salud de la Nación. Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud

y la Integración con otros niveles de atención. Argentina. Presidencia de la Nación, 2007.

- Abrutzky R., Bramuglia C., Godio C. Aspectos de la Política Nacional de Medicamentos. Ley de Prescripción de Medicamentos por su nombre genérico y Plan Remediar. Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, 2008.
- Maceira D. Evaluación del Programa de Seguro Público de Salud de La Provincia de Buenos Aires, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento, 2008.
- Bibliografía de consulta**
- Campbell T., Peterson G., Brakarz J. Decentralization to local government in LAC: national strategies and local response in planning, spending and management. World Bank, Latin America and the Caribbean Technical Department, Report N° 5, 1991.
- Dennis A. Analyzing decentralization policies in developing countries: political-economy framework. Development and Change Vol. 20. N° 1, January, 1989.
- Finot I. Los Procesos de Descentralización en América Latina. Estudios Regionales No. 10. Universidad Alcalá de Henares, 2007.
- Hernández Rodríguez I. Public Choice II. Rev. Econ. Inst., Jan./Dec. Vol.1, no.1, p.169-170, 1999.
- Maceira D. Descentralización y equidad en el Sistema de salud Argentino. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2005.
- Mayen Ugarte. Descentralización de los sistemas de salud. Experiencia comparada. USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), Perú, 2007.
- North D. Institutions, Institutional Change and Economic Performance. New York. Cambridge University Press, 1990.
- Repetto F. y Alonso G. La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización. División de desarrollo social, Naciones Unidas, CEPAL, Serie de Políticas Sociales 97, Santiago de Chile, Chile, 2004.
- Ríos P., Huber R. Políticas de salud. Implementación del Seguro de Salud en la Provincia de Santa Fé. Un proceso de reforma incremental originado en el subsector de la salud pública provincial. Vol 1, Nro. 1, 2004.
- Rondinelli D, Mc Cullog J., Johnson D. Decentralizing public services in developing countries: issues and opportunities. The Journal of Social, Political and Economic Studies Vol. 14. N° 1, Spring, 1989.
- Silverman J. Public sector decentralization, economic policy and sector investment programs. World Bank, Technical Paper Number 188, Africa Technical Department, 1992.
- Tobar, F. ¿Cómo curar al sistema de salud argentino? Revista Panamericana de Salud Pública. vol. 11, n. 4, pp. 277-282, 2002.
- Ugalde A. y Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. Gac. Sanit., 16(1):18-29, 2002.
- Von Haldenwang C. Successes and failures of decentralizing adjustment strategies in Latin America: the cases of Argentina and Colombia. Law and State, Vol. 56, pp. 55 - 81, 1997.