

Las Políticas de Salud y el sector de la
Atención de la Salud en la Argentina
Contemporánea.

Análisis y Evaluación de la Situación

Ernesto Gagliano y Mario F. Navarro (compiladores)

Autores:

Ernesto Gagliano
José Antonio Mántaras
Mario F. Navarro
Sofía Navarro
Arnoldo Rosenfeld
María Cora Tieghi

INDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	8
Una <i>vieja</i> cuestión: un sistema que asegure <i>salud para todos</i>	8
Organización del libro	9
Capítulo I.	13
La Salud y los Sistemas de Atención a la Salud	13
Introducción	13
La Evolución del Sistema de Atención a la Salud	13
La <i>Cientifización</i> y Profesionalización de los Médicos	16
La Ascendencia del Hospital.....	21
La Relación entre la Salud y los Sistemas de Atención a la Salud: Una Relación Controvertida.....	23
Breve Historia del Pensamiento sobre la relación entre Atención Médica y la Salud	24
La Etapa de la Medicalización o del Modelo “Médico-Hegemónico”	24
La Etapa de la “Crítica Social de la Medicina”	29
La Etapa Pos-paradigmática	31
La Producción de Salud de los Sistemas de Salud	34
La Evaluación de un Sistema de Atención a la Salud	40
Anexo	45
Cuatro visiones	45
Bibliografía	48
Capítulo II.	51
La <i>Efectividad</i> del Sector Salud: Evolución de la Mortalidad Infantil y Materna.....	51
Introducción	51
Los Indicadores para una Evaluación de Desempeño	51
La Estrategia de Evaluación	53
La Mortalidad Infantil: Aspectos Conceptuales	55
La Evolución de la Mortalidad Infantil en Argentina.....	56
Argentina: El Desempeño Comparado del Indicador Mortalidad Infantil	57
La Tendencia Descendente de la Mortalidad Infantil: ¿eso satisfactoria?	60
Conclusión	64
Evolución de la Mortalidad Infantil según Jurisdicción Provincial: reducción absoluta y atisbos de convergencia	65
La Reducción de la Mortalidad Infantil entre 1980 y 2011	65
La Heterogeneidad Intra-nacional: Tendencias	66
Conclusiones	70
La Mortalidad Materna	71
Precisiones Metodológicas Preliminares	71
Argentina: el desempeño comparado del indicador mortalidad materna en el entorno latinoamericano	74
Las Tendencias en la Mortalidad Materna en el País.....	76
La Heterogeneidad Intra-nacional.....	79

Conclusiones del capítulo.....	84
Bibliografía	85
Anexo I: Datos sobre mortalidad infantil	86
Anexo II: datos sobre mortalidad materna	89
Capítulo III.	91
La Organización del Sistema de Atención a la Salud en Argentina: Un Examen en el Largo Plazo... 91	
Presentación.....	91
El diseño organizativo del Sector Salud: Elementos básicos para su clasificación y análisis	93
Las Reglas de Financiamiento: La clasificación convencional de los sistemas de atención	93
La crítica de la tipología convencional	95
Tipos de sector salud según financiamiento y su desempeño en clave comparativa	97
El Diseño Organizativo en Argentina.....	100
Argentina: Un bismarckismo excéntrico	100
El bismarckismo. Desarrollo y crisis: Evolución de la población afiliada a sistemas de cobertura para la atención médica en Argentina	106
El Sector Público como asegurador universal	113
Conclusión	121
Bibliografía	123
Capítulo IV.	124
Dos cuestiones finales: Las <i>Capacidades</i> para el Diseño de la Política y la Gestión en Salud y la <i>Responsividad</i> como criterio de evaluación.....	124
Introducción: Consideraciones adicionales acerca de la Política y Gestión de la Salud	124
El flujo de Información: una Evaluación.....	125
Autoridad: Federalismo, <i>Bismarckismo</i> y la cuestión de la Unidad de decisión en el sector salud	127
Dos Tipos de Instituciones de Autoridad: Federalismo y <i>Bismarckismo</i>	129
Notas sobre la Evolución del Sector de la Atención a la Salud en Argentina: el <i>bismarckismo</i> que no consolidó.	134
Responsividad	143
La noción de <i>responsividad</i>	143
Conclusiones del capítulo IV	149
Anexo IV	151
Bibliografía	154

INDICE DE ESQUEMAS, TABLAS Y GRÁFICAS

Esquema 1. El modelo analítico de este estudio.....	12
Gráfica I.1. Cambio en la Expectativa de vida según sexo entre 1910 y 1998. Países seleccionados, circa de 1910 y 1998.	15
Gráfica I.2. Evolución de la expectativa de vida al nacer. Argentina, 1969-2010	15
Esquema I.1. Cronología de técnicas en medicina, siglos XIX y XX	21
Esquema I.2. La Evolución del Hospital. Siglo VII – siglo XXI	22
Gráfica I.3. Distribución mundial de la carga de morbilidad atribuible a los 20 factores de riesgo principales. En años de vida perdidos ajustados por discapacidad (000,000s)	36
Gráfica I.4. Distribución de las Causas de Mortalidad y Morbilidad en Argentina., 2010	37
Tabla I.1. Contribución Relativa de Educación, Ingreso y Progreso Técnico en el mejoramiento de la situación de salud –cinco principales indicadores-. Promedio 150 países y América Latina	39
Esquema I.3. Metas e Indicadores de un Sistema de Salud	42
Esquema: II.1. Metas ODM para Argentina	52
Gráfica II.1. Evolución de la Mortalidad Infantil en Argentina, 1980-2010.....	56
Tabla II.1. Variación porcentual de la tasa de mortalidad infantil por decenios. Países de América Latina y Años seleccionados.....	58
Gráfica II.2. Variación porcentual de la tasa de mortalidad infantil por decenios. Países de América Latina y Años seleccionados. Valores normalizados	59
Tabla II. 2. Evolución de la Mortalidad Infantil -4años. Países latinoamericanos. Años Seleccionados entre 1970-2010.....	60
Gráfica II.3. Mortalidad infantil. Brecha entre los valores esperados para el cumplimiento de la meta ODM y los efectivamente observados. 1990-2011.....	61
Gráfica II.4. Brecha entre los valores esperados según la tendencia lineal y los valores observados. 1980-2011	62
Gráfica II.5. Evolución de la tasa de mortalidad infantil y el PBI. Argentina, 1980-2011.....	64
Tabla II. 3. Indicadores sobre la evolución de la heterogeneidad intra-nacional en Argentina. 1980-2011.....	66
Gráfica II. 6. Indicadores relativos a la evolución del Índice de Gini de la Tasa de Mortalidad Infantil entre provincias. 1980-2011.	67
Gráfica II. 7. Indicadores relativos a la evolución del Índice de Gini de la Tasa de Mortalidad Infantil entre provincias. 1980-2011	68
Gráfica II. 8. Provincias distribuidas según pendiente de la trayectoria y posición relativa en 1980. 1980-2011	69
Gráfica II. 9. Tasa de Mortalidad Infantil. Indicadores de dispersión entre jurisdicciones. 1980-2011	70
Gráfica II. 10. Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna. 1990-2010. Países Latinoamericanos seleccionados.	75

Gráfica II. 11. Países de América Latina ordenados según la Tasa de Crecimiento Anual Media de la Mortalidad Materna. 1990-2010	76
Tabla II. 4. Evolución de la Mortalidad Materna en Argentina. Valores trienales. 1981-2010	78
Gráfica II. 12. Mortalidad Materna. Brecha entre los valores esperados para el cumplimiento de la meta ODM y los efectivamente observados. 1990-2011.....	79
Gráfica II. 13. Mortalidad Materna. Razón del Promedio Interprovincial y Total Nacional. 1981-2010. Valores trienales.....	80
Gráfica II. 14. Evolución de la Mortalidad Materna en Argentina. 1980-2011. Indicadores relativos al Total nacional y al promedio interprovincial.....	81
Gráfica II. 15. Escenarios relativos a la incidencia y tendencias de la mortalidad materna por provincias. Serie completa, 1980-2011.....	82
Gráfica II. 16. Trayectoria de la tasa de mortalidad materna. Indicador “Pendiente invertida”. Años 1980-2011	84
Tabla A.I.1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil. Total Nacional, Promedio interprovincial y Razón promedio interprovincial /total nacional, según provincias. 1980-2011	86
Tabla A.I.2. Indicadores seleccionados sobre la evolución de la tasa de mortalidad infantil según provincias. 1980-2011	88
Tabla A.II.1. Evolución de la Mortalidad Materna, total del país y provincias. Valores trienales. 1981-2010	89
Tabla A.II.2. Tasas de Mortalidad Materna en América Latina. Años seleccionados y tasa de (de)crecimiento anual media	90
Esquema III.1. Características típicas de diferentes sistemas según vía de financiación	95
Tabla III.1. Indicadores comparados sobre Gasto en Salud. Países seleccionados en América Latina y región noratlántica. Promedio 2005-2010	101
Gráfica III.1. Gasto Privado y Gasto en la Seguridad Social –ambos como % del gasto total en salud-. 41 países, promedio 1995-2010.....	102
Gráfica III.2. Gasto Privado y Gasto en la Seguridad Social –ambos como % del gasto total en salud-. Total de países, promedio 1995-2010.....	103
Gráfica III.3. Estructura del Financiamiento según grandes sub-sectores. Países seleccionados y promedios regionales de América y Europa. Período 2005-2010	105
Tabla III.2. Cobertura del Sistema global de Obras Sociales como proporción de la población total según fases político-económicas.....	107
Gráfica III.4. Evolución de la cobertura de la población por parte de las Obras Sociales. 1968-2010	108
Gráfica III.5. Condición de Afiliación según provincia. Variación inter-censal	109
Gráfica III.6. Variación inter-anual del Producto Bruto Interno y de la tasa inter-censal de afiliación. 1980-2011	110
Gráfica III.7. Evolución de la informalidad laboral. Total de aglomerados relevados por EPH, 1991-2012.....	112

Gráfica III.8. Evolución trimestral del empleo por sector de actividad. 2001-2012. Índice año 2001 = 100.....	113
Gráfica III.9. Evolución del Gasto Público en Salud, diferentes rubros. 1980-2009. Valores per capita en pesos constantes del año 2001	114
Tabla III.3. Ingreso Declarado de los Ocupados según tipo de cobertura médica. Argentina, 2º trimestre del 2012.....	116
Tabla III.4. Población que Consulta a médico según afiliación. Razón de uso de afiliados y no afiliados.1992, 2001, 2003, 2005, y 2010	116
Gráfica III.10. Evolución del gasto en salud provincial y municipal como proporción del gasto total. 1980-2009	117
Gráfica III.11. Evolución del Gasto en Atención de la Salud per cápita, Nación y Provincias. Razón del Gasto Provincial sobre Nacional. 1980-2009	118
Gráfica III.12. Evolución del gasto privado en atención a la salud. Total del gasto y gasto en “planes” y “de bolsillo”. Argentina, años 1995-2010.....	119
Gráfica III.13. Evolución del Gasto en Atención a la Salud como % del Gasto Público Total y del Gasto Público Social. 1980-2009	120
Gráfica III.14. Evolución del déficit como proporción de los ingresos primarios. 2001-2012	121
Esquema IV.1. Fuentes de Información y Déficit de la misma	126
Esquema IV.1. El Federalismo y la Política Social: tendencias y contra-tendencias	131
Esquema IV.2. El Bismarckismo como Formato de Política Pública.....	133
Gráfica IV.1. Índice de Bismarckismo. Razón gasto de los seguros sociales /Gasto público oficial. Argentina, Francia y Alemania. Años seleccionados 1960-2008.....	139
Gráfica IV.2. Índice de Bismarckismo. Evolución del Gasto de los Hogares –Seguros privados y gasto “de bolsillo”- como proporción del gasto total. Argentina, Francia y Alemania. Años seleccionados 1960-2008	139
Gráfica IV.3. Evolución del Gasto en Salud como proporción del PBI. Argentina, Francia y Alemania. Años seleccionados 1960-2008.....	140
Gráfica IV.4. Establecimientos según Sub-sector de Atención a la Salud. Argentina, 1969, 1980, 1995, 2012. Alemania, 1991 y 2004. Francia, 2006.	141
Gráfica IV.5. Camas según Sub-sector de Atención a la Salud. Argentina, 1969, 1980, 1985, y 2000. Francia, 1998. Alemania 2003 y 2006	142
Tabla IV.1. Evolución de la Cantidad de Obras Sociales y Beneficiarios según naturaleza institucional. Argentina, 1995-2010.....	143
Gráfica IV.6. Ubicación de los Países según Grado de Responsividad y Distribución del Indicador, circa 2000. Total 190 países, Somalia y República del África Central excluidos	145
Tabla IV.2. Evolución de las Opiniones sobre la Calidad y Satisfacción con la Atención de la Salud. Argentina, 1995-2009.....	146
Gráfica IV.7. Evolución de las Opiniones sobre la Calidad y Satisfacción con la Atención de la Salud. Argentina, 1995-2009.....	147
Gráfica IV.8. Satisfacción. 2003-2009. Varios países latinoamericanos.....	148
Gráfica IV.9. Evolución de la auto-evaluación de salud. Argentina, 1984-2006	149

Tabla A.IV.1. Gasto según Sub-sector de Atención a la Salud. Argentina, Francia y Alemania. Años seleccionados entre 1960 y 2008.....	151
Tabla A.IV.2. Establecimientos asistenciales según sub-sector. Evolución del indicador para Argentina y datos comparativos con Alemania y Francia. Años seleccionados entre 1958 y 2008	152
Tabla A.IV.3. Dotación de camas según sub-sector. Evolución del indicador para Argentina y datos comparativos con Alemania y Francia. Años seleccionados entre 1946 y 2008.....	153

PRESENTACIÓN

Una *vieja* cuestión: un sistema que asegure *salud para todos*

Este trabajo pretende ser un análisis y evaluación del sistema de salud de la Argentina. Busca establecer comparativamente su desempeño así como describir los principales aspectos de esa trayectoria en un plazo de aproximadamente treinta años. Se trata de un período de tiempo para el que se cuentan con datos razonablemente ajustados y que permiten una lectura adecuada de los principales procesos del sector.

Intentamos regresar, con una mirada lo más fresca y actual posible, sobre lo que hoy parecen ***viejas preguntas y preocupaciones*** sobre la salud y su atención.

¿Debe preocuparnos, con alta prioridad, lo atinente al diseño de un sistema de salud que atienda a la población de modo eficaz, equitativo y responsivo¹?

Esta es una ***vieja*** cuestión que sirvió de guía - desde mediados de los años '60s y durante más de cincuenta años -para el debate sobre la salud pública. Cuestión que además contó con el impulso de las ideas desarrollistas y los renovados enfoques de ***medicina social***, y que tuvo su apogeo en el año 1978, al establecerse la Declaración de Alma-Ata que instaba a la ***“Salud para Todos en el año 2000”***. En ese marco, la cuestión del diseño de sistemas de salud fue el nodo central de la discusión socio-sanitaria.

Admitir que se trata de una ***vieja cuestión***; no habilita de ninguna manera que podamos aceptar que es una cuestión obsoleta. En la actualidad, como desde hace mucho más que cincuenta años, **la preocupación acerca de cómo organizar los sistemas de salud debe seguir teniendo un lugar esencial**. Al respecto vale la pena recordar que el *Informe de la OMS sobre la Salud en el Mundo* de 2008 se dedicó a renovar la apuesta por la Atención Primaria, y que ha sido la organización e institucionalidad del sector salud el contenido central de diversos *Informes Anuales* de dicha Organización Internacional; en especial, los de 1999, 2000, 2010-.²

¹ “Responsivo” en el sentido de *responder a las expectativas* de los usuarios.

² Los siguientes son los títulos de los Informes sobre la Salud en el Mundo, disponibles en <http://www.who.int/whr/previous/es/index.html>

1995 - *Reducir las desigualdades*.

1996 - *Combatir las enfermedades, promover el desarrollo*.

1997 - *Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad*.

1998 - *La vida en el siglo XXI* –toca temas varios, incluyendo una historia de la misma OMS.

1999: *Cambiar la Situación* –dedicado a la diferencia que hacen conocimiento técnico y servicios de salud.

2000: *Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud* –dedicado a la organización de servicios de salud.

2001: *Salud Mental. Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas* –dedicado a Salud Mental.

2002: *Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana* –dedicado a subrayar la promoción y prevención.

Sin embargo, en nuestro medio, son pocas las voces que se expresan sobre el tema. Si se atiende a la escasez de contribuciones y de preocupaciones públicas en el país, la salud parece haber quedado atrás como preocupación política. En una actitud pendular, y esencialmente miope, ciudadanía y gobiernos parecen atrapados en los puntos extremos de la línea de conciencia: o bien la crisis con su urgencia inmediata y cotidiana ciega a toda pregunta sobre organización e instituciones; o bien el éxito y las superficiales y aparentes abundancias transitorias cumplen idéntico papel. **En cualquier caso, el debate socio-sanitario sobre la “Salud para Todos” parece olvidado o, por lo menos, adormecido. Tal vez peor aún, parece existir una corriente que trata de hacernos creer que no es un tema que merezca tener espacio en una agenda académica o política y mucho menos en la ciudadana. Este libro busca aportar a la indispensable renovación de ese debate. Por que los problemas de la gente siguen siendo los mismos.**

Pretendemos que el material que se presenta pueda ser de utilidad para la la investigación y docencia universitarias, sin por ello dejar de ser accesible al lector no especializado. Este doble objetivo se trasunta en dos aspectos especialmente. Se ha tratado de que los capítulos resulten accesibles para un lector que recién inicia en la temática, presentando en la mayor parte de los casos no sólo la información relevante sino también las herramientas conceptuales correspondientes. Por otra parte, la lógica argumentativa obedece a la búsqueda característica de un informe de investigación: se pretende evaluar con una doble impronta, comparativa y de mediano-largo plazo, el desempeño del sistema de atención a la salud en Argentina.

Hemos tratado de hacer un esfuerzo por identificar lo que nos parecen un mínimo listado de temas altamente significativos y de interés para un amplio público. Pretendemos presentar argumentos, a veces complejos, del modo más sencillo posible. Esperamos habernos aproximado a nuestro objetivo de evitar que caiga en el olvido académico y ciudadano una preocupación tan esencial.

Organización del libro

Regresar sobre la cuestión de la organización e instituciones de un sistema de salud remite a un conjunto de preguntas. En primer lugar, se trata de evaluar un sistema en términos de su

2003: *Forjemos el futuro.*

2004: *Cambiamos el rumbo de la historia* –dedicado a HIV-SIDA.

2005: *¡Cada madre y cada niña contarán!* –dedicado a la salud materno-infantil.

2006: *Colaboremos por la Salud* –dedicado al personal sanitario.

2007: *Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI.*

2008: *La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca.*

2010: *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.*

desempeño, a los efectos de diagnosticar y sugerir líneas de acción que subsanen sus problemas. No obstante, y de forma previa, habría que preguntarse, ¿qué relación guardan la salud y los sistemas de salud? Lógica y analíticamente los interrogantes acerca de los estados de salud y la efectividad del sistema de salud argentino son subsiguientes a partir de esta primera pregunta.

El contenido y organización del libro están orientados por las preguntas así esbozadas. Se inicia, en el siguiente **capítulo I**, con una discusión acerca de la relación entre salud y sistemas de salud; elaboración siempre sucinta si se tiene presente la amplitud y profundidad del tema. Obsérvese que sobre este punto cabe realizar un primer interrogante del todo escéptico: ¿hay alguna relación entre salud y sistemas de salud? Nos gusta recordar aquel reporte sobre un país en el que una prolongada huelga de médicos había dejado a la población sin más servicios que la atención de las urgencias, pero que no obstante la falta de atención, en el período había mejorado sus indicadores de salud. En otro sentido también nos preguntamos sobre la validez descriptiva de indicadores estándar –por ejemplo, la mortalidad infantil o la mortalidad materna- en la medida en que, se puede opinar que el movimiento de una tasa estadística no sirve para captar la experiencia vital de los ciudadanos, ni la verdadera naturaleza de sus problemas de salud –dicho todo esto en sintonía con lo que, a mediados de los '80s, se conoció como la “política de indicadores”, clave de denuncia sobre lo que acontecía en Chile donde se conjugaban el descenso abrupto de la tasa de mortalidad infantil con condiciones altamente represivas y dictatoriales.

En resumen, habiendo justificación para establecer un legítimo interrogante sobre la relación entre los sistemas de salud y la salud, conviene iniciar con este tópico. Una vez discernidas y examinadas las principales líneas del debate, en los capítulos siguientes se avanza estudiando el desempeño del sistema de salud en Argentina.

Hay aquí dos aspectos a discernir. Por un lado, la cuestión del desempeño; por otro, el cómo observar y describir un sistema de atención a la salud. Con relación a lo primero, la OMS definió tiempo atrás tres objetivos básicos para los sistemas de salud, metas que entonces permiten evaluar el desempeño intrínseco y comparativo de un país, así como observar su evolución en el tiempo. Estos tres objetivos son *efectividad*, *equidad*, y *responsividad*. Estos criterios evaluativos se consideran suficientes; más allá de los debates que la propuesta de la OMS suscita -debates que en un capítulo subsiguiente son reseñados y analizados-. El libro se estructura con base en el propósito de examinar cada una de estas dimensiones así como las consecuencias de la evaluación para la política pública en el terreno de la salud.

- ¿Es *efectivo* el sistema de atención a la salud? Más claramente: ¿su acción provee salud? ¿Han mejorado los indicadores sanitarios en función de la acción del sistema? Sabemos que la vinculación de uno y otro no es directa ni proporcional, no obstante es esperable que exista, al menos para un conjunto de indicadores seleccionados, alguna correspondencia entre la acción del sistema de atención a la salud y los estados de salud.

A esta cuestión se dedica el **capítulo II**. Se estudia allí el desempeño del sector salud en función de dos indicadores considerados básicos y cruciales: la mortalidad infantil y la mortalidad materna.

- ¿Es *equitativo* el sistema de atención a la salud? Dicho de un modo más preciso: ¿está desvinculada la solvencia personal y la capacidad de afrontar los gastos que la atención de salud puede demandar? ¿Esa des-vinculación está igualitariamente repartida entre los miembros de nuestra comunidad política? Esta es una pregunta sobre el grado de extensión y la amplitud de la cobertura frente al riesgo de enfermar o la necesidad de atención y a ella se dedica el **capítulo III**. Al respecto, cabe establecer que puede distinguirse dos aproximaciones a la noción de equidad de un sistema. Primero, la cuestión de la cobertura -¿a cuántos incluye?-. Subsiguientemente, cabría analizar la equidad en sentido más estricto: ¿el acceso a los diferentes bienes o recursos del sector sucede en términos de “mérito” o “necesidad”? El capítulo III está dedicado especialmente al primer tipo de aproximación mencionado.
- ¿Es *responsivo*? Es decir, ¿responde a las expectativas no sanitarias legítimas de la población? Tratamos de avanzar algunas consideraciones sobre ello, aun cuando sabemos que es un tema prácticamente inacabable y sobre el que hay una importante escasez de información. Este es el tema que se estudia en el **capítulo IV**.

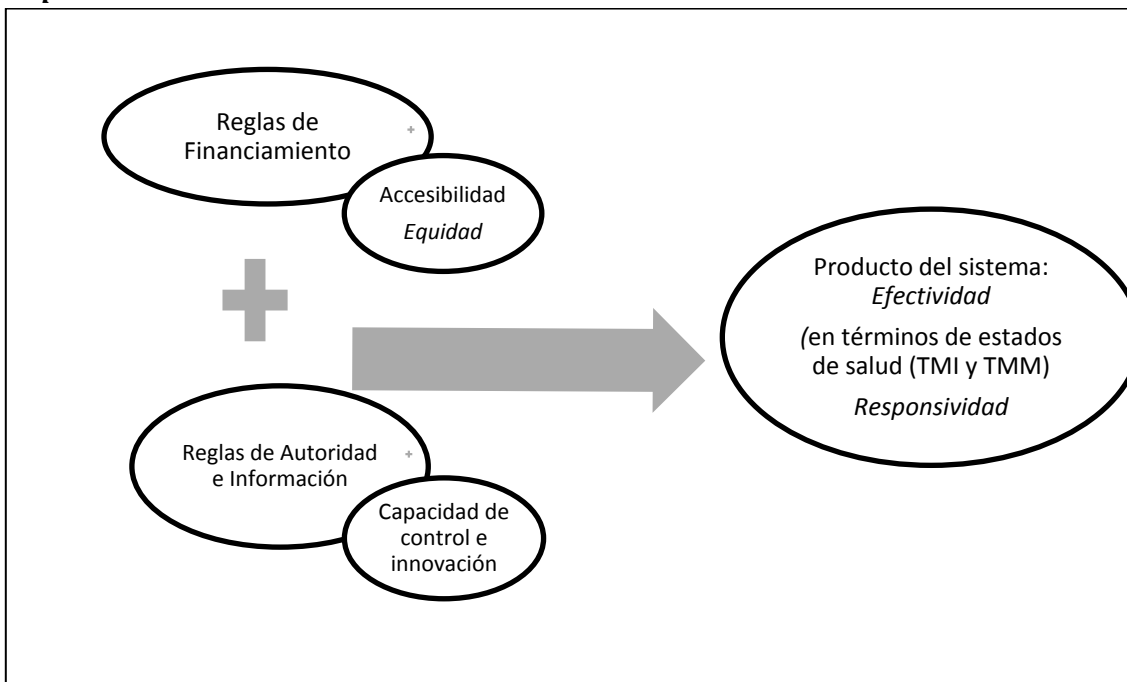
Entrelazadas con las preguntas anteriores, se encuentran las dimensiones de estudio pertinentes para abordar un sistema de atención. Es decir, mientras que estos interrogantes remiten a productos o sub-productos de un sistema de atención, corresponde también analizar la configuración del sistema. Es reconocida la noción de un *sistema* como un mecanismo que convierte insumos en productos. ¿Cómo realiza esa tarea el mecanismo? En este punto, interviene una noción crucial: la idea de un diseño organizativo. Porque la conversión de insumos en productos se realiza con mayor o menor eficacia dependiendo del arreglo organizativo del sistema.

Para abordar adecuadamente la cuestión es indispensable diferenciar los componentes básicos de un diseño organizativo. Debe entenderse a este diseño como la coordinación de tres tipos de flujos: el flujo de bienes y servicios –en particular, lo financiero-, el flujo de información, y el flujo de autoridad. Se propone aquí que cada flujo sostiene un sub-producto relevante y que debe ser examinado. Lo atinente al financiamiento ha de perseguir una meta de accesibilidad o cobertura y lo atinente a la autoridad e información ha de perseguir capacidad de control e innovación; capacidades indispensables para vincular necesidades con recursos –este es un concepto afín al de “sintonía”; o bien, dicho de otro modo, afín a la capacidad de decidir intervenciones con alta especificidad y productividad-. Como se argumenta en el capítulo siguiente, la aptitud para “sintonizar”, es indispensable para el tipo de avance en el desempeño de los servicios de salud que

se ha venido envidando: un “liderazgo basado en la evidencia”; es decir, menos en principios relativamente inflexibles y con más sintonía en la potencialidad y factibilidad del mecanismo bajo consideración-.

Esta discusión permite introducir de modo esquemático el planteo analítico que se seguirá.

Esquema 1. El modelo analítico de este estudio.



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a esto, un sistema –el *sistema de salud* así entendido como un conjunto de reglas y recursos de financiamiento, información y autoridad- ha de obtener dos tipos de resultados: resultados intermedios relativos a accesibilidad o equidad y capacidad de innovación y resultados finales en términos de estados de salud.

El libro es resultado de una larga trayectoria de amistad y camaradería, volcada en infinidad de reuniones y conversaciones que enderezaban casi inevitablemente hacia el análisis del sector. Se trata, en este sentido, de un impulso y logro de naturaleza colectiva. No obstante, y a los fines de las principales responsabilidades, vale desagregar los capítulos según su redactor principal. El capítulo I fue redactado por Ernesto R. Gagliano; el capítulo II por José A. Mántaras; y el capítulo III por Mario F. Navarro y Arnoldo Rosenfeld. También, Mario F. Navarro redactó el capítulo IV con la colaboración de María Cora Tieghi y Sofía Navarro. La introducción corresponde al colectivo de trabajo.

Capítulo I.

Ernesto Gagliano

La Salud y los Sistemas de Atención a la Salud

Introducción

Este libro se dedica a estudiar el desempeño del sistema -o sector-³ de atención a la salud en Argentina. El presente capítulo concierne a tres importantes aspectos de este sistema. Con fines introductorios y también didácticos se inicia presentando la evolución global del sistema de atención. La mirada se despliega entonces atendiendo a los importantes logros técnicos así como la alta legitimación social lograda por la práctica médica.

Ahora bien, no obstante tal legitimación y avances técnicos, las actividades del sector generaron una animada polémica a lo largo de los últimos cincuenta años. Con el fin de presentar un panorama del tipo de discusión y argumentos característicos, en segundo lugar, se examinan los diferentes enfoques con los que se ha tratado la vinculación entre las actividades del sistema de atención a la salud y los estados de salud de las poblaciones.

En tercer lugar, habiéndose establecido el grado y tipo de la relevancia a conceder para las actividades del sector de la atención a la salud, se procede a plantear y justificar el esquema de evaluación.

La Evolución del Sistema de Atención a la Salud

Los sistemas de atención a la salud que hoy conocemos son el resultado de la historia, de una conformación en la que intervinieron varias etapas evolutivas. Decididamente, la más importante, aquella que le ha dado la configuración actual, es relativamente reciente. Si bien la historia de la medicina puede rastrearse hasta muy lejos en el tiempo, hasta las primeras civilizaciones, la medicina contemporánea es notable porque concita tres rasgos altamente distintivos:

- **Eficacia técnica:** A diferencia de épocas precedentes, el profesional de la salud puede sentirse competente para manejar y solucionar –en general, con un propio bagaje de

³ “Sistema” y “sector” no son términos estrictamente términos equivalentes. No obstante, hacen referencia a una misma idea: “conjunto de actividades relativas a”. Por esto, en este ensayo y salvo aclaración en contrario, se utilizará a las palabras “sistema” y “sector” de modo intercambiable.

técnicas e instrumentos-, la mayoría de los problemas de salud. En este sentido, la actitud del médico moderno es “intervencionista”, a diferencia de aquella actitud previa en la que se limitaba a “acompañar el curso de la enfermedad”. Esta idea da pie a lo que luego se llamará el “imperialismo” de la profesión médica; esto es, la vocación de absorber en su campo de intervención todo lo relacionado con la salud y la enfermedad.

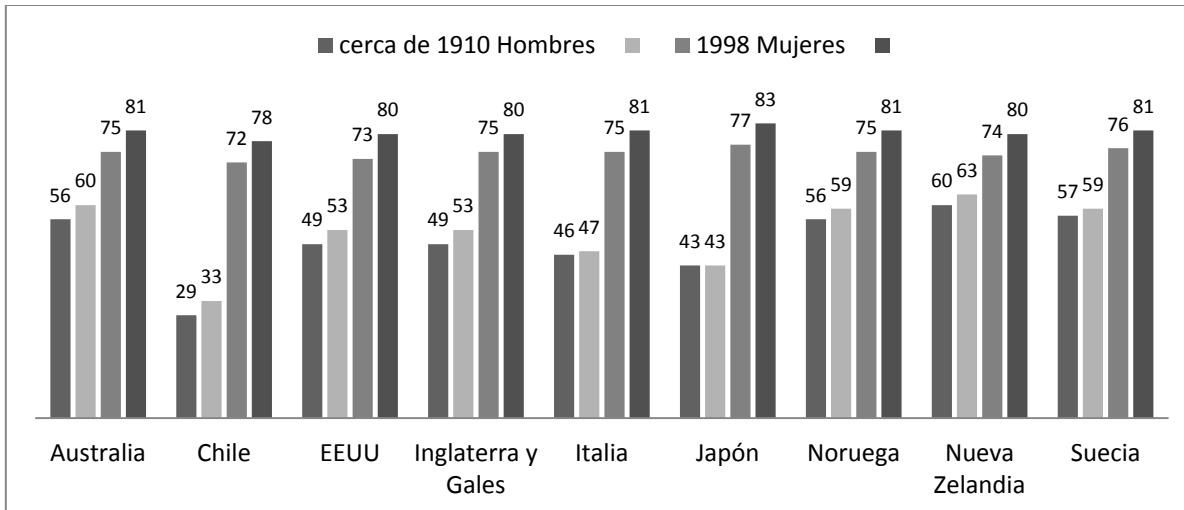
- **Especialización:** la eficacia es dispensada a partir del trabajo de un conjunto de expertos organizados corporativamente. Son dos ideas inter-relacionadas. Por un lado, la experticia, o la especialización en un ámbito del saber y práctica que le distingue de otros individuos y roles sociales; principio que además se extiende al interior mismo de la práctica profesional, desagregándola en variadas especialidades y sub-especialidades. Por otro lado, la organización corporativa; esto es, la conformación –notable en los médicos- de una comunidad de practicantes que celosamente resguardan su autonomía respecto de competidores –otro tipo de practicantes como, por ejemplo, los curanderos-, del estado y de las entidades o cajas de financiamiento en su caso.
- **Hospital:** desarrollo social e institucional de un espacio privilegiado para el trabajo de los especialistas. Este espacio es el resultante de la transformación moderna del Hospital.

Los cambios mencionados nos aparecen casi contemporáneos. Si todavía, en buena medida, puede decirse que vivimos social y políticamente en el mundo inaugurado por las revoluciones de fines del siglo XVIII –las ideas de libertad e igualdad y soberanía popular afianzadas por la revolución francesa siguen con nosotros-, hay que tener presente que los principales elementos de la medicina moderna no toman forma sino casi cien años después de esas revoluciones.

Por otra parte, no es fácil en la actualidad tomar plena conciencia de la magnitud del cambio involucrado en estos últimos cien años –los que van desde inicios del siglo XX hasta el presente-. Un primer rasgo a anotar, de enorme relevancia, es la coincidencia que se observa en dos tendencias: el incremento de la eficacia terapéutica y el aumento en la expectativa de vida.

Obsérvense las gráficas siguientes, que ilustran la transformación acontecida en la “expectativa de vida al nacer”. De acuerdo a ella, y a la siguiente, en sólo cien años la expectativa de vida creció un 60% y en Argentina casi se duplicó.

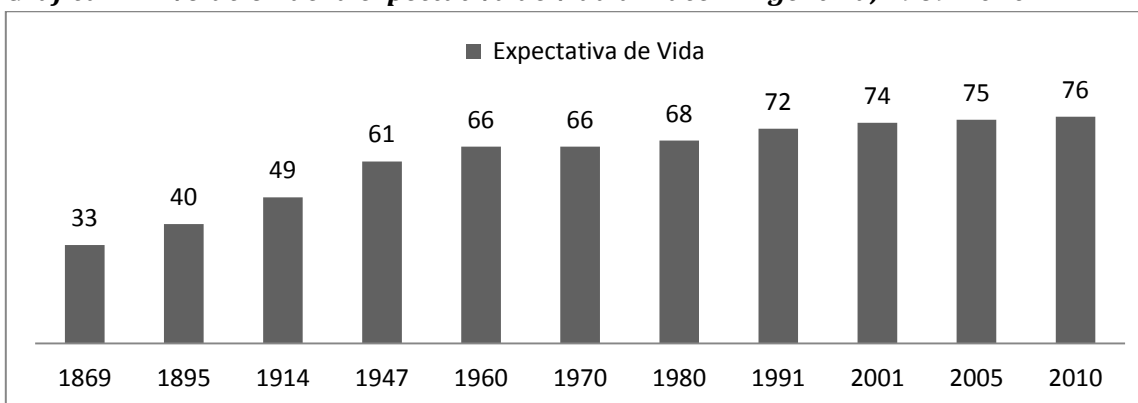
Gráfica I.1. Cambio en la Expectativa de vida según sexo entre 1910 y 1998. Países seleccionados, circa de 1910 y 1998.



Fuente: Elaboración propia con base en OMS *Informe de la Salud en el Mundo 1999* .p 2.

En el caso de Argentina, la expectativa de vida tuvo una evolución coincidente, mostrando importantes mejoras entre fines del siglo XIX y primera mitad del siglo XX: entre 1869 y 1960 la expectativa se duplicó; entre 1960 y 2010 creció un 15%.

Gráfica I.2. Evolución de la expectativa de vida al nacer. Argentina, 1969-2010



Fuente: Elaboración propia con base en PNUD *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina, 2011*. Bs. As., PNUD, 2011, p. 4.

Es obvio que la práctica médica resultó legitimada por la coincidencia entre los notables cambios en términos de mortalidad ocurridos en el último siglo y sus avances técnicos. Hay que anotar, no

obstante, ello no quiere decir que una causa a la otra. Existe una amplia controversia relativa a las mejoras en la expectativa de vida al nacer. Vale la pena reseñar esta cuestión.

Inicialmente, se consideró que la mejora en mortalidad y calidad de vida resultaba de la acción de conjunta de la salud pública y de los avances en el conocimiento médico –si bien muchas veces enfrentados, epidemiólogos y sanitaristas por un lado, y médicos por otro, compartían en general esta premisa-. Posteriormente, una corriente crítica –liderada por Thomas McKeown (1981) debatió esa idea sugiriendo que las mejoras se debían a una mejor nutrición; esto es, los factores responsables que determinan los estados de salud serían menos los avances del conocimiento y más la economía, la riqueza social. Las ideas de McKeown han sido también sometidas a escrutinio crítico, resaltando en la literatura el denominado “enfoque de la transición de salud” (Caldwell, 1992). Este autor sugiere no enfocar en las transiciones de mortalidad o de fertilidad, ambas el ámbito de discusión de las teorías precedentes, sino en lo que denomina “transición de salud”. En sus investigaciones, Caldwell concluye que la salud, en especial la salud infantil, depende sobre todo de elementos de índole cultural y hasta político –poniendo en evidencia el rol crucial del nivel educativo de las madres así como el carácter democrático de una población, entre otras características-. Este último, el enfoque de la “transición de salud” es la línea de análisis hoy predominante en muchos espacios de conocimiento y política pública de salud.

La Cientificación y Profesionalización de los Médicos

A pesar del largo y, en muchos sentidos distinguido, linaje de los médicos –que pueden remontarse a la célebre medicina griega de Hipócrates o Galeno-, la profesión médica, en cuanto colectivo de especialistas con reconocimiento social, tiene una historia mucho más reciente. No es sino hasta mediados del siglo XIX, cuando suceden cambios fundamentales que los convierten en el parangón del tipo social profesional –esto es, que las demás profesiones imaginan como su meta el obtener el estatuto social de los médicos-.

¿Cómo llega la medicina a este lugar? Lo logra hilvanando una fuerte afinidad con el conocimiento científico. En el último siglo, la ciencia médica deviene un paradigma de la ciencia aplicada. Son varios los rasgos que denotan este movimiento.

- En primer lugar, el abandono de la interpretación de los síntomas del enfermo, para indagar en signos de enfermedad; signos que procuran medirse y evaluarse con alta precisión. Uno de estos signos son los de tipo, anátomo-patológicos, obtenidos mediante el uso experto de los sentidos del profesional que “observa, palpa y percusióna”; captación que va progresivamente complejizándose -y haciéndose más precisa- a medida que se incorporan innovaciones tecnológicas que ayudan a aquellos sentidos del

profesional; innovaciones que, por otra parte, exigen el concurso de un conocimiento crecientemente especializado.⁴ Simultáneamente, avanzaba la fisiopatología, indagación sobre los signos de alteraciones funcionales, como por ejemplo una más idónea interpretación de un síntoma tan ubicuo como la fiebre.⁵⁶ Finalmente, la etio-patología, disciplina que destaca la causalidad de la enfermedad a partir de gérmenes, y que establece con autoridad el fenómeno igualmente ubicuo del contagio. Esta disciplina aporta por otra parte, a partir del estudio de la respuesta inmunológica, a la elaboración diagnóstica en laboratorio, así como a la producción de vacunas o tratamientos.⁷

- Estos adelantos, en las tres áreas mencionadas, pueden interpretarse como avances en términos de “medicina experimental”, y suceden a la par de avances en otras dos áreas estrechamente relacionadas -y con la que los médicos tuvieron relaciones conflictivas en estas etapas iniciales-: la cirugía y la farmacia. Como hoy se sabe, el conflicto fue saldado incorporando a los cirujanos a la profesión y pretendiendo la subordinación del farmacéutico.

Al término de ese profundo cambio de la práctica, llamado por las razones apuntadas el “advenimiento de la medicina experimental”, el médico estaba en condiciones de diagnosticar y curar con muy “ampliada eficacia” –mayor eficacia, por supuesto, juzgada en comparación con lo que hasta ese momento lograba-. De hecho, es en este preciso momento en que puede estipularse una definición sociológica de la enfermedad como aquella parte del sufrimiento humano “dejado en manos de los médicos”. Hay que hacer notar, puesto que formó parte de la polémica subsiguiente, que esta eficacia no era ni mucho menos definitiva, al menos en términos de la efectiva cura. Así, por ejemplo, la tuberculosis, una enfermedad de la que se conocía con toda precisión su etiología desde fines del siglo XIX, y de la que recién para 1952 se cuenta con un fármaco suficientemente idóneo. Se trata entonces de una legitimidad que, en buena medida, deviene por la capacidad de explicar, de develar el misterio de la enfermedad y abrir la esperanza de alivio -y menos por la capacidad de efectivamente curar-.

⁴ Tales como el estetoscopio -incorporado a la práctica por Laenec en 1819- y las variadas formas de la endoscopía iniciadas por el oftalmoscopio de Helmholtz en 1851.

⁵ Aquí despunta un instrumental diagnóstico hoy esencialmente cotidiano, el termómetro, incorporado a partir de las investigaciones de Wunderlich en 1868.

⁶ Aquí las mediciones de tipo bioquímico de la orina con el descubrimiento de la leucina y la tirocina –Frerichs, entre 1858 y 1868-; del pulso arterial con incorporación del esfigmógrafo en 1860 debido a Marey; y, posteriormente, a principios del 1900s, el electrocardiograma y encefalograma de Einthoven y Berger respectivamente. A fines del siglo XIX, no olvidar también, aparece la tecnología de Rayos X debida a Roentgen y los Curie.

⁷ Aquí pueden citarse, por ejemplo, las técnicas de detección de índole microscópica y/o bacteriológica –la observación microscópica del bacilo de Koch, la reacción de Wasserman para el serodiagnóstico de la sífilis, la reacción de Widal para la fiebre tifoidea-.

De aquí en adelante no tendremos más frente a nosotros a una cosa vaga e indeterminada, estamos en presencia de un parásito visible y tangible. Se desarrolla en el hombre y con cegar las fuentes de donde viene la infección, y una de ellas es seguramente la expectoración, la lucha antituberculosa será un hecho. (Robert Koch. Conferencia ante la Sociedad Fisiológica de Berlín, marzo de 1882).

Lo dicho anteriormente subraya un elemento que revela la emergencia de un tipo de conocimiento especializado, esotérico, que lee más allá de los propios sentidos del paciente, a partir de mediciones que sólo un experto puede interpretar. Entonces, el estatuto de los profesionales médicos no deviene sólo de su superior capacidad para explicar y curar, sino también del desplazamiento y encapsulamiento del conocimiento en una experticia, en el monopolio de un saber. Esto se hace notar en las notorias diferencias que existen a partir de ese momento –a mediados del siglo XIX- entre el modo de diagnosticar utilizado previamente y el que se valida desde entonces.

El proceso ha sido relatado por los sociólogos e historiadores de la práctica médica.⁸ Estos autores señalan varios cambios en el acto social de definir una enfermedad y un enfermo. El primer cambio a notar es la aparición de la enfermedad como un concepto independiente del enfermo: los médicos aplican su conocimiento no a síntomas que cualquier enfermo experimenta y puede interpretar, sino a signos que sólo el experto puede leer. Si hasta entonces el diagnóstico dependía de la narrativa de síntomas del paciente –razón por la que el diagnóstico a partir de intercambio de cartas no era infrecuente-, es ahora el médico el que obtiene la información cuando “palpa, observa, percusiona” y detecta la enfermedad, un objeto que trasciende al paciente y tiene existencia propia.

Como se señalaba, la tecnología vino a aguzar los sentidos del médico, determinando también un cambio de escenario: desde la casa del paciente hacia el hospital. Ello permitió una renovada legitimación social de estos especialistas, responsables entonces de tan alto valor social como es la salud. Hasta ese entonces, los médicos habían tenido serias dificultades para desplazar a las variopintas formas y personajes de medicina popular. Así, por ejemplo, en el caso de Argentina se ha dicho que “la superioridad de la práctica de los médicos diplomados estaba más en el terreno de los deseos que en el de la realidad, ya que sus terapias se revelaron tan impotentes como las de sus ilegales competidores” (Armus, 1986, p. 2).⁹ No obstante, el control de las enfermedades

⁸ Este es, sociológicamente hablando, un fascinante campo de estudio. Véanse al respecto las contribuciones de Phil Brown (1995); Charles Rosenberg (2002); Annemarie Jutel (2009) entre otros.

⁹ Hacia 1780 se instituye en Buenos Aires el *Protomedicato*, entidad que procuraba regular la práctica médica en beneficio de la entonces así llamada “medicina sabia”. Un nuevo jalón histórico sucede hacia 1820 cuando se crean el Instituto Médico Militar, la Universidad de Buenos Aires con

infecto-contagiosas se revela como un punto de inflexión. “En todos los casos, lo que resulta indudable es que estos avances respecto de la irrespetuosa e indiscriminada muerte epidémica generaron, a la larga, una alta dosis de credibilidad en los representantes de la medicina oficial” (Armus, 1986, p. 4). Pronto la batalla se trasladará hacia la subordinación no ya de curanderos sino de otras profesiones que tocan en la incumbencia médica: optometristas, enfermeros, parteras y farmacéuticos (Belmartino, 2005, pp. 88-89). El hito en esta lucha será a partir de 1922 con la sanción del Código Penal. El Código, con severidad aumentada respecto de la legislación comparada, sanciona específicamente el “ejercicio ilegal del arte de curar”, incluso si se lo hace gratuitamente.¹⁰

En el caso de los Estados Unidos, el monopolio del arte de curar que logran los médicos y su asociación a los procedimientos y prácticas científicas modernas fue el resultado de iniciativas como, entre otras, las de Abraham Flexner en EEUU,¹¹ quien se preocupaba esencialmente por la calidad escasamente científica de la formación médica así como por la cantidad de médicos que a comienzos de siglo ejercían. El éxito de estas iniciativas aseguró para los médicos la “medicalización”; es decir, la transformación de variados problemas de vida y salud en problemas exclusiva o predominantemente médicos.

La valoración social permite a los médicos reivindicar un rol socio-laboral muy específico: la idea de profesión.¹² Entre las varias características que releva la literatura sociológica respecto de este rol, vale enfatizar las siguientes. Primero, si bien el profesional está dedicado laboralmente, se trata de una actividad que no puede imaginarse comercial o de negocios. Por ello, se estima que el profesional no vende, sino que dispensa servicios y entonces su remuneración ha de considerarse

una cátedra de Medicina, y el Tribunal Médico. No obstante, todavía el Censo de 1869 registra 1047 curanderos y sólo 453 médicos diplomados.

¹⁰ El art. 208, inc. 1 amenaza con prisión de 15 días a 1 año: “al que sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excediendo los límites de su autorización, anunciare, prescribiere, administrare o aplicare habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aún a título gratuito”. Por su parte, se sanciona de modo más general al ejercicio profesional ilegal en el art. 247, que señala: “Será reprimido con prisión de quince días a un año el que ejerciere actos propios de una profesión para la que se requiere una habilitación especial, sin poseer el título o la autorización correspondiente”.

¹¹ El informe de Abraham Flexner implicó la ruptura decisiva en cuanto a la profesionalización médica y asociación de la práctica médica con la ciencia moderna. Ver, Abraham Flexner (1910).

¹² La literatura sociológica ha concurrido en varias características definitorias. En general, la profesión designa a un tipo de ocupación caracterizado por: i) dedicación laboral –es decir, no es *amateur*-; ii) altamente motivado; iii) cuerpo especializado de conocimientos y habilidades obtenidas a partir de un entrenamiento prolongado; iv) toma decisiones conforme a principios generales consistentes con teorías científicas; v) posee espíritu de servicio –es decir, ausencia de interés propio- y por esta razón se suele inhibir la publicidad del servicio; vi) su servicio se basa en necesidades objetivas y menos en los deseos del cliente; vii) tiene autonomía disciplinaria –sólo sus colegas pueden juzgarlo- y en función de ella conforman colegiaturas –entidades compuestas de pares y dedicadas a regular la admisión a la profesión-. Ver, Tenti Fanfani (1989, p. 24).

un “honorario” y no una renta o ganancia. Segundo, se trata de una práctica basada en un conocimiento experto, lo que tiene como corolario la autonomía profesional. Las profesiones se auto-regulan, y esto quiere decir que sólo los efectivamente iniciados en el conocimiento pueden evaluar la práctica –es decir, que los pacientes no pueden-; y que sólo los mismos expertos pueden conceder la admisión o titulación de experticia. Tercero, la idea de una práctica cuya valoración social le asegura un lugar entre las funciones requeridas por la colectividad; es decir, que su actividad tiene un estatuto público para-estatal en el sentido de que su acción asiste al estado en el cumplimiento de las suyas.

La autonomía médica es lograda en la práctica cuando el colectivo de profesionales médicos obtiene el monopolio de las actividades relativas al arte de curar, facultades de limitar el ingreso y calificar la conducta de sus miembros, así como de fijar los aranceles de la práctica. El monopolio es logrado frente a la medicina popular y especialistas afines; la facultad de regular admisiones y expulsiones se logra frente al estado y sistema universitario; y, finalmente, la lucha por la autonomía en honorarios se libra frente al estado y, especialmente, frente a las cajas de seguro social o mutualidades. No enfrentando este último problema, en Gran Bretaña la autonomía se logra hacia 1858 y hacia 1912 en EEUU. De modo más parecido al debate que acontece en Argentina, sólo en 1931, en Alemania los médicos logran subordinar a las cajas del seguro social.¹³

Por su parte, como ya se ha mencionado, la eficacia clínica ha estado ligada a la incesante innovación técnica en aparatos de índole diagnóstica y terapéutica. La innovación no ha cesado desde los albores de la segunda revolución industrial –*circa* 1880s-. Entre fines del 1800s y comienzos del 1900s se perfeccionaron las técnicas para las principales intervenciones de los profesionales de la salud –la transfusión de sangre, la anestesia, el descubrimiento de los rayos X, los antibióticos, y tantos otros descubrimientos que permitieron mejorar sustantivamente la eficacia, confiabilidad, y amenidad para el paciente de la atención médica-.

Este movimiento científico y técnico se ha probado incesante. Contemporáneamente se analizan y discuten –en términos también de bioética y ya no sólo de eficacia técnica- espinosas cuestiones relativas al trasplante de órganos y temas de salud reproductiva. A los efectos de ilustrar esta saga, considérese la siguiente de las innovaciones tecnológicas más importantes en la atención a la salud –las fechas corresponden a la aparición de la técnica o aparato con un funcionamiento razonablemente seguro-:¹⁴

¹³ Michael Moran y Bruce Wood (1993, cap. 3).

¹⁴ La aparición de la técnica puede tener una fecha calendaria muy diferente al del conocimiento teórico que permita su desarrollo. Para una historia breve de las técnicas, ver Curley (2010, capítulo 5). Para una historia de las teorías, ver Kuiper (2010).

Esquema I.1. Cronología de técnicas en medicina, siglos XIX y XX

1796: Vacuna de la viruela. 1848: Anestesia general. 1867: Antisepsia ¹⁵ 1895: Rayos X 1897: Aspirina ¹⁶	1921: Insulina y hormonas en general 1925: Penicilina, las sulfamidas en 1935 1900: Transfusión de sangre, grupo RH, 1940 1953: Vacuna contra la poliomelitis 1929: Ciclo de la ovulación La píldora anticonceptiva es desarrollada en 1960 1969: Ingeniería genética.
--	--

Fuente: Elaboración propia

La Ascendencia del Hospital

En paralelo a estos desarrollos técnico, puede también apreciarse un cambio en el espacio social de la práctica. Emerge, a partir de fines del siglo XIX una nueva área de trabajo, el hospital, como lugar típico del trabajo médico. Hasta entonces, la práctica médica se ejercía principalmente en el domicilio del paciente –o bien, en la casa del profesional en las que se arreglaban pequeñas clínicas-.

La siguiente tabla ilustra la evolución del hospital, poniendo de resalto dos fases, las que van desde un espacio de contención social y aislamiento hasta un centro de tratamiento a comienzos del siglo XX.

¹⁵ Lister desarrolla el método de “antisepsis” en 1867, siguiendo los resultados de una decena de años antes logrados por Pasteur, quien logró el avance decisivo en la teoría de gérmenes y microbios. Anecdóticamente, vale recordar también el trabajo precursos de Ignaz Semmelweis quien, con base en análisis de estadística correlacional, había sugerido que la falta de asepsia de los obstetras era la causa de los brotes de fiebre puerperal.

¹⁶ En agosto de 1897, Félix Hoffman, un investigador de la compañía Bayer, logra finalmente elaborar un fármaco comercializable a partir del salicin –corteza de sauce-. Bayer monopolizó la fórmula hasta que, como parte de las indemnizaciones de la I Guerra Mundial, tuvo que ceder las patentes a Francia, Inglaterra y Rusia. Anecdóticamente, vale agregar que Bayer por la misma época comercializaba clorhidrato de heroína como remedio para la tos -ver, el trabajo de divulgación de Kelly (2010, p. 63) y el relato de la misma compañía en <http://www.bayer.com/en/felix-hoffmann.aspx> -.

Esquema I.2. La Evolución del Hospital. Siglo VII – siglo XXI.

Fecha	Características	Rol del Hospital
s. VII	Imperio Bizantino, florecimiento de las teorías griegas y árabes de las enfermedades	Atención de la salud
FASE 1: Hospital como asilo		
s. X a XVII	Hospitales vinculados a órdenes religiosas	Enfermería, cuidado espiritual
s. XI	Enfermería de enfermedades infecto-contagiosas -por ejemplo, Lepra-	Aislamiento de los pacientes con enfermedades infecciosas
s XVII	Instituciones estatales y filantrópicas	Atención a la salud para los pobres
FASE 2. Hospital como centro de tratamiento científico		
s XIX tardío	Atención y cirugía con alta mortalidad	Atención a la salud
s XX temprano	Transformación tecnológica de los hospitales; entrada de las clases medias como pacientes; expansión de los departamentos de servicios hospitalarios	Centros quirúrgicos
1950s	Grandes hospitales; "templos tecnológicos"	Sistema de salud centrado en el hospital
1970s	Desarrollo de la red hospitalaria con distinción de unidades según complejidad	Red hospitalaria
	Transformación orientada a cuidados sin internación	
1990s	Actividades con baja estadía	Hospital de cuidados agudos
1990s	Desarrollo de las estadías diarias y de la cirugía mínimamente invasiva	Centros de cirugía ambulatoria

Fuente: McKee y Healy, p. 15

Esta historia de cambios simultáneos en expectativa de vida, en el sistema hospitalario y en la tecnología, es altamente convencional. Como ya se apuntaba, se corre un peligro: sugiere que el avance en el conocimiento médico es el responsable de las mejoras en los estados de salud. Sin embargo, esta es una relación que es ampliamente polémica. La sección siguiente presenta la discusión al respecto.

La Relación entre la Salud y los Sistemas de Atención a la Salud: Una Relación Controvertida

¿Qué relación hay entre la salud y los sistemas de atención a la salud? Si para muchos esta relación es un tema obvio y expedito, la verdad es que se trata de una cuestión altamente polémica; especialmente, en el ámbito de la literatura de las ciencias sociales aplicadas a la salud.

La relación entre la salud, definida convencionalmente como un “estado de bienestar de las personas”, y los sistemas de atención a la salud, definidos también convencionalmente como el “conjunto de actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud”,¹⁷ ha sido entendida de formas diversas y controversiales de modo que se hace necesario elaborar con más detalle cómo ha sido entendida esta relación a lo largo de las principales contribuciones y estudios dedicados al tema.

En buena medida esa controversia apunta sobre lo que suele entenderse como la columna vertebral de un sistema de atención a la salud. En términos económicos, políticos y también socio-culturales, el área central, el núcleo más relevante de un sistema de salud es lo atingente a la atención médico-hospitalaria. Obsérvese que en la enumeración de los criterios para juzgar nuclear a la atención médico-hospitalaria hay una omisión relevante: lo sanitario. Se apunta que el sistema de atención es central en cuanto a lo económico y lo político, y también por la alta legitimación cultural que goza, sin mención a lo sanitario.

Allí reside la justamente la discusión. En términos sanitarios, ¿es relevante el sistema de atención a la salud para la salud? Al respecto, resulta inmediato observar que la definición de salud mencionada deja de lado toda consideración acerca de los recursos o instrumentos con los que acceder al “estado de completo bienestar”; en especial, la actividad en la que englobaríamos los trabajos que realizan los profesionales de la salud y las unidades asistenciales mencionadas, los hospitales. De hecho existen al menos cuatro visiones o posiciones sobre el tema: aquellos que sugieren la estrecha relación entre unos y otros; aquellos que la niegan tajantemente; y posiciones intermedias que o bien plantean una relación complementaria o secundaria de los servicios de atención. En el anexo de este capítulo se citan en extenso los principales comentaristas.

Entonces, la relación entre salud y sistemas de atención no puede ser tratada como una premisa, sino como un interrogante. Es válida la pregunta: ¿qué relación guarda la salud con los sistemas de atención contemporáneos, aquellos en cuyo centro gravita la atención médico-hospitalaria? Si bien no es posible revisar con la necesaria circunspección y exhaustividad este muy amplio tópico en el marco de este trabajo, es no obstante de interés examinar dos relevantes cuestiones que aproximan una respuesta al interrogante; a saber:

¹⁷ Esta es la definición de la OMS (2000).

- Por un lado, vale la pena estudiar la forma como históricamente se ha pensado y tratado la relación, a los efectos de obtener un semblante de la evolución de la controversia y establecer, aunque no sea más que panorámicamente, su contorno en la actualidad.
- Por otro, es necesario examinar la contribución potencial o posible de un sistema de salud; es decir, determinar su eficacia relativa en términos de estados de salud.

Breve Historia del Pensamiento sobre la relación entre Atención Médica y la Salud

La relación de la atención médica con la salud en la última centuria puede ser periodizada en tres definidas etapas. Pueden denominarse respectivamente: “el modelo médico-hegemónico”,¹⁸ “la crítica social de la medicina” y “la etapa pos-paradigmática”. La primera plantea una fase en la que la medicina asume el papel principal; a esta sucede una fase de crítica de ese papel y búsqueda de alternativas; finalmente, la última etapa pretende lograr una síntesis en la que se rescate los aportes más relevantes de las anteriores.

La Etapa de la Medicalización o del Modelo “Médico-Hegemónico”

Como se apuntaba en la sección anterior, en una primera fase que comenzó hace apenas una centuria, la salud fue vista como el logro de un, por entonces naciente, impulso hacia la medicalización de la vida y la salud. El proceso de “medicalización” condujo al protagonismo y monopolio médico en lo que respecta al arte de curar. Unida a la imagen de la ciencia, unión testimoniada en un creciente apego a la tecnología, la práctica médica así concebida tuvo dos consecuencias de largo alcance.

La primera consecuencia, ya estudiada en la sección precedente, fue la consolidación del estatuto de especialistas en el arte de curar, con centro en la práctica de los profesionales médicos.¹⁹ La

¹⁸ La denominación elegida como recordatorio de una conceptualización que largamente influyó en los últimos treinta años entre quienes propugnaban la reforma sustantiva del sector salud en el país. El nombre tiene origen en el trabajo de un antropólogo, Eduardo Menéndez. Ver, Eduardo Menéndez (1988). Hay que observar que el planteo de Menéndez subrayaba la cuestión del monopolio médico como consecuencia de una particular imagen de la práctica médica centrada en el biologismo, el individualismo y la a-historicidad. En este ensayo es el efecto monopólico el que interesa.

¹⁹ Inhibiendo el pluralismo médico, como algunos historiadores denominan a la etapa en la que concurrían a prestar servicios de tratamiento muy diversos oficios –barberos y carniceros, predecesores de los cirujanos; comadronas, predecesoras de los obstetras; y otros-.

segunda consecuencia radicó en el establecimiento de un estándar normativo para la atención, estándar que un economista llamó “imperativo tecnológico”.²⁰ Este imperativo se tradujo materialmente en un intenso uso de aparatos, en una renovada imagen de las instalaciones de práctica –el hospital- y en la creciente dependencia de la práctica respecto de fármacos de origen industrial. Con el correr del tiempo, los crecientes aspectos industriales de la práctica médica fueron subrayadas en el concepto “complejo médico-industrial”, que acuñara Relman.²¹

La ciencia médica reivindicaba para sí el monopolio del arte, subordinando por un lado a las artes y disciplinas cercanas –agrupadas entonces con una denominación que resultaba esclarecedora, “auxiliares de la medicina”-; y, por otro, a las técnicas y sus instrumentos. No obstante, hay que tener presente que, en cierto sentido, las ideas “monopolio médico” e “imperativo tecnológico” se contradicen. Una subraya el poder médico; la otra, la determinación de las acciones de los médicos por fuerzas científico-tecnológicas que están fuera de su control. El economista Víctor Fuchs (1968) pretendía mostrar que el sector salud tenía determinada su dinámica por avances técnicos en áreas cercanas que no controlaba, tales como las bio-ciencias, la informática y la robótica, entre otras. Estas áreas impondrían “imperativamente” un estándar de innovación que resultaba muchas veces ineficiente en términos de racionalidad de mercado y social.²²

Los médicos, como tampoco el hospital, no obtuvieron de modo lineal y natural el predominio del sector. La profesión médica obtuvo su lugar monopólico y exclusivista a partir de luchas sociales que la ubicaron en esa posición.²³ El resultado de esas luchas fue una suerte de naturalización del proceso de medicalización, la que no podría haberse obtenido sin la legitimación social que obtuvo la práctica médica. Del mismo modo, una revisión de esta dimensión ha de permitir el entendimiento de la decadencia del “poder médico”. Vale la pena entonces revisar la naturaleza y trayectoria de esa legitimación, así como las explicaciones que se han dado para ella para, por último, establecer los procesos de erosión que abren el espacio a un pensamiento crítico y alternativo.

²⁰ Denominación debida a Víctor Fuchs (1968).

²¹ La denominación se debe a Arnold Relman. Ver, Relman (1981).

²² Es lo que se conoce como “uso dual”. Muchos aparatos no emergieron inicialmente de la investigación clínica sino de tecnologías desarrolladas en otras áreas. Así, por ejemplo, las tecnologías de diagnóstico por imágenes de la investigación sobre átomos ... Otros ejemplos son el uso de Internet y la tecnología de ondas de choque, usada por ejemplo en la litotricia. OMS (2010, p. 19).

²³ El registro de las múltiples y esforzadas iniciativas en esta dirección, así como los resultados que estas tendencias obtuvieron son bien conocidos y han sido objeto de amplios y reconocidos estudios sobre el proceso de institucionalización y predominio de la profesión médica. Entre otros autores, De Swaan (1992) y Magalí Sarfatti Larson (1977) para las sociedades nor-atlánticas y, para Argentina, Belmartino (2005) han apuntado los múltiples intereses y estrategias con las que la profesión médica obtuvo su lugar monopólico.

Desde sus orígenes la sociología estuvo interesada en el advenimiento de una sociedad profesional con monopolio corporativo de áreas de trabajo. Tempranamente, con Weber, se apuntó que el conocimiento experto constituía una fuente de poder y autoridad en la sociedad. A continuación, la sociología estructural funcionalista –por ejemplo, en los planteos debidos a Talcott Parsons- buscó legitimar esa situación teorizando acerca del consenso que esa forma de poder obtenía en la sociedad moderna. En particular, los profesionales médicos constituían una muy ajustada práctica a los valores comunes predominantes, puesto que reunían lo más relevante de los requerimientos simultáneos de competencia y solidaridad en este tipo de sociedad: la eficacia clínica –supuesta que la capacidad de producir más y mejor es inherente al capitalismo-; el “altruismo” –entendido como preocupación por el paciente- que compensa el “egoísmo” de los actores capitalistas; y, por último, la autonomía, necesaria puesto que como conocimiento experto la evaluación sólo podía ser llevada a cabo por los pares.

La síntesis de Parsons (1984),²⁴ que en un mismo movimiento explicaba en sus términos teóricos el por qué habían adquirido los médicos su estatuto predominante y proveía una justificación para el tipo de sistema de atención a la salud que se conformaba, tenía como elemento clave la relación que se habría conformado entre profesional y paciente. En esta relación sobresalía la imagen de la confianza en el conocimiento experto del médico por parte del paciente; confianza sustentada en el “altruismo” propuesto para el rol del médico. Correlativamente, Parsons definió un “rol de enfermo”, papel social en el que un individuo es excusado de cumplir sus obligaciones habituales – por ejemplo, trabajar- y, correlativamente, está obligado a buscar ayuda profesional y seguir sus indicaciones.

Un sociólogo crítico de esta línea de estudios, compendió bien la visión entonces ampliamente compartida:

Hasta hace poco tiempo, la mayoría de los sociólogos se había inclinado por considerar las profesiones como sirvientes, muy estimados, de la necesidad pública, y las concebían como ocupaciones especialmente distintas de otras por su orientación al servicio de las necesidades del público, por medio de la aplicación educada de su conocimiento, singularmente esotérico, y de sus complejas habilidades. (Elliot Freidson 2001)

En este sentido, es fácil apreciar la crisis de confianza que puede haber provocado la divulgación de estudios y hallazgos que mostraban a los profesionales médicos como “interesados monopolistas”. Continuaba Freidson su compendio del siguiente modo:

En contraste, los representantes de las otras ciencias sociales han enfatizado características bastante diferentes de las profesiones. Los economistas prefieren resaltar

²⁴ Talcott Parsons (1984). El libro fue publicado en inglés en 1951.

el cerrado carácter monopólico del mercado de trabajo profesional. Los politólogos tratan a las profesiones como gobiernos privados privilegiados; y los encargados de diseñar las políticas consideran que los expertos profesionales tienen una visión extremadamente estrecha e insular de lo que es bueno para el público.

La pérdida de la confianza en el médico no implica, no obstante, un abandono de la medicina. Como perceptivamente señaló Antonio Ugalde,²⁵ de lo que se trata es de una re-definición de la relación médico-paciente. El paciente aborda al profesional también como un consumidor, basado en su propia experticia local. Ugalde señala dos factores. Por un lado, se relaciona con el avance y consolidación del movimiento feminista, con la divulgación y tratamiento al interior de las mujeres participantes de las cuestiones de la sexualidad y reproducción, excluyendo frecuentemente a la mirada médica. Por el otro, se relaciona también con el conocimiento local y la calidad de usuarios de larga experiencia que lograrían los pacientes de enfermedades de tipo crónico-degenerativas en lo relativo al tratamiento del dolor y los ajustes de vida cotidiana, al menos.

A la enumeración de Ugalde habría que sumar el impacto de la internet en cuanto a las fuentes extra-profesionales en los que la gente busca información sobre la atención a la salud –ámbito en el que, a diferencia de los medios masivos tradicionales, radio y televisión, las corporaciones de profesionales no alcanzaron a impedir la difusión a gran escala de contenidos si su previa supervisión-.

En un principio, el concepto de medicalización estuvo fuertemente asociado con la hegemonía médica, término con el que se denominaba a la extensión de la autoridad del médico sobre eventos vitales que siempre habían sido considerados “normales”. Más recientemente, esta perspectiva ha sido desafiada, en particular en lo que respecta a la presunción de que la autoridad médica tenía como contraparte una población leiga y pasiva. En la medida en que entramos en una era posmoderna, con preocupaciones crecientes acerca de los riesgos y un declinar de la confianza en la autoridad de los expertos, se ha argumentado que el “consumidor” contemporáneo de atención médica tiene un papel mucho más activo que el que se sugería años atrás. .. Conceptualizar a la “medicalización” de un modo uni-dimensional, como un proceso uniforme o como el resultado exclusivo de la hegemonía médica es insuficiente.. De acuerdo a esto, deberíamos esperar una reducción de la medicalización. (Ver, Ballard, Karen y Elston, Mary Ann, 2005, pp. 228-241).

²⁵ Ugalde (1987) “La Sociología de la Salud en las Sociedades Post-industriales”. Ver, también, Marie R. Haug and Bebe Lavin (1981).

Por otra parte, recientes estudios (PEW, 2012) han puesto de manifiesto una tendencia en el público conocida como “salud auto-cuantificada”; tendencia de la que participarían casi un 70% de los norteamericanos según una encuesta.²⁶

En este punto, cabría incorporar la idea planteada por Relman sobre el complejo médico-industrial, mencionada previamente. Este autor sugiere una suerte de revolución industrial en la práctica médica, puesta en evidencia por una elevada capitalización y tecnificación de la misma. Junto a un cambio en la estructura de propiedad de los hospitales, Relman se preocupa por poner de resalto las consecuencias que estos cambios tienen sobre los profesionales médicos; en especial en lo que a confianza del público se refiere. Relman cree que los médicos-empresarios no pueden sino despertar desconfianza entre los pacientes, puesto que tienen entonces intereses “egoístas” al momento de prestar su servicio profesional. Ello disminuye el prestigio médico.

Otra consecuencia, esta no evaluada por Relman, es la siguiente: una profunda estratificación en el seno de los profesionales médicos, divididos entre súper-especialistas que deben contar con el capital necesario para adquirir costoso equipamiento y aquellos que no y se mantienen en un estatuto parcial o completamente proletariado. Esta división en el seno de la profesión ha contribuido también al desplazamiento de la imagen legitimada del monopolio médico.

En síntesis, el modelo médico-hegemónico, como modo de pensar la relación sistema de atención y salud, ha encontrado límites sistémicos. Comenzó con la crítica social de la ciencia iniciada en los años ‘60s; tendencia que, luego, se profundizó con la aparición de nuevos tipos de pacientes, los “pacientes devenidos consumidores” así como con las enormes transformaciones tecnológicas relativas al arte de curar que desplazan la figura del médico convencional y del hospital como el lugar privilegiado de la atención –la telemedicina, el uso de internet para obtener información sobre fármacos y tratamientos,²⁷ la aparición de “coagulómetros”²⁸ para uso en el hogar, la creciente incorporación de la informática y la robótica, etc.-. En suma, un escenario donde el “imperativo tecnológico” parece retener su lugar, pero que se ha descentrado parcialmente respecto de la figura del médico.

²⁶ En inglés *quantified health* y *self-trackers* son las designaciones más frecuentes. Siete de cada diez adultos sigue un indicador de salud para alguien querido o para sí mismo, y muchos dicen que esa actividad ha cambiado su enfoque sobre la salud [...] si bien este rastreo es altamente informal, un 49% que menciona mantener el registro en su cabeza” Pew Research Center’s Internet & American Life Project.

²⁷ Un reciente estudio en EEUU mostraba que, entre la población con conexión a internet, el 63,7% reportaba haber buscado información relativa a salud. Bradford W. Hesse, PhD; David E. Nelson, MD, MPH; Gary L. Kreps, PhD; Robert T. Croyle, PhD; Neeraj K. Arora, PhD; Barbara K. Rimer, PhD; Kasisomayajula Viswanath, Ph. (2005).

²⁸ Se ha apuntado que la incorporación de coagulómetros en particular está impulsada por lo que se denominan “pacientes expertos”; es decir, pacientes de enfermedades de índole crónica que desarrollan un conocimiento experiencial de técnicas diagnósticas y terapéuticas referidas a su dolencia. Ver, Faulkner (2009).

La Etapa de la “Crítica Social de la Medicina”

Desde los años 1960s comenzaron las críticas contra el predominio de médicos y de la ciencia médica, originando las tesis que describen críticamente el proceso de medicalización y el “imperialismo de la medicina” en los años ‘70s.²⁹ Este movimiento se inició a partir de dos vectores que por entonces cobraron inusitado impulso en la escena cultura de la época: una premisa y una constatación. Por un lado, en lo filosófico se asiste a un re-florecimiento de ideas humanistas, usualmente contrarias a las fórmulas de la estirpe científica y positivista en las que encontraba su legitimación la imagen anterior. Por otro, en una creciente conciencia de los riesgos y daños enunciada en el florecimiento del concepto “iatrogénesis clínica”³⁰ que acaecen en correspondencia con los procesos de industrialización en general, y con los desarrollos en medicina en particular.

Se trató de un movimiento cuyo poder activista tuvo como base una curiosa coincidencia: satisfacía los intereses de ambos extremos del espectro ideológico. Los conservadores reivindicaron aquí su visión anti-modernista; mientras que los autores de inspiración marxista condenaron a la industrialización y medicalización como la epítome del capitalismo. Por último, también se unieron en esta línea de ideas autores inspirados en el desarrollismo, en la medida en que crecientemente fue reconociéndose el rol ampliamente determinante del entorno ambiental y social en la producción de la salud y la enfermedad. Vale la pena citar en extenso un resumen publicado en la más autorizada y reciente “Enciclopedia de las Ciencias Sociales”:

²⁹ La más influyente de las presentaciones críticas fue el planteo de Iván Illich sobre la Némesis Médica. Una versión reducida de sus ideas se puede leer en su artículo de 1975 (Illich, 1975). No es improbable que se tratara entonces de la emergencia abrupta de visiones críticas que, empero, llevaban largo tiempo en sordina. Los planteos parecen haber sido promovidos por el trabajo de Dubos que muestra que la TBC es reducida *antes* de la intervención médica, atribuible entonces a los cambios en higiene urbana y personal (ver, Josep Rodrigues y Jesús M. de Miguel, 1990, p. 15). Anecdótica, pero reveladoramente, téngase presente la ambigüedad con que se trata a la atención hospitalaria en *Shunko*, libro de 1949 del escritor Jorge Washington Abalos.

³⁰ La idea de la iatrogénesis clínica, los riesgos que engendra la misma práctica médica y hospitalaria. Nada más ilustrativo que la patología de la fiebre puerperal. La concentración de la atención en hospitales sin las correspondientes medidas de higiene, en especial el lavado de las manos, condujo a un incremento enorme de las muertes maternas. Pioneramente, en 1841, Semmelweis observó que la concomitancia de autopsias y atención de partos –unida a muchas otras formas de falta de higiene- conducía a un escalamiento de la muerte materna. Semmelweiss, habiendo así diagnosticado una mortalidad inducida por la misma forma de atención médica, murió sin reconocimiento. Este sólo sobrevino medio siglo después, cuando los avances de Pasteur y Lister identificando microbios como agentes patógenos demostraron la validez de las conclusiones que Semmelweiss había obtenido por inferencias de cruda correlación estadística.

La tecnología de atención a la salud simboliza en estos planteos el poder y la arrogancia de los profesionales de la medicina, la hegemonía del complejo médico-industrial, y los excesos de la modernidad occidental. La tecnología se convierte en un instrumento modernista por medio de la que algunos en la sociedad imponen el poder sobre los demás.

Los autores trabajan en esta tradición subrayando cómo la presencia de la tecnología médica se convierte en cuidadores técnicos y conduce a una atención despersonalizada y deshumanizada. Resultados de Tecnología en el distanciamiento y alienación en la interacción paciente-proveedor de asistencia sanitaria, la pérdida de la dignidad y la integridad, y la colonización del cuerpo. Este tipo de análisis recibe su poder de persuasión de una comparación histórica o transcultural. El presente saturada de tecnología se compara con los tropos idealizadas de la "natural" (el cuerpo natural, el nacimiento o la muerte) de épocas pasadas y de los demás, no contaminado por la tecnología médica moderna.

Este análisis anti-tecnología ha sido impulsado por el legado ludita y la amenaza de un apocalipsis nuclear, y es popular entre los eruditos conservadores que lamentan la crisis moral, espiritual y existencial en el Occidente secularizado (Aries, 1977) y entre los estudiosos marxistas que analizar la tecnología de la salud como una parte integral de la estructura de ganancia capitalista (Waitzkin, 1979). Estos análisis políticamente diversos de tecnología sanitaria tienen en común que ellos creen que la tecnología es una fuerza poderosa configuración de las relaciones sociales. Esta creencia ha sido referido como determinismo tecnológico.

El determinismo tecnológico viene en diferentes concentraciones (Winner, 1980): fuertes deterministas tecnológicos consideran que la tecnología se desarrolla como el resultado exclusivo de una sociedad dinámica interna y moldes para adaptarse a sus patrones. En su libro *Némesis médica*, por ejemplo, libertario crítico social Iván Illich considera que la exportación de tecnologías médicas occidentales como parte de una conspiración internacional para propagar la enfermedad en todo el mundo y establecer la hegemonía médica occidental. Según Illich, la colaboración internacional para la erradicación de los mosquitos portadores de virus como resultado a corto plazo victorias pírricas, en la inferencia tecnológico a largo plazo llevado a más cepas virulentas de enfermedades tropicales y un agravamiento de la desnutrición (Illich 1976, cap. 7). En una versión más débil, la tecnología médica se considera como un fenómeno político en sí mismo." (Timmermans, Stefan. 2001).

En forma correlativa, la polémica se extendió a las formas de organización de la atención a la salud, si bien más ambiguamente en la medida en que el mismo hecho de realizar una discusión al respecto implicaba algún grado de aceptación de las premisas de la medicalización y del complejo médico-industrial. Mientras que los defensores de las tesis tecnológico-positivistas se alinearon detrás de la conformación de servicios de salud con predominio de profesionales médicos y centrados en la acción hospitalaria, muchos detractores los siguieron –en particular en el

pensamiento de izquierda- sugiriendo la necesidad de expulsar al mercado y a las reglas del capitalismo del ámbito de la atención, disponiendo para el estado un lugar central. Dentro de esta configuración de fuerte intervención estatal se esperaba simultáneamente una re-orientación de los recursos hacia fórmulas que enfatizaran la prevención y atención precoz, y que frecuentemente entrañaban un menor nivel de medicalización. Este movimiento tuvo su apogeo en la célebre Declaración de Alma-Ata en 1978 sobre “atención primaria de la salud”.

Las transformaciones políticas y culturales que sobrevinieron desde comienzos de los años ‘80s indujeron a la puesta en penumbra de los planteos críticos. En buena medida, los esfuerzos de transformación radical de una economía, de la política y de la cultura que predicaban se reconocieron de tal envergadura que indujeron a muchos de sus proponentes a retroceder hacia planteos más moderadamente precavidos. Aunque con seguridad no hace justicia a los planteos contemporáneos de muchos de los antiguos propugnadores, parece imponerse una conclusión elaborada como término medio: no fueron los objetivos los equivocados sino la capacidad de imaginar y lograr re-ingenierías sociales a gran escala lo que desplazó a estas propuestas del centro de la escena. De ellas quedaron subsistentes muchos elementos de diagnóstico, pero relativamente pocas ideas para una acción sectorial más efectiva –siendo una de ellas la renovada convicción del valor de la comprensión personal de los pacientes así como su participación efectiva en lo atinente al control del proceso de salud-enfermedad-.

La Etapa Pos-paradigmática

Una tercera fase puede ser esbozada, finalmente. Ella comienza cuando los estudiosos e intelectuales del campo sanitario modifican o buscan balancear lo planteos antitéticos sostenidos en las dos fases previas. En este sentido, y teniendo presente que se trata de una etapa de balance no cerrado todavía, conviene denominarla “pos-paradigmática”.

En algunos casos, la radicalidad de las ideas muda hacia otros objetivos: deja de ser el blanco de crítica la atención médica, y se busca un factor causal más complejo en el síndrome cultural propio de la modernidad, la búsqueda de un cuerpo sano –lo que con seguridad tiene impacto en la actual demanda de diagnósticos y profilaxis sobre la salud fetal-. Decía Iván Illich al respecto:

“Hace doce años escribí *Némesis Médica*. El libro comenzaba con una afirmación: “la medicina institucionalizada se ha transformado en una gran amenaza para la salud”. Escuchando hoy eso, respondería: ¿Y con eso? Hoy, el mayor agente patógeno es la búsqueda de un cuerpo sano [...]Por lo tanto, la importancia relativa de la Medicina institucionalizada ha venido disminuyendo en el sector salud. Una curiosa mezcla de prácticas de auto-cuidado, al mismo tiempo dogmáticas y detalladas, junto con un entusiasmo ingenuo por las tecnologías sofisticadas, hacen a los esfuerzos y atención personal de los médicos cada vez más frustrante. Sospecho que la contribución de la

medicina en la búsqueda patogénica de la salud es un factor menor hoy en día” (Iván Illich, citado en Passos Nogueira –traducción de los autores).³¹

Otras líneas de la nueva reflexión, menos radicales, procuran balancear la consideración sobre los peligros y riesgos que práctica médica comporta con sus logros. Así, por un lado se reconoce que la idea del imperialismo médico puede haber estado sobre-estimada y los aportes de los profesionales de la salud correspondientemente subestimados; sin que, por otra parte, se dejen de reconocer los riesgos y daños que la acción del complejo médico-industrial acarrea. A esta posición abonan los informes de la Organización Mundial de la Salud, entidad que desde 1996 publica su “Informe sobre la Salud en el Mundo”. La OMS ha delineado, con su publicación del año 2000, lo que denomina un “nuevo universalismo”.

Con clara inspiración diplomática y disponiendo razonamientos que, por momentos, aparecen como balances salomónicos excedidos en equilibrio,³² la OMS presenta una visión a la que denomina “nuevo universalismo”. Con ella pretende hacer lugar simultáneamente a los logros tecnológicos y a la crítica anti-técnica; a los beneficios de una alta intervención estatal en el sector junto a las potencialidades del mercado.³³ Para el planteo de la OMS, es conjuntamente obvio que la acción del aparato sanitario genera expectativas y conductas en muchos casos iatrogénicas –por caso, la automedicación, que ocluye en la población la reflexión sobre cuánto de las dolencias deriva del estilo de vida-; así como es obvio también que sigue siendo la tasa de atención institucional de los partos un indicador relevante, reconocido y rutinario para evaluar los sistemas de atención a la salud.

A su vez, no se puede pasar por alto el hecho de que los “Informes” de la OMS forman parte de la compleja trama de intereses convergentes y conflictivos en la burocracia de las grandes agencias internacionales. Estos informes representan la respuesta de la tecno-burocracia sanitaria a la “invasión” del Banco Mundial en el área. El Banco Mundial había dedicado en 1993 su *Informe Mundial* justamente al tema de la salud (Banco Mundial, 1993). Por su parte, los organismos financieros –Banco Mundial y FMI, especialmente- han concurrido en una lectura más proclive a aceptar al menos algunos de los razonamientos tecno-sanitarios.

Uno de esos argumentos no es sino el remozamiento de un viejo argumento en sí mismo de la economía: la idea de fallas del mercado; es decir el hecho de que el mecanismo del mercado no siempre produce asignaciones óptimas para los recursos conforme a las necesidades; algunas

³¹ Roberto Passos Nogueira (2003).

³² La parsimonia diplomática y la inspiración salomónica estaban en cierto modo justificadas: el *Informe* contenía un *ranking* altamente explosivo de las performances de los sistemas de salud de los países miembros que dejaba muy mal parados a EEUU, Cuba, Brasil y levantaba a Francia, España, Italia.

veces puede lograrlo, otras no. El influjo de esta añeja idea puede observarse en el reporte de un consultor del FMI sobre salud, William Hsiao.³⁴

Para Hsiao existen entre los economistas cuatro mitos que han equivocado a la profesión y al público en cuanto a su comprensión de los problemas de la atención de la salud. Ellos son:

- Primero, que los seguros de salud nacionales o sociales restringen la elección de los afiliados, sugiriendo el autor que tanto en Canadá como en Alemania tienen los asegurados mayor capacidad de elección en el supuestamente más libre sistema de los EEUU.
- Segundo, que la inflación de costos de salud no puede ser manejada porque está basada en la demanda generada por la nueva y más costosa tecnología; demanda que está por su parte sostenida en el aseguramiento universal y la gratuidad; idea que se contradice una vez que se toma en cuenta que es en EEUU donde se dan y encuentran aceptación las principales tecnologías.
- Tercero, que los seguros obligatorios o sistemas con alta intervención gubernamental son propensos a los desequilibrios que, a su vez, encuentran su ajuste en barreras de acceso y menor calidad de atención. Sugiere Hsiao que no hay nada intrínseco en esto; que donde esto es frecuente –como en los países en desarrollo- tiene como causa la misma inestabilidad de las finanzas gubernamentales, y no una dinámica específica del sector salud.
- Cuarto, que toda acción preventiva es siempre más costo-efectiva que el tratamiento y que la provisión privada de los servicios es más eficiente que la pública. El autor contradice la idea señalando que, teniendo en cuenta los costos indirectos muchos programas de prevención son más caros y que, en muchos casos, la provisión privada es más costosa – por caso, los seguros de salud suelen insumir una menor proporción de la riqueza social que los sistemas de aseguramiento privado-.

Finalmente, hay que anotar que Hsiao propugna utilizar los tres criterios de evaluación de sistemas de salud que por esos años promocionaba la OMS: el desempeño en salud, la equidad en el acceso y la responsividad a las expectativas del usuario.

Con este cuadro de fondo en el que la sabiduría parece emerger de la moderación y en la hibridación técnica e ideológica de las recomendaciones, se inserta el mencionado *Informe* de la OMS. Su prescripción decisiva no es sino la búsqueda sin detenimiento de una suerte de “sintonía

³⁴ William Hsiao. “What should macroeconomists know about health care policy. A primer. *IMF Working Paper WP/00/136*, Julio 2000.

fina". Hay que tener presente, al mismo tiempo, la condición básica para el logro de la "sintonía fina": la existencia de elevadas capacidades diagnósticas de los procesos de salud/enfermedad prevalentes, así como de los recursos gubernamentales y sociales con que se cuenta.

Entonces, no obstante sus varios excesos retóricos, el juicio de sentido común que la OMS realiza, resulta tan innegable como irreprochable. En este sentido, el mensaje está bien definido, no hay panaceas, ni correlativamente errores universales; lo que se considere válido y apropiado depende ahora del contexto: el *qué hacer* en políticas de salud depende fundamentalmente del tipo de problemas sociales e institucionales que se encuentren en el país o región bajo consideración.

Un diagnóstico apropiado del tipo requerido ha de tener en cuenta, entonces, no sólo la disponibilidad de recursos sino también la historia y las tendencias presentes en el sistema sobre el que se plantea intervenir. A este tipo de diagnóstico apunta el análisis del siguiente capítulo.

La Producción de Salud de los Sistemas de Salud

Ciertamente, una de las principales causas de muerte en los últimos años son los accidentes viales;³⁵ y frente a ellos el sistema de atención a la salud hace poco, o casi nada. Es ciertamente un problema de salud, pero ¿en qué sentido es un problema del sistema de salud? Para analizar esto con la necesaria circunspección, distingamos las siguientes tres opciones.

1. Una erupción volcánica o el cambio climático³⁶
2. La violencia social y la guerra³⁷

³⁵ Apunta la OMS (2002, p. 77): "Según diversas estimaciones, en el año 2000 murieron en el mundo como consecuencia de traumatismos causados por accidentes de tráfico más de 1,2 millones de personas, cifra que representa el 2,3% de todas las defunciones; dado que muchas de esas muertes son de adultos jóvenes, con una pérdida considerable de años de vida, la proporción de la carga de morbilidad medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) es mayor: aproximadamente el 2,8% del total. Más del 90% de esa mortalidad corresponde a los países de ingresos medianos y bajos, donde las tasas de defunción (21 y 24 muertes por 100 000 habitantes, respectivamente) son alrededor de dos veces superiores a las de los países de ingresos altos (12 por 100 000 habitantes)".

³⁶ OMS (2002, p. 77). "Se ha estimado que en 2000 el cambio climático fue responsable de aproximadamente un 2,4% de las enfermedades diarreicas registradas en el mundo entero, del 6% de los casos de paludismo que se dieron en algunos países de renta media y del 7% de los casos de fiebre del dengue aparecidos en algunos países industrializados".

³⁷ Según la OMS (2002, p. 86). "En el año 2000 la violencia provocó 700 000 muertes en todo el mundo: el 50% aproximadamente por suicidios, el 30% por violencia interpersonal y el 20% por violencia colectiva". Una revisión de los múltiples y graves efectos que las guerras tienen sobre la salud de las poblaciones puede leerse en Ugalde, Richards y Zwi (1999).

3. La mortalidad de las madres al dar a luz.

Los tres problemas pueden ser objeto de atención por parte del sistema de salud, aunque de diferente modo. El primero, en lo que respecta a sus consecuencias en la vida de las personas, obliga a una respuesta en términos de tratamiento y rehabilitación. El segundo, que a diferencia del primero, es un riesgo generado por el hombre, genera una similar responsabilidad para el sector. Ahora bien, el tercero no es de la misma naturaleza, se trata de un problema en el que el sector salud puede intervenir en su “historia natural”, en estadios bien precoces, distinguiendo y preparando la atención en función del riesgo detectado en el embarazo.

Mientras que el tercero mencionado es claramente un problema del sistema de salud; los otros deben conceptualizarse como problemas que refieren indirectamente al sector salud. Inversamente, la OMS suele sugerir que las intervenciones en pobreza o educación, si bien cuentan con elevadísimo impacto sanitario, no son necesariamente acciones del sector en la medida en que no tienen como propósito principal “mejorar la salud”.³⁸

¿Significa esto que puede el sector desentenderse de los dos primeros tipos de problemas? La respuesta es no. Por un lado, ha llegado a ser un deber del sector propugnar el grado de intersectorialidad necesaria para abordar este tipo de tareas. Por otra parte, la pregunta sugiere algunas distinciones: lo más apropiado es distinguir entre niveles de responsabilidad. Así, hay una distancia importante en lo que debe el sistema de salud hacer según se trate del primero, segundo o tercer tipo de problema. Mientras que es el principal agente en el último, tendrá un rol subsidiario en lo que respecta a la etiología del segundo, y ninguno respecto del primero.

Consideremos un ejemplo. La OMS entiende que es prevenible la violencia interpersonal si se atiende a sus factores de riesgo preferentemente de manera combinada y a diferentes niveles a la vez. Sin sugerir un orden de prioridades, enlista las siguientes intervenciones de prevención:³⁹

- Visitas de enfermeras a los hogares
- Programas de formación de los padres
- Mejora de la estructura física y socioeconómica de las ciudades
- Enseñanza en las escuelas de medidas para protegerse contra los abusos sexuales
- Medidas que abordan la interacción entre las armas de fuego y el alcohol
- Intervenciones por distintos medios de comunicación destinadas a reducir la aceptabilidad social de la violencia

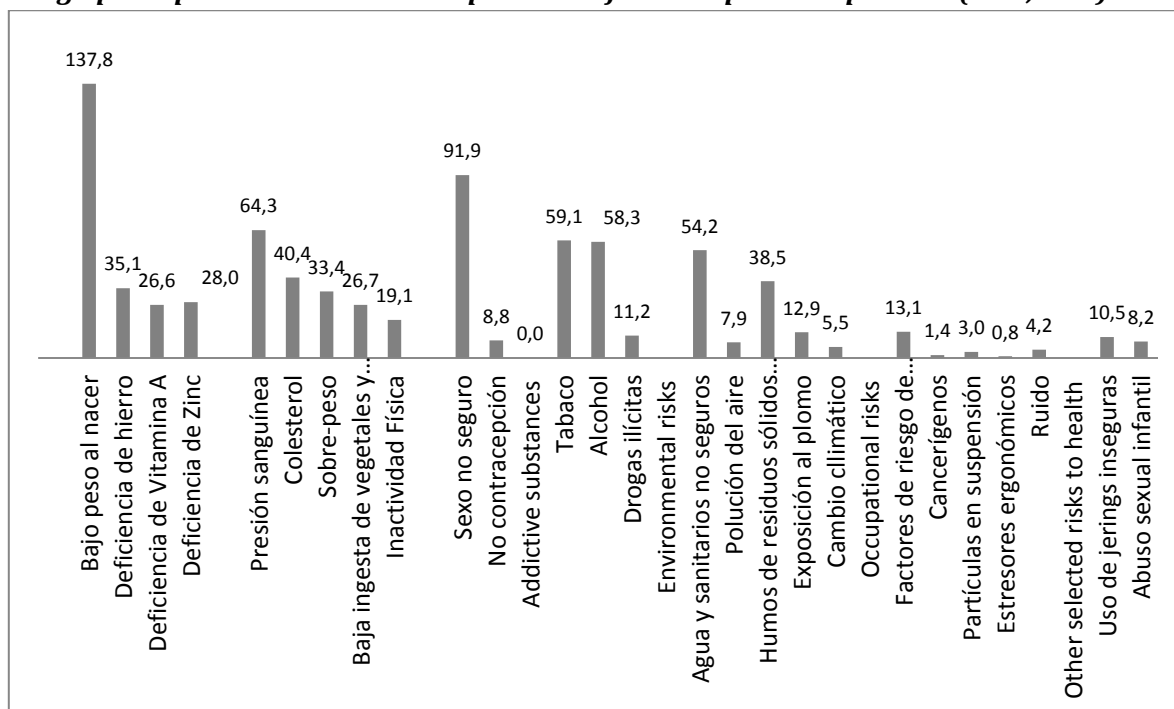
³⁸ Según la definición de la OMS, el sistema de salud engloba todas las actividades cuyo propósito principal es mejorar la salud, pero algunas actividades que mejoran la salud no quedan abarcadas por esa definición. Cabe citar como ejemplo la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la vivienda y la enseñanza, que pueden ciertamente reducir la exposición a algunos tipos de riesgo, pero cuyo propósito principal no es mejorar la salud. OMS (2002, p. 169).

³⁹ OMS (2002, p. 86).

Resalta en esa lista que sólo la primera mencionada es una intervención específica del aparato sanitario –y es probable que no sea obligatorio que las visitas sugeridas deban ser hechas por enfermeras puesto que lo decisivo es probablemente el hecho de que quien visita sea o revista como un funcionario de gobierno-.

Ahora bien, ese tipo de acción es ubicua. La siguiente figura, también tomada del informe de la OMS (2002) describe los veinte principales factores de riesgo, mayores causantes de la morbilidad.

Gráfica 1.3. Distribución mundial de la carga de morbilidad atribuible a los 20 factores de riesgo principales. En años de vida perdidos ajustados por discapacidad (000,000s)



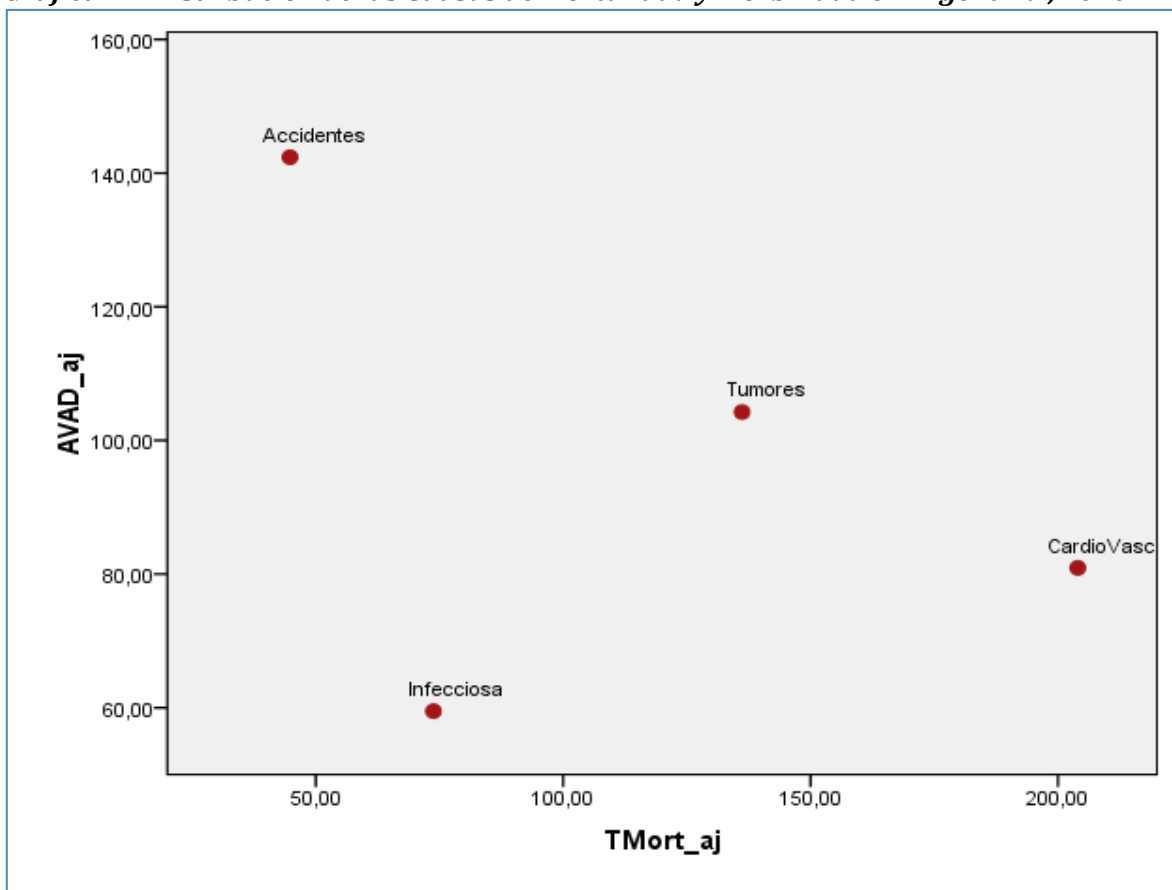
Fuente: Elaboración propia con base en datos provistos por la OMS *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002*. http://www.who.int/entity/whr/2002/en/Annex_12.xls

Para todos los factores mencionados en la gráfica podemos imaginar un rol para el sistema de salud; especialmente en lo referido a la educación individual de salud, al monitoreo de estados de salud y a la complementación de las deficiencias que los individuos registran debido a sus condiciones y estilo de vida.

En el caso de nuestro país, la siguiente gráfica ilustra la relación entre los indicadores de mortalidad bruta y años de vida perdidos –AVAD- según causas para el año 2010.

Puede observarse que existe una relación inversa que debe ser entendida y atendida por los interesados en la salud pública. Por un lado, la mayor proporción de años de vida perdidos son causados por situaciones que el sector salud define como externas al mismo –accidentes viales, suicidios-. Por otra parte, la mortalidad es producida por causas que el sector procura atender rutinariamente.

Gráfica I.4. Distribución de las Causas de Mortalidad y Morbilidad en Argentina., 2010



Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud-OPS *Indicadores Básicos 2012*.

En síntesis, nos preguntábamos si pensando en la salud, vale la pena estudiar los sistemas de salud. La respuesta no puede ser sino matizada.

- Si bien los sistemas de salud no producen *toda* la salud; e, incluso, ni siquiera *la mayor parte* de la salud que disfruta la población, es probable que un nivel de vida saludable no pueda ser logrado sin el apoyo del sistema de salud.

- Por otra parte, los sistemas de salud sí tienen alta injerencia en lo que respecta al tratamiento y a la rehabilitación, con logros que pueden criticarse en términos de prioridades pero que en sí mismos son frecuentemente innegables –pero, no siempre-.⁴⁰
- Una última razón finalmente, el sistema de salud es también un vasto *aparato* sanitario, pleno y vibrante de poderosos intereses y que insume una enorme cantidad de recursos. En este sentido, es obvio que una racionalización de su uso es también un aporte al bienestar de las poblaciones y a esto pretenden contribuir los siguientes capítulos.

En este sentido, están justificadas las palabras de la OMS cuando sugiere que, si bien la salud está multidimensionalmente determinada, hacen bien los agentes del sector en preocuparse por sus propias acciones

Si una fracción importante de la mala salud resulta de la pobreza y la baja escolaridad -o de sus consecuencias en la alimentación inadecuada o el saneamiento u otros riesgos específicos-, ¿debería la tarea del profesional de salud apuntar al tratamiento de estos problemas subyacentes? En un sentido, la respuesta es sin duda afirmativa: los involucrados en el sector salud deben ponderar los efectos sobre la salud de las acciones exteriores al sector de la salud. Deben velar por que estos hallazgos sean comunicados, y considerados en la toma de decisiones políticas. La magnitud del efecto verificado de la educación de las niñas en la salud y la fertilidad, por ejemplo, proporciona un poderoso argumento para invertir en la extensión del acceso a la educación de las niñas. Pero, *la comunidad de salud tiene limitada capacidad de acción directa fuera el sector de la salud - y limitada credibilidad. Por lo tanto, se logrará más si enfoca su energía, experiencia y recursos en asegurar que los sistemas de salud dispensen de manera eficiente las potentes intervenciones que proporciona la ciencia moderna.* (Ver, OMS Informe 1999, p. 5 [Traducción de los autores. Subrayado de los autores]).

Con la pretensión de abonar esta perspectiva, la OMS se apoya en la apreciación que algunos expertos realizan respecto de la contribución relativa de los factores más relevantes para las mejoras en salud.

⁴⁰ Un ejemplo siempre dramático es la sobrevivencia sin mejora e incluso con disminución de calidad de vida de muchos adultos mayores.

Tabla I.1. Contribución Relativa de Educación, Ingreso y Progreso Técnico en el mejoramiento de la situación de salud –cinco principales indicadores-. Promedio 150 países y América Latina

		Promedio	América Latina
Tasa mortalidad femenina	Educación	41,0%	37,0%
	Ingreso	20,0%	19,0%
	Progreso Técnico	39,0%	44,0%
Mujeres: expectativa de vida	Educación	32,0%	27,0%
	Ingreso	19,0%	17,0%
	Progreso Técnico	49,0%	55,0%
Hombres: tasa de mortalidad	Educación	27,0%	23,0%
	Ingreso	25,0%	22,0%
	Progreso Técnico	49,0%	55,0%
Hombres: expectativa de vida	Educación	30,0%	26,0%
	Ingreso	20,0%	18,0%
	Progreso Técnico	50,0%	57,0%
Tasa de fertilidad total	Educación	58,0%	54,0%
	Ingreso	12,0%	12,0%
	Progreso Técnico	29,0%	34,0%
Tasa de mortalidad sub5	Educación	38,0%	33,0%
	Ingreso	17,0%	15,0%
	Progreso Técnico	45,0%	52,0%

Fuente: Jia Wang, Dean T Janilson, Eduard Bos, Alexander Preker, and John Peabody (1999).

Se observa en la tabla que sólo la tasa de fertilidad es relativamente afectada por factores diferentes a los calificados como “progreso técnico”. No obstante, hay que anotar que la definición de “progreso técnico” utilizada es en buena medida una sugestiva picardía: el transcurso del tiempo. Esto asume que los cambios devenidos por el paso de los años, no atribuibles a evolución

económica o educación, son todos ellos imputables al “progreso técnico” en términos de ciencia médica, lo que a todas las luces es una exageración.

Se impone entonces una conclusión mesurada. De todo lo apuntado anteriormente, y con todas las reservas mencionadas, se puede concluir que el funcionamiento, el desempeño, del sector de atención a la salud es relevante. Esto conduce a la siguiente pregunta: ¿qué aspectos juzgar a los efectos de evaluar un sistema de atención a la salud?

La Evaluación de un Sistema de Atención a la Salud

En su publicación *Informe de la Salud en el Mundo 2000*, la OMS diseña un esquema evaluativo para interpretar el desempeño de un sistema de atención a la salud. En la medida en que este ensayo tiene en cuenta el marco general del *Informe*, vale la pena repasar brevemente sus principales fundamentos. Hay que apresurarse a anotar, no obstante, que no por eso se acuerda con el uso que hace la OMS de sus indicadores, ni sus resultados. La utilidad del esquema de la OMS reside sobre todo en su sencillez y exhaustividad conceptual, y mucho menos en cómo la OMS le dio aplicación.

En palabras de Murray y Frenk, autores principales del *Informe* (Murray Frenk, 2000), los intentos de proveer un marco evaluativo para los sistemas de salud suelen confundir fines sustanciales con instrumentales –por ejemplo, la participación de la población no puede ser entendida como una meta en sí, sino como un instrumento para lograr uno más fundamental-:

Se han propuesto distintos marcos para medir el desempeño del sistema de salud, lo cual ilustra la importancia que se concede a esta cuestión. Aunque en conjunto esos marcos son una fuente notable de ideas y enfoques, creemos que es posible perfeccionarlos. Por ejemplo, los enfoques relativos al desempeño del sistema de salud presentan dos deficiencias relacionadas entre sí.

Algunos consisten en listas de múltiples, y a menudo coincidentes, atributos deseables de los sistemas de salud. Por ejemplo, en algunos marcos se incluyen metas relativas a la salud, las desigualdades en salud, alcance del sistema de salud, la financiación equitativa, la calidad, la satisfacción del usuario, la eficiencia en la asignación de los recursos, la eficacia técnica, la contención de los costos, la aceptabilidad política y la sostenibilidad financiera. Otros enfoques parten de la consideración de los indicadores disponibles para adoptar un sistema de evaluación del desempeño que reproduce las deficiencias conceptuales y técnicas de los sistemas existentes. Ambos enfoques son inadecuados para una evaluación completa y fiable del desempeño del sistema de salud.

Creemos que para elaborar un marco coherente y consecuente es necesario comenzar planteando una pregunta muy sencilla: ¿cuál es la finalidad de los sistemas de salud? Una vez que se han establecido claramente las metas intrínsecas de los sistemas de salud, es

necesario medir esas metas y analizar el concepto de desempeño y los factores clave que lo determinan. (Murray y Frenk, 2000).

Entonces, la propuesta de la OMS en la idea de Murray y Frenk, es concentrarse en indicadores finales o intrínsecos. Estos indicadores finales son tres: el estado de salud, la “responsividad” o capacidad de respuesta, y la equidad en la contribución financiera; evaluados estos tres indicadores tanto en su nivel general como en su distribución. A los indicadores intrínsecos pueden agregarse indicadores “instrumentales”, es decir aquéllos que permiten medir los procesos mediante los que se lograrían los estados finales.

El esquema siguiente plantea esquemáticamente las formas de análisis. En la tabla se resaltan los indicadores que se han tenido en cuenta a los efectos de este libro. Sobre esos *ítems* versan los capítulos siguientes.

Esquema I.3. Metas e Indicadores de un Sistema de Salud

Metas Finales	Nivel	Distribución
1.Estado de Salud	Esperanza de vida al nacer	Los indicadores de equidad, que se refiere a la diferencia de resultados entre diferentes grupos poblacionales. Los indicadores más utilizados incluyen a: equidad de salud; equidad financiera y equidad en el acceso a los servicios
	Mortalidad infantil	
	Mortalidad materna	
	Esperanza de vida a los 65 años Ajustados por Discapacidad años de vida (AVAD) Calidad de vida ajustados por año (AVAC)	
2.Aseguramiento del riesgo financiero	Seguro de salud	
	Cobertura	
	Proporción del gasto "de bolsillo" en el gasto total de salud	
	Nivel o proporción de pobreza atribuible a enfermedad	
	enfermedad	
3.Responsividad a las expectativas no médicas de los usuarios	Satisfacción de los Usuarios	
	Indicadores de las encuestas	
II. Metas intermedias		
1.Eficiencia	Costo por unidad de resultado (mejora de salud)	
2.Calidad	Uso adecuado (exceso, sub-utilización, utilización errada)	
3.Accesibilidad	Las tasas de utilización de servicios de salud	
	Médicos y camas hospitalarias por 1000 habitantes	
4.Costo	Gasto total en salud	
	Porcentaje del gasto en salud /PBI	

Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2000) y Wang (2008, p. 801).

Las ideas presentadas en el *Informe* no han estado exentas de crítica. Desde todo el espectro ideológico prácticamente, se hicieron variadas objeciones. Evaluando las críticas, hay que tener presente que, en buena medida, ellas resultaron de una sorprendente audacia por parte de los autores, al menos para el lenguaje de un organismo internacional: en el *Informe* la OMS se animó a confeccionar un ranking del desempeño de los sistemas de salud en el mundo. Así es como

algunos norteamericanos, en especial el ala conservadora,⁴¹ criticaron el lugar 37º indicado para su país. Desde la izquierda se hizo lo propio, los españoles⁴² criticaron el lugar a su juicio en exceso favorable concedido a su país, el 7º. Algunos colombianos recibieron con beneplácito su ubicación 22º mientras que los cubanos en general rechazaron su ubicación 40º, para no mencionar a los brasileños que obtuvieron el lugar 125º.⁴³ Argentina, habiendo logrado un mediano puesto 32º se llamó a un silencio, quizás complacido.

En buena medida el debate mencionado estuvo vinculado menos a lo conceptual y más al *ranking* de desempeño o, también, al procedimiento de producción de la información, como fue en el caso de la crítica de Musgrove-. Por ello, hay que tener presente que las críticas conceptuales, las aquí más relevantes han sido menores en número y potencia destructiva.

No obstante, vale la pena examinar con más detalle la discusión que plantea Vicente Navarro al respecto (Navarro, 2000). Este autor critica las tres dimensiones con las que la OMS busca evaluar el desempeño de cada sector de salud nacional. La crítica de Vicente Navarro procede del siguiente modo.

En cuanto a la idea de “estados de salud” como meta, Navarro observa que el *Informe* da por sentado la relación entre salud y sistemas de atención. Ahora bien, admitiendo que se trata de una relación por muchos juzgada como espuria –véase la sección anterior de este capítulo así como el Anexo- vale como contra-argumento la siguiente cuestión: ¿con base en qué tipo de resultado ha de juzgarse entonces un sistema de salud? Esto es, los sistemas de atención pueden no ser los más importantes para producir estados de salud, pero aun si fuera baja su influencia, el estado de salud debería ser su principal –sino exclusivo- parámetro de evaluación. Si el sector es inocuo o produce efectos negativos en los estados de salud, ello debería poder ser capturado por un análisis longitudinal como el que se hace en los capítulos siguientes.

En cuando a la responsividad, Navarro observa que se trata de un concepto correcto pero evaluado con escasa objetividad por la OMS; en la medida en que esta organización apeló a informantes sesgadamente seleccionados. El punto es cierto, y lo testifica la excesiva calificación otorgada por el *Informe* a países como Colombia, cuyo gobierno había llevado a cabo por ese entonces reformas de tipo neo-liberal que condecían con algunas ideas planteadas por la OMS. Por otra parte, es también evidente que la falla en la forma de recoger los datos no invalida el concepto; si los principios del respeto por el confort y dignidad del paciente ha de presidir la selección de las prácticas de atención a la par con aquellos relativos a la simple eficacia médica,

⁴¹ Scott Atlas (2011).

⁴² Vicete Navarro (2000).

⁴³ Incluso, tardíamente, uno de los editores del informe, Philip Musgrove (2003) se volcó a criticar el informe señalando que se trataba de “resultados espurios”, puesto que “sólo el 39% de las observaciones fueron de países específicamente”. Específicamente, Musgrove criticaba la práctica de imputar datos mediante la que el *Informe* produjo el *ranking*.

entonces la responsividad es un atributo de importancia para evaluar sistemas de atención a la salud.

Finalmente, en cuanto a la equidad, se critica la definición de equidad contenida en el informe en la medida en que no sería redistributiva –el *Informe* define a la equidad como contribución a sostener el costo del sistema de atención en proporción con los ingresos-. Para criticar la idea Vicente Navarro inserta una difícil comparación relativa a la composición de la canasta de bienes que una familia rica adquiriría el mercado de servicios –bienes de lujo, argumenta-, lo que en ese caso, hace al sistema no re-distributivo. En otras palabras, sugiere el autor que contribuir de acuerdo al ingreso en un sistema en el que los bienes que se distribuyen no son equivalentes no asegura la equidad. Si bien la observación es correcta, hay que tener presente, la enorme dificultad de practicar un estudio que evaluara más precisamente o sobre bases más ciertas la equidad excusa que por cierto no provee sino una absolución parcial al *Informe*.

En suma, las críticas de Vicente Navarro, aunque en muchos aspectos bien fundadas, no son suficientes para que, en términos conceptuales, la propuesta evaluativa de la OMS no pueda ser utilizada. En el capítulo siguiente, se aplica esta propuesta indagando sobre la productividad del sistema de atención en términos de mortalidad infantil y materna.

Anexo

Cuatro visiones

Se compilan y comentan brevemente en este apartado un conjunto de citas que ilustran las cuatro posiciones básicas con las que se ha tratado la cuestión de la relación entre salud y sistema de atención a la salud. Es obvio entonces que no se trata de una vinculación simple y expedita.

Para algunos, la salud depende de la actividad de los sistemas de salud conformados con centro en médicos y hospitales. Es esta la idea quizás más difundida; de acuerdo a ella debemos sustancialmente nuestro estado de salud a la efectividad científico-técnica del sistema médico-hospitalario. Los estados de salud dependen de la aplicación de la ciencia a las patologías, aplicación en cuyo centro se encuentra la actividad del médico.

Actualmente, la ciencia vela por nosotros en el momento de nuestro nacimiento o aún antes; venimos al mundo con más facilidad y con menos angustias para nuestras madres; somos cuidados durante la lactancia y la niñez conforme a las reglas más estrictas de la higiene y según los principios de la psicología; se nos suministran vitaminas como complementos a nuestra bien equilibrada dieta de “carbohidratos”, proteínas y grasas; se nos extirpan las amígdalas, las vegetaciones adenoides y el apéndice al menor signo de alarma; podemos ser vacunados contra muchas infecciones; hay inspección médica en nuestras escuelas; y durante todo el curso de nuestra vida estamos protegidos por las disposiciones sanitarias de las autoridades. Si a pesar de todo eso llegamos a caer enfermos o a sufrir un accidente, tenemos tratamiento adecuado ya sea en casa o en un hospital perfectamente equipado; y si el nuestro es un caso difícil, nuestro médico puede apelar a la ayuda de alguna rama de la ciencia, tal como la física, la química o la bacteriología para el diagnóstico y el tratamiento. Tampoco se conforma con esto. En caso de que fracase y muramos a pesar de sus cuidados, es casi seguro que estará en la posibilidad de averiguar por medio de examen post-mortem, qué fue lo que sucedió en realidad [...] para hacer adelantar la causa de la ciencia. (Hayward. 1956 [1ª ed. 1937], *Historia de la Medicina*, p. 20).

En el extremo opuesto, hay algunos autores que sugieren que la acción de los sistemas institucionales de salud es la principal productora de daño y enfermedad, siendo la más conocida la afirmación de apertura que realiza Iván Illich en su conocido libro *Némesis Médica*

La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. La dependencia respecto de los profesionales que atienden la salud influye en todas las relaciones sociales. En los países ricos, la colonización médica ha alcanzado proporciones morbosas: en los países pobres esta rápidamente ocurriendo lo mismo. Hay que reconocer sin embargo el carácter político de este proceso, al que denominare la «medicalización de la vida». La medicina está a punto de llegar a ser un objeto primordial para una acción política que intenta provocar una inversión de la sociedad industrial.

Únicamente quienes hayan recuperado la capacidad de proporcionarse asistencia mutua aplicando la tecnología contemporánea podrán también limitar el modo industrial de producción en otros aspectos importantes. Un sistema de asistencia a la salud, basado en médicos y otros profesionales, que ha rebasado límites tolerables resulta patógeno por tres razones: inevitablemente produce daños clínicos superiores a sus posibles beneficios; tiene que enmascarar las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad, y tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente. El monopolio médico y paramédico sobre la metodología y la tecnología de la higiene es un ejemplo notorio del uso político indebido que se hace de los progresos científicos en provecho de la industria y no del ser humano (Iván Illich, 1975, p. 9).

Otros plantean visiones más moderadas. Sugieren que en buena medida los avances en los estados de salud han devenido menos por logros médico-hospitalarios y más por los progresos en la educación, y en la condición económica, de hábitos, estilos de vida, y de infraestructura social. En este caso, los sistemas de salud tendrían sólo una secundaria injerencia en los estados de salud. Emblemático al respecto, escribía Milton Terris:

En resumen, los factores más importantes que en los últimos cien años han contribuido a disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades infecciosas han sido los cambios económicos y sociales que ha habido, las medidas de control ambiental, la inmunización, la educación de la salud y las actividades de salud pública. El cuidado médico *per se* ha desempeñado un papel secundario, limitándose en la mayor parte de los casos a dos funciones importantes. Una, el alivio del sufrimiento, notable contribución del servicio médico en todas las enfermedades que de ningún modo se puede pasar por alto. La otra es la reducción de la gravedad de la enfermedad a través de medidas de apoyo, función que el servicio médico realiza con mayor o menor éxito, según la clase de enfermedad de que se trate. Ha sido solamente en las últimas décadas, con la nueva quimioterapia y los antibióticos, cuando el cuidado médico ha podido superar estas limitaciones y contribuir en forma mucho más importante a la salud pública. (Terris, Milton)

Terris reconocía un lugar secundario a la atención a la salud. Otros toman esa idea y apuntan que los indicadores de salud centrados en mortalidad –aquéllos sobre los que basa Terris sus conclusiones- no son suficientemente idóneos para evaluar lo que la gente procura en el campo de la salud con la sutileza necesaria. Ello hace necesario incorporar a la evaluación de un estado de salud nuevos y más detallados elementos –por ejemplo, hacer un lugar para aquéllas búsquedas estéticas o simplemente paliativas que los usuarios realizan-. En este caso, o mejor dicho, para estos objetivos, la atención a la salud cumple un rol principalísimo. Al respecto, se ha señalado que:

[...] cuatro de las indicaciones más comunes para cirugía en los Estados Unidos son la Prostatectomía -Resección Transuretral de Próstata (RTU)- para la hiperplasia benigna de

la próstata, extracciones de cataratas, reemplazo de articulaciones para la osteoartritis severa de la rodilla o de la cadera, y la histerectomía para las enfermedades del útero. Aunque a menudo se argumenta que estos procedimientos previenen muertes, las revisiones de la evidencia sugieren que estos procedimientos rara vez se lleva a cabo para aumentar la esperanza de vida. En cada caso, sin embargo, la cirugía puede conducir a mejoras en el funcionamiento o en cuanto a los síntomas. Por ejemplo, la RTUP puede reducir los síntomas de incontinencia urinaria en los hombres. La extracción de cataratas puede ayudar a mejorar la lectura, la conducción nocturna, y otras actividades de la vida diaria. La artroplastia puede aumentar la movilidad de los pacientes de mayor edad. Para la mayoría de estos casos, las medidas tradicionales de tipo fisiológico son limitadas como la evaluación de resultados. Los pacientes buscan en estos procedimientos un alivio de los síntomas. (Kaplan, 2001).

Bibliografía

- Armus, Diego. 1986. *Los Médicos*. Centro Editor de América Latina.
- Atlas, Scott . 2011. "The Worst Study Ever", en *Commentary Magazine*, abril.
- Ballard, Karen; Elston, Mary Ann. 2005. "Medicalization: A Multi-dimensional Concept". En *Social Theory & Health*. Volume 3, Number 3, August 2005.
- Banco Mundial. 1993. *Invertir en Salud*. Washington. The World Bank.
- Belmartino, Susana. 2005. *La atención médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores. Pp. 88-89.
- Brown, Phil. 1995. "Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness". En *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue.
- Caldwell, John C. 1992. "Old and new factors". En *Health Transitions Review*, Supplement Vol. 2.
- Curley, Robert *The Britannica Guide to Inventions that Changed the Modern World*, New York. Britannica Educational Publishing, 2010.
- De Swaan, Abram. 1992. *A Cargo del Estado*. Barcelona. Pomares-Corredor.
- Faulkner, Alex. 2009. *Medical Technology into Health Care and Society*. London. Palgrave Macmillan.
- Flexner, Abraham. 1910. *Medical Education in the United States and Canada*. A Report to the Carnegie Foundation. Una copia del informe puede leerse en <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n7/a12v80n7.pdf>
- Freidson, Elliot. 2001. "La teoría de las Profesiones: Estado del Arte". En *Perfiles Educativos*, año/vol. 23, número 093. Pp. 28-43. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/132/13209303.pdf>
- Fuchs, Victor. 1968. *The Service Economy*. Columbia University Press.
- Haug, Marie y Lavin, Bebe. 1981. "Practitioner or Patient - Who's in Charge?". En *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 22, No. 3, September.
- Hayward, John. 1956 (1ª edición 1937). *Historia de la Medicina*. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Heggenhougen, Harald Kristian y Quah, Stella. 2008. *International Encyclopedia of Public Health*. Elsevier.
- Hesse, Bradford; Nelson, David; Kreps, Gary; Croyle, Robert; Arora, Neeraj; Rimer, Barbara; Kasisomayajula Viswanath. 2005. "Trust and Sources of Health Information". *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, December.
- Illich, Iván. 1975. "Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic tort". *Journal of Medical Ethics*, Vol. 1. Cap.7.
- Illich, Iván. 1975. *Némesis Médica*. Ed. Penguin Books .New York. P. 9.
- Jutel, Annemarie. 2009. "Sociology of Diagnosis. Preliminary Review". En *Sociology of Health and Illness*, Vol. 31, Nº 2.
- Kaplan, Robert. 2001. "Health Outcomes: Assessments of". En Neil Smelser y Paul Baltes *International Encyclopedia of The Social and Behavioral Sciences*. Oxford. Elsevier Sciences.
- Kelly, Kate. 2010. *Medicine Becomes a Science 1840-1999*. New York. Facts On File, Inc.
- Kelly, Kate. 2010. *Old world and new: Early Medical Care, 1700–1840*. New York: Facts On File, Inc.
- Kuiper, Kathleen *The Britannica Guide to Theories and Ideas that Changed the Modern World*, New York: Britannica Educational Publishing, 2010.
- McKee, Martin; Healy, Judith. 2002. *Hospitals in a changing Europe*. Ed. European Observatory on Health Care Systems Series.

- McKeown, Thomas; Lowe, C.R. 1981. *Introducción a la Medicina Social*. México. Ed. Siglo XXI Editores.
- Menéndez, Eduardo. 1988. "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires.
- Moran, Michael y Wood, Bruce. 1993. *States, Regulation and the Medical Profession*. Oxford. Open University Press.
- Murray, Christopher y Frenk, Julio. 2000. "Un Marco para Evaluar el Desempeño de los Sistemas de Salud". En *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos Número 3.
- Musgrove, Philip. 2003. "Judging health systems: reflections on WHO's methods" *The Lancet*. Vol. 361, May 24.
- Navarro, Vicente. 2000. "Assessment of the World Health Report", en *The Lancet*, Vol. 356, November 4.
- OMS. 1999. *Informe sobre la Salud en el Mundo 1999. Cambiar la Situación*. Washington. WHO.
- OMS. 2000. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Washington. WHO.
- OMS. 2002. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana*. Washington. WHO.
- OMS. 2010. *Medical Devices: Managing the Mismatch*. Washington. WHO.
- Parsons, Talcott. 1984. *El sistema social*. Madrid, Revista de Occidente.
- Passos Nogueira, Roberto. 2003. "A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich", *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol 7, num. 12, febrero de 2003.
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a21.pdf>
- PEW. 2012. *Internet and American Life Project*. PEW Research Center's Internet and American Life Project. 2012. <http://www.pewinternet.org/Reports/2013/Tracking-for-Health.aspx>
- Relman, Arnold. 1981. "El Nuevo Complejo Médico-Industrial", en *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 18, Octubre.
- Robert Koch. 1882. "Die Ätiologie der Tuberculose". Conferencia ante la Sociedad Fisiológica de Berlín., 24 de marzo de 1882. Reproducida en: *Reviews of Infectious Diseases*, Vol. 4, No. 6. November-December, 1982, pp. 1270-1274
- Rodriguez, Josep; M. de Miguel, Jesús. 1990. *Salud y Poder*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Rosenberg, Charles. 2002. "The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience". En *The Milbank Quarterly*, Vol. 80, No. 2.
- Sarfatti-Larson, Magalí. 1977. *The Rise of Professionalism*. Berkeley. University of California Press.
- Terris, Milton. 1980. *La Revolución Epidemiológica y La Medicina Social*. Ed. Siglo XXI Editores. México.
- Timmermans, Stefan. 2001. "Medical Technology". En Neil Smelser y Paul Baltes *International Encyclopedia of The Social and Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier Sciences.
- Ugalde, Antonio. 1987. "La sociología de la salud en las sociedades post-industriales: el caso de los Estados Unidos". En *Medicina y Sociedad*, Vol. 10, nº 1-2.
- Ugalde, Antonio; Richards, Patricia y Zwi, Anthony. 1999. "Health Consequences of War and Political Violence" en James Kurz y Jennifer Turpin *Encyclopedia of Violence, Peace and Conflict*. New York, Academic Press.
- Wang, H. 2008. "Comparative Health Systems". En Harald Kristian Heggenhougen y Stella Quah eds. *International Encyclopedia of Public Health*. Oxford. Elsevier.

Wang, J., Janilson, D., Bos, E., Preker, A. y Peabody, J. 1999. *Measuring Country Performance on Health Selected Indicators for 115 Countries*. Washington. The World Bank.

Winner, L. 1980. "Do artifacts have politics?" En *Daedalus* N° 109.

Capítulo II.

José Antonio Mántaras

La Efectividad del Sector Salud: Evolución de la Mortalidad Infantil y Materna en Argentina

Introducción

Los Indicadores para una Evaluación de Desempeño

En este capítulo se ensaya una evaluación del desempeño del sector salud argentino en términos de los logros obtenidos con relación a los estados de salud de la población. Existen múltiples modos de evaluar el desempeño de un sistema de salud y cada uno de ellos suele captar una porción significativa de la realidad. Así por ejemplo, pueden evaluarse la tasa de mortalidad y de morbilidad evitable; los valores de expectativa de vida; los valores de salud subjetiva; y varios otros más.

De entre todos ellos, dos tienen añeja carta de ciudadanía: la tasa de mortalidad infantil –TMI- y la tasa de mortalidad materna –TMM-. La TMI y la TMM usualmente conforman la base de los estudios que procuran establecer la situación de salud y condiciones de vida de una población, así como de la *performance* del aparato sanitario. Son especialmente importantes porque permiten juzgar a una política de salud en función de tres características inherentes: sensibilidad, directa atingencia, y prioridad en el entorno decisorio.

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

funcionarios y profesionales están especialmente alertas al devenir de los principales indicadores de salud materno-infantil.

Este especial carácter de los indicadores de salud materno-infantil ha llevado a que formen parte de los llamados *Objetivos de Desarrollo del Milenio* –ODM-, un conjunto de medidas que los países acordaron en lograr para el año 2015.⁴⁴

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

Esquema: II.1. Metas ODM para Argentina

ODM 5.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil –TMI-y la mortalidad de niños menores de 5 años –TMI5-. Esto es equivalente a una tasa por mil nacidos vivos de 8,5 % y en la de menores de 5 años del 9,9 %. • Reducir en 10% la desigualdad entre provincias, medido en <i>Coefficiente de Gini</i>. La meta específica es en este caso, para la TMI - Total país: 0,09 y para TMM5. Total país: 0,102
ODM 6.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir entre 1990 y 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna. Meta específica: Tasa de Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos): 1,3 % • Reducir en 10% la desigualdad entre provincias. TMM-Total país: 0,311

Fuente: Elaboración propia

⁴⁴ El 8 de septiembre del 2000, 189 países del mundo firmaban la “Declaración del Milenio”, un esfuerzo de las Naciones Unidas para reconducir la idea y los recursos que, hasta los años 90s, había sido guiados por la –así llamada entonces- “ayuda oficial al desarrollo”. De la declaración se obtuvieron los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, conjunto de metas que los países acuerdan en lograr para el año 2015, entre las que juegan un papel importante los indicadores mencionados. Los siguientes son los ocho objetivos de desarrollo del milenio:

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

La Estrategia de Evaluación

Este capítulo se aboca entonces a examinar el desempeño del sector salud argentino en términos de estos dos indicadores, con una mirada que, como ya se ha puesto de manifiesto, busca proyectarse en las tendencias de largo plazo. En otras palabras, se examina el desempeño en términos de *tendencias*.

El análisis inicia en ambos casos con una breve discusión conceptual. A ello sigue una revisión de la situación del indicador TMI y TMM en términos comparados. Después de esta revisión, se procede a evaluar el desempeño de largo plazo de los indicadores, apelando a criterios o parámetros evaluativos que sugieren *brechas* o distancias entre los valores observados y esperados.

- La primera *brecha* que se estudia es aquella que existe entre las expectativas sugeridas por las metas ODM y los valores efectivamente observados. Hay que notar que se trata de un criterio *teórico* de interpretación de los datos, en el sentido de que este se desprende de valores “deseados” en términos de una imagen o estado ideal del mundo. La dificultad que criterios de este tipo suscitan radica en el grado de rigor de los criterios, que pueden ser alternativamente inaccesibles o demasiado blandos –es decir, fácilmente accesibles-. Así, por ejemplo, una tasa de mortalidad infantil igual a 0 sería deseable, ciertamente, pero claramente inaccesible; haciendo que todo caso que no lo logre sea juzgado negativamente. En el lado contrario, una tasa que implique mejoras respecto de una situación previa inusual es muchas veces demasiado accesible.⁴⁵ Como es obvio, ni un criterio inaccesible ni otro en exceso accesible, son útiles a la hora de evaluar. En este caso, la apreciación de la serie de la TMI se hará con base en un criterio que no exhibe esas dificultades y es, a la vez, suficientemente exigente y accesible: las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-.
- Un segundo tipo de *brecha* está menos basado en estados ideales, sino que se forja a partir de la misma serie de datos: se juzga la trayectoria en función de la tendencia que en ella misma es posible discernir. Hay aquí también una dificultad, pero de índole diferente: es necesario determinar el modelo aplicable para juzgar la trayectoria. La cuestión es la siguiente. Un modelo de expedita interpretación y aplicación es juzgar los datos con base en la tendencia *lineal*. Ahora bien, esto es sólo apropiado si se considera que los datos pueden tener esa forma. En general se pueden acomodar los datos a este formato bajo una condición: que no exhiban algún tipo de necesario “amesetamiento”; es decir, efectos

⁴⁵ Es muy frecuente que en los indicadores de alta sensibilidad política se haga uso de este tipo de criterio, eligiendo arbitrariamente puntos de partida que sean particularmente favorables.

“techo” o “suelo”.⁴⁶ Este proceder aparece justificado entonces porque, por un lado, los datos sociodemográficos en general se acomodan relativamente bien a una tendencia lineal en puntos no extremos de la serie. En este sentido, el análisis comparado permite revelar lo que podemos llamar “puntos extremos”.⁴⁷ Por otro lado, porque a partir de datos comparados es posible discernir si existen efectivamente efectos “techo” o “suelo”.

Además de este análisis de las *brechas*, corresponde evaluar la heterogeneidad intra-nacional. La heterogeneidad intra-nacional es una medida de la equidad; es decir, de la efectividad del sector salud en eliminar las diferencias de salud evitables que surgen de arbitrarias desigualdades sociales. Este trabajo enfoca en las desigualdades de tipo regional, aquellas que surgen del lugar de residencia. Se usan tres tipos de evaluación de disparidades regionales.

- Por un lado, la información que provee un índice de concentración, el índice de Gini, bajo el supuesto de que la concentración de la mortalidad en algunas regiones indica inequidad. El índice de Gini varía entre 0 y 1, creciendo la concentración –y por consiguiente la inequidad- en la medida en que ascienden los valores –un valor 1 en el índice de Gini equivale a máxima concentración-.
- Puesto que el Gini sólo apunta la concentración, vale la pena añadir otra medida. Se estudiará la elación entre el total nacional del indicador seleccionado y el promedio interprovincial. Como se sabe, la distribución de la población en Argentina está fuertemente sesgada sobre el área central y especialmente en el territorio de la Provincia de Buenos Aires. En el país, el área que componen cuatro jurisdicciones, Ciudad de Bs. As., Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe concentran más del 60% de la población y más aun de la riqueza social. Por ello, el peso de las jurisdicciones centrales en el total nacional oculta las disparidades con otras jurisdicciones menos pobladas y más pobres. Luego, un modo de compensar esta deficiencia es calcular un promedio interprovincial, que entonces no está sesgado por la desigualdad poblacional. Posteriormente, se puede evaluar la heterogeneidad intra-nacional calculando la razón entre el “promedio interprovincial” y el “total nacional”. Si los valores del cociente están por encima de uno, se puede inferir que las provincias que no componen el área central tienen más mortalidad materna que sus pares centrales; si son inferiores, la inferencia inversa es la

⁴⁶ Un ejemplo, se puede exigir a un alumno con promedio de 4 puntos en una escala de 0-10 que duplique su desempeño, obteniendo 8; similar exigencia para quienes tienen un promedio de 6 es de cumplimiento imposible. Entonces, a medida que crecen los valores de la distribución, la tasa esperable de crecimiento debe disminuir. En este caso ajustan a los datos no una función de tendencia lineal, sino otra con base en curvas logarítmicas o logísticas.

⁴⁷ Otro ejemplo: si ningún país registra una tasa de mortalidad inferior a 10 por mil, entonces alrededor de ese valor se ha de esperar un “amesetamiento” derivado del efecto “techo”. Ahora bien, si por el contrario es posible encontrar en casos no excepcionales una TMI con valores inferiores a 5 por mil; entonces, en la zona de 10 por mil es posible exigir una tendencia descendente lineal.

correcta. Del mismo modo, se puede hacer una lectura longitudinal, si el cociente se reduce o aumenta, quiere decir que la brecha entre la mortalidad materna de las áreas centrales y no centrales se reduce o incrementa en concordancia.

- Finalmente, se presenta información que indaga individualizando los casos en función de las tendencias que se observan.

La Mortalidad Infantil: Aspectos Conceptuales

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

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

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

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

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

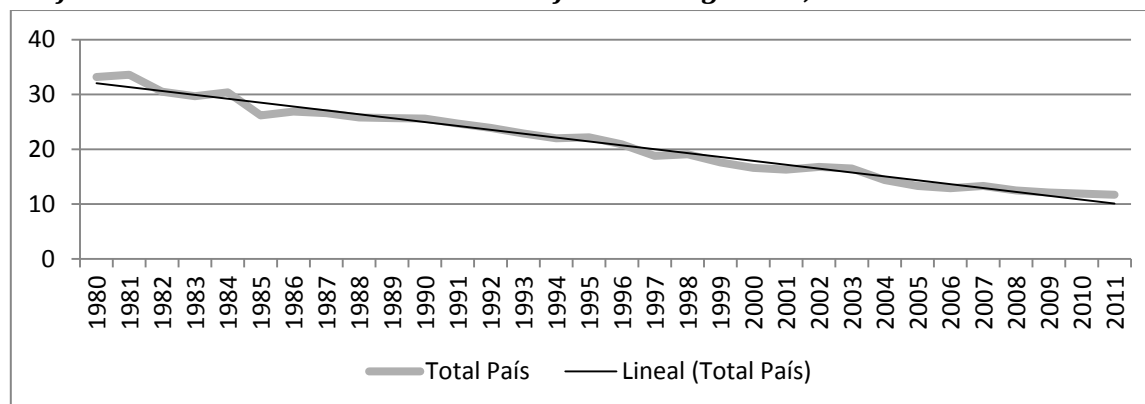
A la obvia sensibilidad de este indicador para con las condiciones sociales e institucionales⁴⁹ se añade el hecho de ser una de las cifras más –y quizás mejor- recolectadas y atendidas a la hora de juzgar el desempeño de los sistemas de salud; es decir, se trata de un indicador que siempre preocupa a los gobiernos y su evolución por lo mismo abre pistas acerca de las condiciones sanitarias como respecto de las capacidades gubernamentales.

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

La Evolución de la Mortalidad Infantil en Argentina

Tomando una serie anual continua entre 1980 y 2011, la gráfica siguiente presenta la evolución de la mortalidad infantil en Argentina de los últimos treinta años. Para este período se observa una clara pendiente descendente, desde un valor de 32 defunciones por cada 1000 nacidos vivos hasta el valor actual cercano a las 11 defunciones.

Gráfica II.1. Evolución de la Mortalidad Infantil en Argentina, 1980-2010



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

La reducción de la mortalidad infantil que muestran los datos es, ciertamente, un hallazgo positivo. Teniendo presente eso, no obstante, es reconocido el hecho de una reducción secular de

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

la tasa de mortalidad.⁵⁰ En este sentido, vale entonces plantear interrogantes más sensibles para obtener un más adecuado cuadro de la situación.

Un primer interrogante es: ¿debe ser juzgada esa tendencia descendente como muestra de logros suficientes o se trata, al contrario, de una evolución menos que satisfactoria? Esta pregunta será respondida a partir de las siguientes estrategias de trabajo.

- Por un lado, comparando los logros de Argentina en este terreno con lo obtenido por otros países latinoamericanos. Es decir, en términos de la región, ¿está haciendo mejor o peor que otros países la Argentina?
- Por otro, se tratará de interpretar la tendencia en función las expectativas de los ODM y de la trayectoria propia de los esfuerzos de reducción de la maternidad infantil, lo que otorga una imagen de la efectividad contemporánea de las políticas públicas sobre este problema.

Un segundo interrogante sobre la TMI remite a la cuestión de la heterogeneidad intra-nacional: ¿Se trata de una situación en la que ha habido reducciones equivalentes a lo largo de las jurisdicciones provinciales; o, por el contrario, se han mantenido o incrementado las distancias entre estas jurisdicciones?

Argentina: El Desempeño Comparado del Indicador Mortalidad Infantil

La tabla y gráfica siguientes muestran el desempeño comparado de Argentina con relación a un conjunto de naciones latinoamericanas en lo relativo a mortalidad de menores de cinco años, indicador del que se pudo obtener la serie más extensa y confiable⁵¹.

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

⁵⁰ Ver, CEPAL (2007).

⁵¹ Knoll *et alii* (2010).

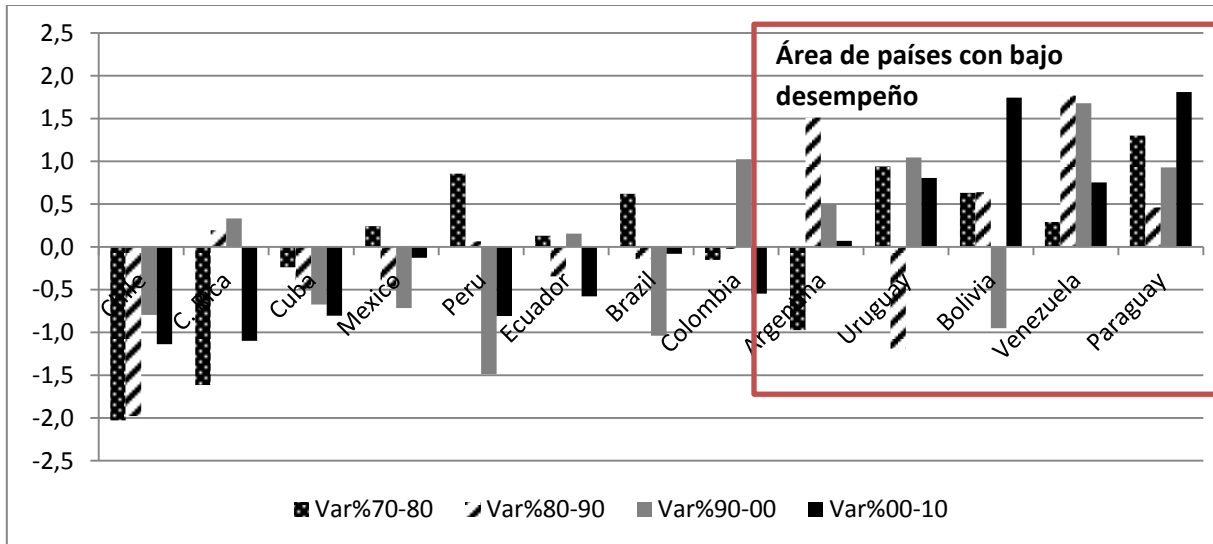
Tabla II.1. Variación porcentual de la tasa de mortalidad infantil por decenios. Países de América Latina y Años seleccionados

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

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

La gráfica ilustra esta misma situación con base en valores normalizados. Se observa aquí inmediatamente que Argentina se encuentra entre los países de bajo desempeño en cuanto a reducción de la mortalidad infantil sub-cinco.

Gráfica II.2. Variación porcentual de la tasa de mortalidad infantil por decenios. Países de América Latina y Años seleccionados. Valores normalizados



Fuente: ídem anterior.

Nota: Debe tenerse presente que, puesto que se trata de un indicador de mortalidad infantil, los valores positivos deben ser interpretados negativamente; es decir, cuanto más valor adquiere el indicador, peor es la situación.

Ahora bien, cabe una cuestión precautoria a resolver. ¿No puede ser el caso de que, siendo Argentina un país con baja mortalidad en el contexto latinoamericano, haya alcanzado una suerte de *amesetamiento* –es decir, lo que en estadística se conoce como *efecto suelo* o su inversa, *efecto techo*-.⁵² Si es esto así o no puede ser dilucidado del siguiente modo: hay que establecer la tasa de reducción comparada de los países que enfrentan un nivel de mortalidad infantil similar al de Argentina.

La siguiente tabla estudia esta cuestión. Se observa allí que Chile, Cuba y Costa Rica entre 1980 y 1990 con una tasa de mortalidad similar a la de Argentina en el año 2000, lograron posteriormente significativas reducciones de la misma, lo que no sucedió en nuestro país.

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

Tabla II. 2. Evolución de la Mortalidad Infantil -4años. Países latinoamericanos. Años Seleccionados entre 1970-2010

	1970	1980	1990	2000	2010
Chile	92,1	37,3	18,2	11,1	6,5
Costa Rica	73,6	33,1	21,4	14,8	8,7
Cuba	38,9	23,3	13,9	8,6	5,2
México	107,5	70	41,9	25,8	16,6
Perú	159	114,1	72,7	40,7	24,6
Ecuador	129,1	82,5	50,1	34	21
Brasil	120,8	83,6	52	30,8	19,9
Colombia	86,8	52,8	33,3	24,7	15,3
Argentina	72,6	37,7	28	19,7	12,9

Fuente: *ídem anterior*.

Esto nos lleva a una segunda precaución en el análisis de estos datos. Teniendo presente que los países mencionados redujeron su indicador a menos del 10 por mil en un plazo de 20 años, ¿no podría ser el caso de que Argentina pudiera lograr tal reducción en la próxima década? En otras palabras la evaluación negativa sobre el desempeño de Argentina podría ser no más que un efecto de lo estrecho del tiempo de observación. A esta cuestión se aboca la siguiente sección.

La Tendencia Descendente de la Mortalidad Infantil: ¿eso satisfactoria?

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

En cuanto a la mortalidad infantil, el PNUD (2010) ha afirmado con un optimismo que no parece del todo justificado:

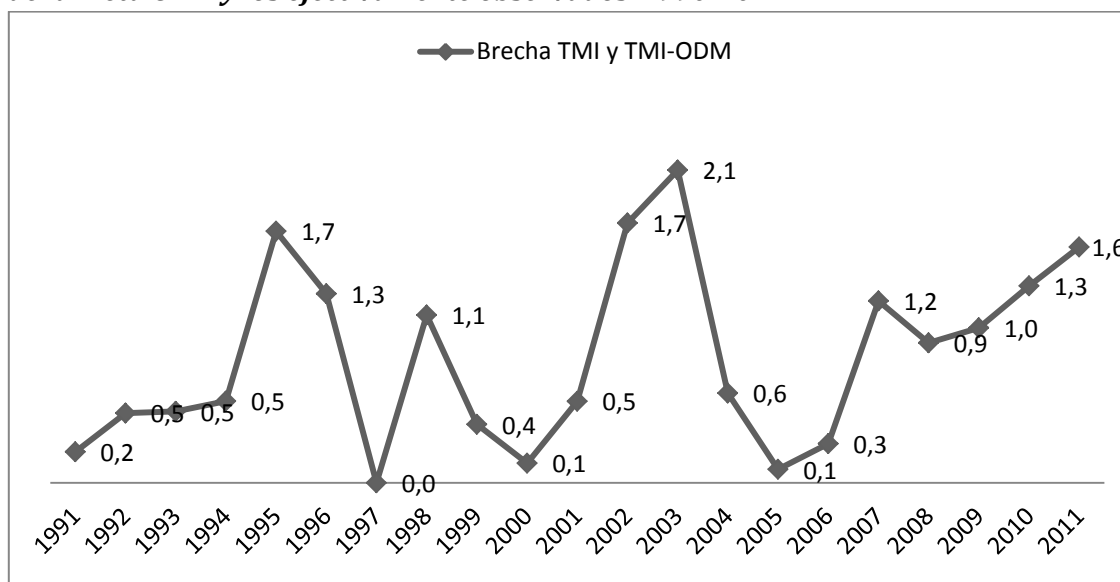
La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es considerada un indicador válido para evaluar las condiciones de vida de una población, la situación de la infancia y el sistema de salud de un país. Las causas de la mortalidad infantil, se encuentran estrechamente vinculadas a la estructura económica y social de un país o una región.

En Argentina, la problemática en torno a la mortalidad infantil ha recibido un tratamiento preferencial desde hace décadas, lo cual se ve reflejado en la tendencia descendente de la TMI. Para el año 2008, producto de una serie de acciones orientadas a mejorar la prevención y la atención de la población infantil, se ha logrado el descenso del 51,2% con respecto a los valores correspondientes al año 1990.

La grafica siguiente analiza la brecha anual entre los valores observados y el comportamiento esperado del indicador para obtener la meta de un 8,5% de TMI para el año 2015. Observando el

comportamiento de los últimos años, llaman la atención dos puntos. Por un lado, la brecha entre observación y expectativa prácticamente se cierra en el 2005 a partir de una muy alta diferencia obtenida en el año 2003. No obstante, la trayectoria retoma impulso ascendente, llegando en el año 2011 a los valores de diferencia que se tenía en ocasión de la coyuntura de crisis de mediados de los '90s.

Gráfica II.3. Mortalidad infantil. Brecha entre los valores esperados para el cumplimiento de la meta ODM y los efectivamente observados. 1990-2011



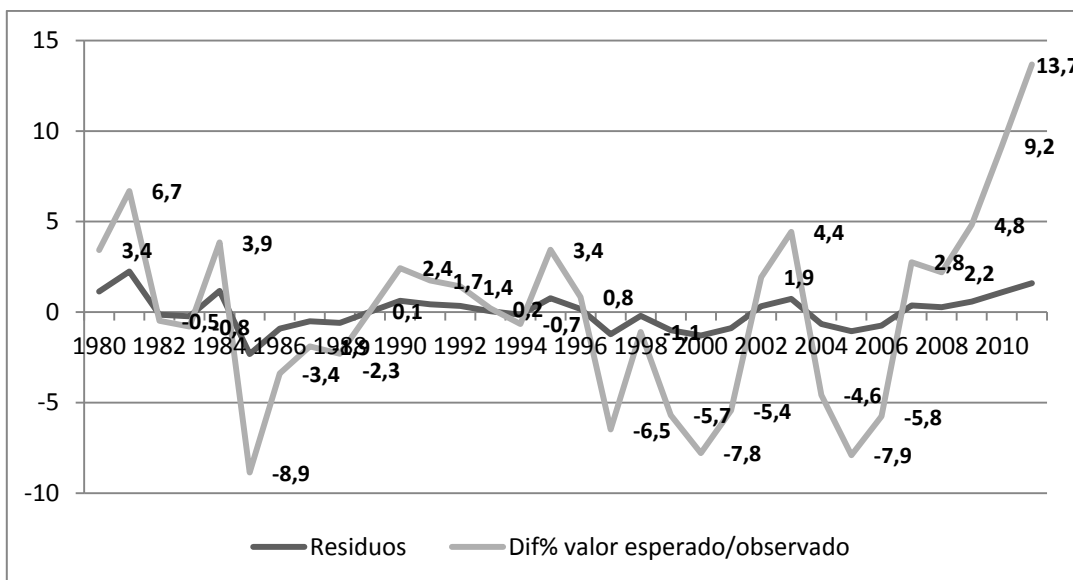
Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud *Anuarios*, varios números y metas ODM (2010)

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

La gráfica siguiente aborda entonces este interrogante: ¿el descenso de la mortalidad en el país ha sido superior o inferior al esperable en términos de una tendencia de descenso lineal? El método a utilizar para estimar este tipo de brecha se conoce como el indicador “relativo cíclico”. El “relativo cíclico” calcula la diferencia entre el valor observado y un valor teórico; obtenido este último a partir de la tendencia lineal de la serie. La mayor o menor diferencia es interpretable como la capacidad de un país para atenerse al propio impulso de reducción de la mortalidad infantil. En la

gráfica, la línea azul muestra las desviaciones respecto de la tendencia y para facilitar su interpretación se dispone la tasa de variación de esa desviación –en línea roja-.⁵³

Gráfica II4. Brecha entre los valores esperados según la tendencia lineal y los valores observados. 1980-2011



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

Lo primero que se observa es una esperable distribución en zigzag –esperable en la medida en que el indicador se construye en función de los desplazamientos sobre la tendencia lineal de la serie-. Por esto, lo interesante en esta técnica resulta en cuanto se examinan episodios; es decir, los momentos significativos de desplazamiento de los datos con respecto al modelo. Al respecto, la primera constatación son los episodios de desborde negativo de la tendencia, contemporáneos

⁵³ La estimación lineal es apropiada. En la tabla siguiente se compara la “bondad de ajuste” –valor R cuadrado- para dos estimaciones, lineal y logística. Se observa la estrecha relación entre ambas.

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

con los severos episodios de crisis socioeconómica que ha vivido el país recientemente –1982, 1989, 1995, 2002-. Correlativamente, se observan episodios de mejoría del indicador en consuno con la subsiguiente recuperación social y económica.

Ahora bien, la serie exhibe también un dato de otra índole: el desvío que sucede a partir del año 2007,⁵⁴ cuando la mortalidad infantil resulta considerablemente más alta en un contexto que no es de crisis sino de crecimiento de la economía. Si la comprobación anterior sugiere la necesidad de ajustar la política pública para que modere el movimiento pro-cíclico del indicador mortalidad infantil, lo que se observa a partir del año 2007 abre a un importante interrogante referido a las capacidades distributivas de bienestar de la política pública, al menos en la forma en que se la ha venido practicando.

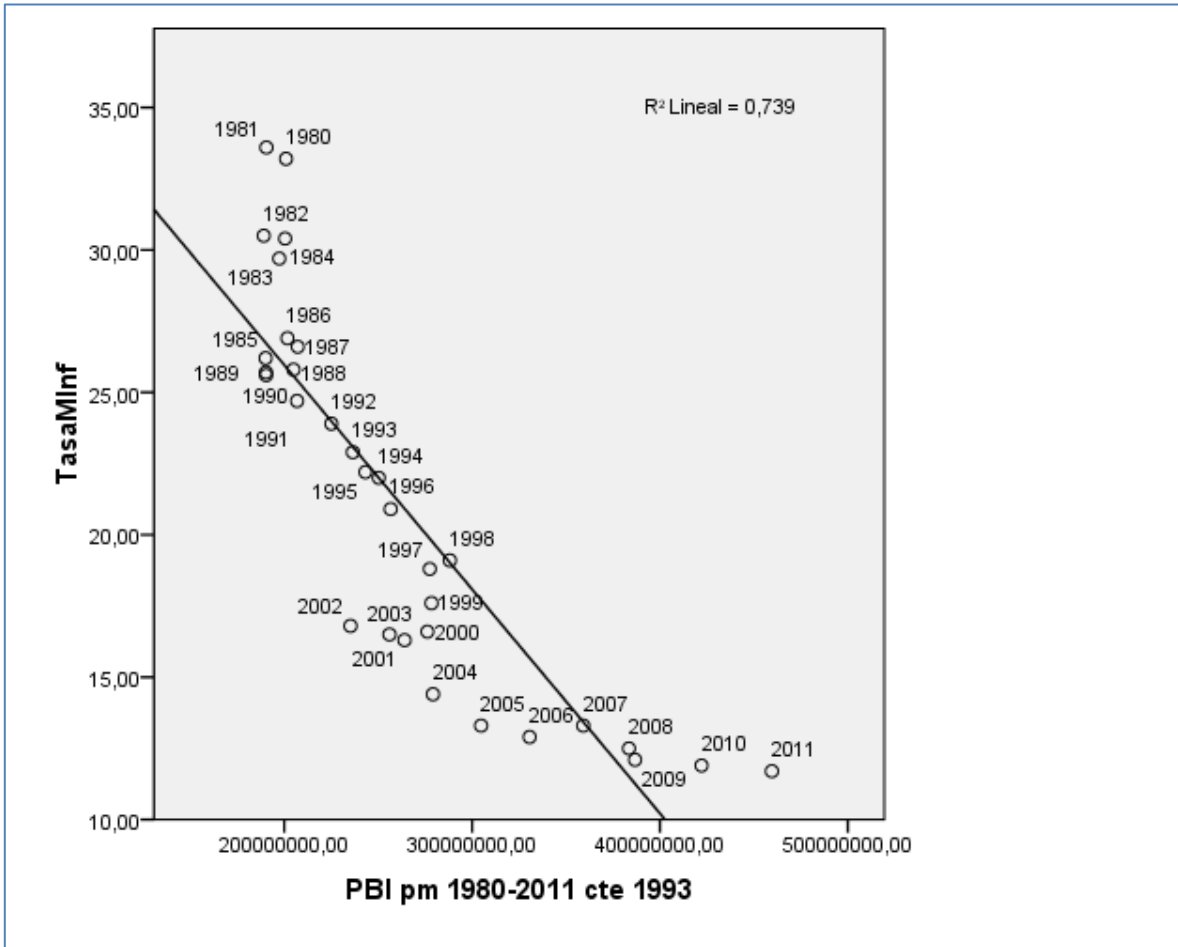
Estas ideas encuentran ulterior confirmación en la siguiente gráfica que muestra la extrema sensibilidad de la mortalidad infantil respecto de las condiciones socioeconómicas ambientales: el coeficiente de correlación entre el PBI⁵⁵ y la mortalidad infantil es negativo, siendo su valor de $R^2 = 0.739$

⁵⁴ Los siguientes son los valores observados y los esperables bajo el supuesto de tendencia lineal desde el 2008 en adelante. Argentina debería haber alcanzado para el 2011 una mortalidad del 10,1 por mil.

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

⁵⁵ PBI a precios de mercado, valores constantes a 1993.

Gráfica II.5. Evolución de la tasa de mortalidad infantil y el PBI. Argentina, 1980-2011



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

Conclusión

Son dos las conclusiones más relevantes a extraer del examen anterior. Por un lado, se ha obtenido que no obstante la reducción en cuanto a la mortalidad infantil lograda en los últimos treinta años, a la luz de los desempeños logrados por los demás países de la región latinoamericana es forzado concluir que los avances del país han sido mediocres.

Por otra parte, analizando la trayectoria misma de la reducción en Argentina, se concluye que los avances recientes, especialmente en los últimos años, han sido también por debajo de las expectativas. A esto se agrega una constatación inesperada: la reversión de la dinámica del indicador. Esta dinámica estaba claramente asociada a las tendencias en las condiciones

socioeconómicas vigentes –a mejores condiciones, mejores indicadores y viceversa-; hecho que parece haberse revertido a partir del año 2007.

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

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

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

La Reducción de la Mortalidad Infantil entre 1980 y 2011

En primer lugar, ¿qué tendencias se discernen en términos de cada jurisdicción? La tabla siguiente presenta los indicadores correspondientes para realizar este análisis, con discernimiento de tres fases definidas en términos de condiciones generales económico-políticas.

De la observación de la tabla se puede concluir:

- La mortalidad infantil ha descendido en todas las jurisdicciones, si bien a tasas diferentes – la cuestión de la heterogeneidad intra-nacional que se analiza en la siguiente sección-.
- Planteadas tres fases, en períodos, se obtiene que la variación porcentual lograda en la última fase, desde el 2003 hasta 2011, muestra un avance significativo con relación a la tasa de reducción que se verifica comparando los promedios de la década de los '80s con la de los '90 -35,9% y 28,7% respectivamente-.
- No obstante, comparando entre puntos de década, se encuentra que la tasa de reducción del último período -2000-2010- es inferior a la que sucede entre 1990 y el año 2000.
- Hay que notar que cada uno de estas dos formas de medir tiene desventajas, mientras que el segundo hace depender la medición de un valor puntual y no de un promedio que siempre registra menor estacionalidad, el segundo al tomar promedios es sensible a valores extremos de una serie. De este modo, la conclusión más apropiada es quizás el

sostenimiento del escenario. Esto es, el escenario pos-2003 no ha sido inferior, ni superior, al de la década de los '90s.

Tabla II. 3. Indicadores sobre la evolución de la heterogeneidad intra-nacional en Argentina. 1980-2011

PROVINCIA	Promedio fases			Variación % promedios fases		Variación % puntos de década		
	1980-1989	1990-2002	2003-2011	80-89 /90-02	90-02/03-11	1980-90	1990-00	2000-10
Total País	28,9	20,6	13,2	-28,7	-35,9	-22,9	-35,2	-28,3
Promedio Interprovincial	30,7	21,0	13,5	-31,3	-35,9	-24,7	-33,6	-31,0

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

La Heterogeneidad Intra-nacional: Tendencias

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

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

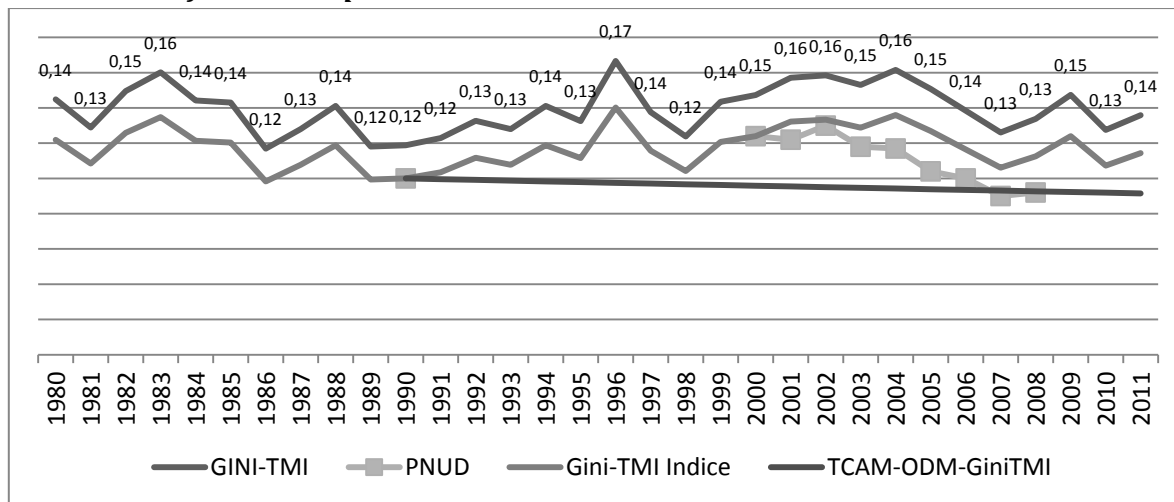
Frente a la tendencia observada del Gini para TMI, no se advierten dificultades para el cumplimiento de la meta de 0,09 planteada para el año.

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

En el gráfico siguiente se presenta la información necesaria para desenredar esta madeja. Allí se muestra el valor del Gini para toda la serie entre 1980 y 2011, con su correspondiente

transformación a números índice con base en 1990. También de descenso anual esperada a los efectos de obtener la meta –línea expresada con base en 1990-. De la gráfica se pueden resaltar dos aspectos:

Gráfica II. 6. Indicadores relativos a la evolución del Índice de Gini de la Tasa de Mortalidad Infantil entre provincias. 1980-2011.



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

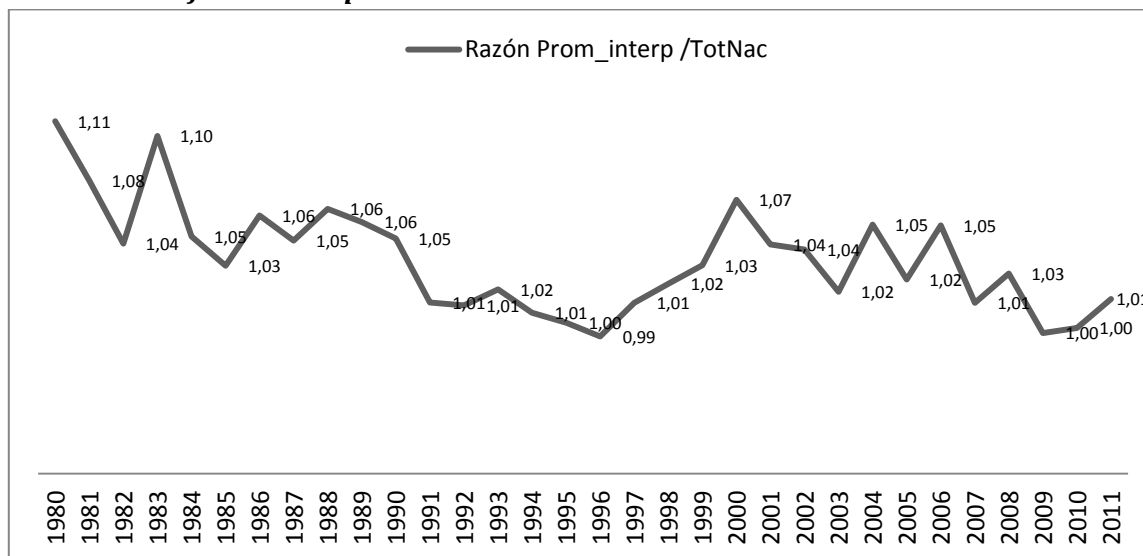
- Primero, si se transforma el valor Gini en términos de números índice con base en 1990, los valores observados coinciden con los del PNUD para el año 2000, 2001 y 2002. A partir del 2003, el reporte del PNUD se desvía notoriamente –lo que le permite hacer la interpretación favorable que se cita arriba-.
- El segundo punto a poner de resalto es que el cálculo del PNUD entre el 2003 y el 2008 está errado.⁵⁶ Los valores de Gini correctos son sustancialmente superiores, poniendo en evidencia un retraso en cuanto a la necesaria reducción de la disparidad regional. Si bien entre el 2004 y el 2007 la disparidad descendió, no se lograron las metas intermedias para el año 2007, y a partir de este último año, la disparidad comenzó a crecer nuevamente.

Desigualdad según Razón “Promedio interprovincial y Total Nacional”. ¿La heterogeneidad se encuentra en la diferencia entre áreas centrales y las área periféricas del país? Esta pregunta

⁵⁶ Es interesante observar no contiene información sobre disparidades regionales ni cálculo del índice de Gini el informe más reciente del PNUD (PNUD 2011)

puede ser evaluada con el indicador “razón entre promedio interprovincial y total nacional”. De acuerdo a la información que provee la gráfica siguiente, la razón ha venido descendiendo a lo largo de estos años, llegando en el año 2007 ha ser equivalentes. No obstante, eso, y coincidentemente con lo apuntado en el párrafo anterior, desde entonces la diferencia vuelve a crecer –lo que quiere decir que la TMI en provincias no centrales es superior-.

Gráfica II. 7. Indicadores relativos a la evolución del Índice de Gini de la Tasa de Mortalidad Infantil entre provincias. 1980-2011

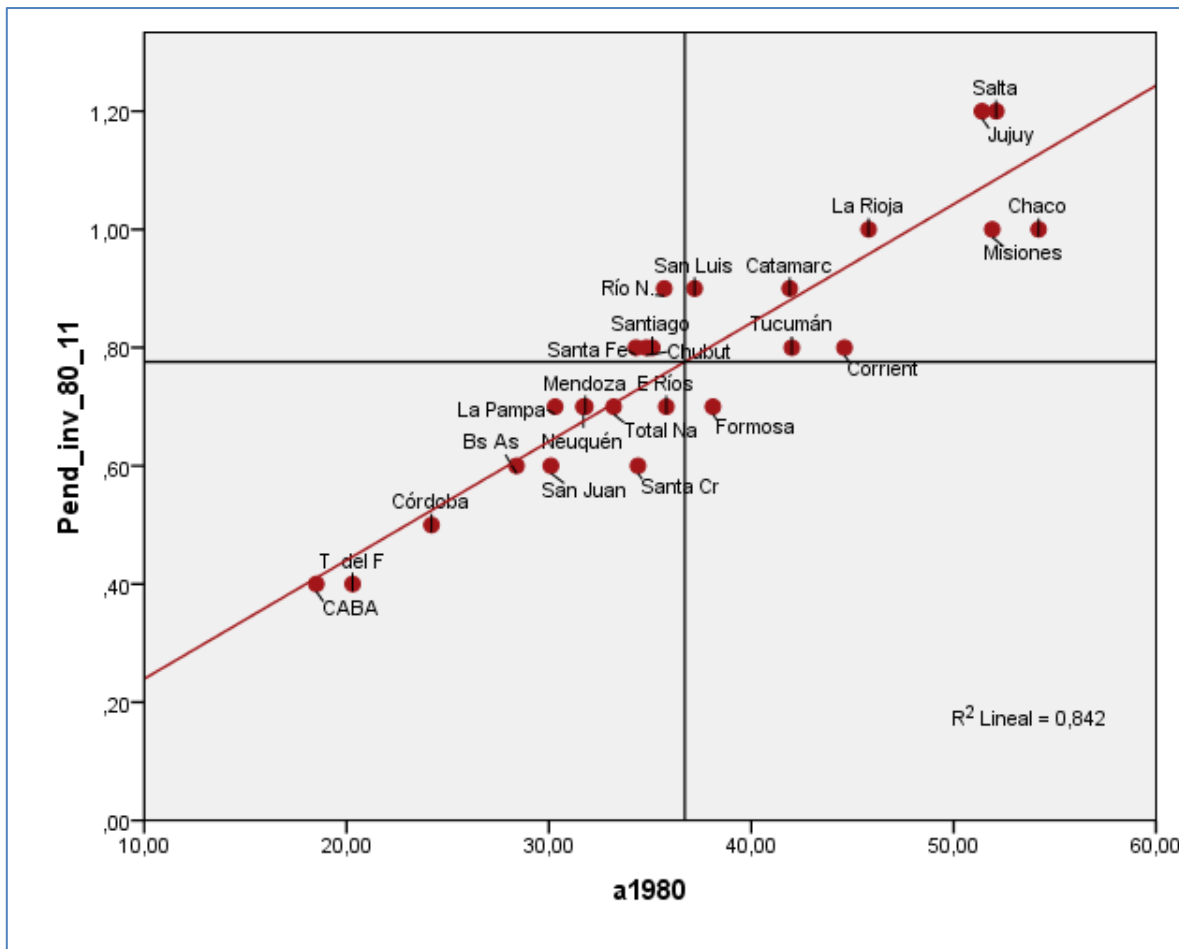


Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de la Nación, *Anuarios 2000* y *Anuario 2011*. Serie 5. Varios números.

Las provincias según sus trayectorias de cambio. Finalmente, vale la pena identificar si se trata de movimientos de conjunto o si hay jurisdicciones que tienen mayor responsabilidad en los cambios. En el gráfico se intersecta la tasa de mortalidad en el comienzo de la serie con el indicador “pendiente invertida”.⁵⁷ Se observan cuatro posibles escenarios de entre los cuáles los datos aparecen distribuidos en sólo dos de ellos: el escenario de alta mortalidad 1980 y alta pendiente, donde “alta” quiere decir por sobre el promedio- y un escenario de “baja” mortalidad infantil en 1980 y baja pendiente.

⁵⁷ Esto es, la tasa de cambio que mejor ajusta la trayectoria de los datos con un modelo lineal.

Gráfica II. 8. Provincias distribuidas según pendiente de la trayectoria y posición relativa en 1980. 1980-2011



Nota: Los valores positivos, ascendentes, deben interpretarse como descensos de la TMI.

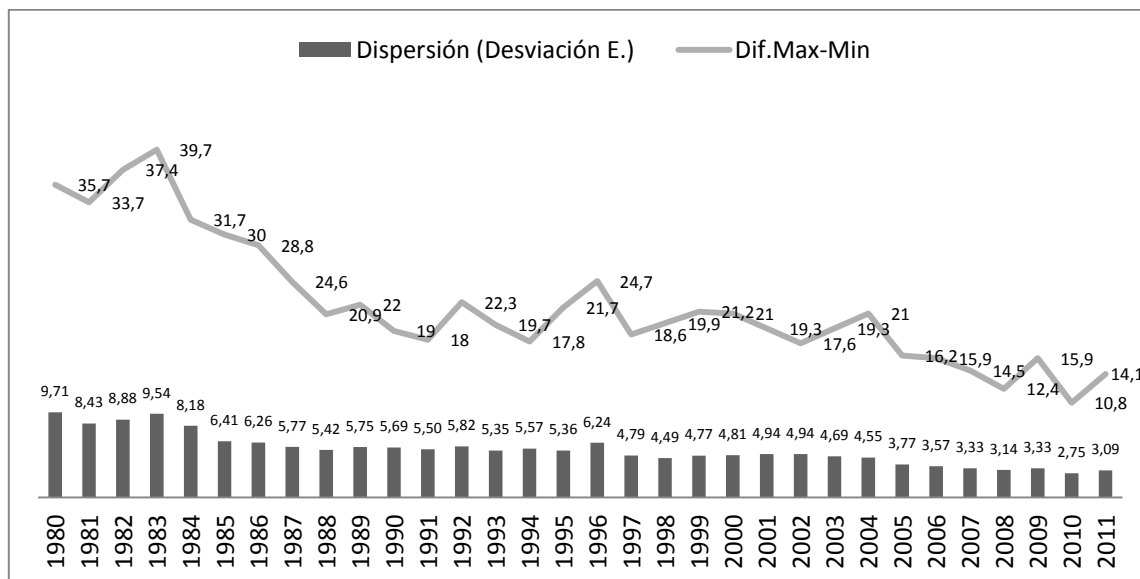
Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de la Nación, *Anuarios 2000* y *Anuario 2011*. Serie 5. Varios números.

En la gráfica, se ha añadido también la recta de regresión correspondiente. Este instrumento permite discernir las provincias de mayor y menor *performance.*, en función de su distancia al modelo lineal. Destacan con menor desempeño relativo Santa Cruz, Formosa, Corrientes y Chaco. Del lado positivo, se encuentran Río Negro, San Luis, Salta y Jujuy.

Ahora bien, si no han sucedido cambios de posición, esto no quiere decir que no ha mejorado la situación de cada jurisdicción. Como se mostró en la sección anterior, lo han hecho en términos absolutos –todas las provincias comparten la disminución en la tasa de mortalidad infantil- y también, en cierto sentido, en términos relativos puesto que se observa una compresión de las diferencias.

Esto puede evaluarse calculando la evolución de la dispersión interprovincial de las tasas de mortalidad infantil. Esta tenía un valor de 10 al comienzo de la serie para culminar con valores inferiores a los 5. En términos de diferencia entre tope y base, la brecha era de 35,7 puntos en 1980, reducida a 14,1 en el año 2011. Esto permite concluir entonces que las mejoras en estos treinta años han sido logradas especialmente por el desempeño más positivo de las provincias rezagadas.

Gráfica II. 9. Tasa de Mortalidad Infantil. Indicadores de dispersión entre jurisdicciones. 1980-2011



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

Conclusiones

La política pública de salud ha de enfrentar con urgencia el problema de la insatisfactoria tasa de reducción de la mortalidad infantil. Esto no quiere decir necesariamente que no haya habido progresos, sino que estos avances deben juzgarse en términos de expectativas y potencialidades que deben realizarse. En este último sentido, el desempeño del sector salud argentino es mediocre.

La Mortalidad Materna

Precisiones Metodológicas Preliminares

La mortalidad materna es otro indicador sensible de la calidad de vida de una población. En el anuda un proceso que aunque frecuentemente designado como un “riesgo sanitario”, sólo lo es por una errada extensión metafórica: los embarazos y consiguientes nacimientos.⁵⁸ En rigor, el proceso reproductivo que en sí mismo no es una contingencia riesgosa, sí da paso a potenciales situaciones de riesgo evitables en una altísima proporción. Esta condición se anuda a la acción del aparato sanitario, a quien preponderantemente corresponde velar por la prevención y evitación.

Como en el caso de la mortalidad infantil entonces, y a diferencia de otros problemas de salud pública –como son los accidentes viales, por ejemplo- las cuestiones relativas a la mortalidad materna tocan a un ámbito central de las actividades del sector salud. De este modo se expresa el Ministerio de Salud respecto a sus responsabilidades de atención:

Para evaluar la utilización de los servicios y recursos de salud, resulta útil tener en cuenta el local de ocurrencia y la persona que asistió el parto. Estos datos permiten apreciar el nivel de institucionalización del mismo en las distintas jurisdicciones. Desde el punto de vista estrictamente sanitario, son importantes porque permiten evaluar las condiciones de riesgo en que ha acaecido el parto. El parto no institucional comprende los nacidos vivos acaecidos en domicilio o en otro lugar como la calle, a bordo de un vehículo, etc. Ello de por sí define una condición de alto riesgo. (Ministerio de Salud de la Nación, 2011 p. 119).

El Ministerio de Salud expresa una definición universalmente aceptada: los partos deben ser atendidos por personal especializado, por funcionarios hábiles del sector, y que la atención se extiende temporalmente a lo largo del embarazo y hasta al menos 42 días después del parto. Si bien se ha sugerido una ampliación de este período hasta un año, elaborándose el concepto de mortalidad materna tardía, no es este último indicador de uso rutinario en la producción de estadísticas de salud al momento.⁵⁹

Por su parte, la OMS señala que cuatro los factores producen un 80% de las muertes maternas:⁶⁰ las hemorragias y las infecciones –usualmente ocurridas en el posparto-, la hipertensión gestacional y los embarazos obstruidos en condiciones inapropiadas -abortos peligrosos. Hay que tener presente que el riesgo de muerte materna entre las adolescentes embarazadas La OMS ha

⁵⁸ Quizás lo mismo podría objetarse de la idea de un “riesgo sanitario” en el envejecimiento poblacional, si bien es cierto que la asociación de vejez y muerte convoca a imágenes menos felices que aquella de embarazos y nacimientos.

⁵⁹ La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima Revisión (CIE-10) incorpora la categoría de muerte materna tardía.

⁶⁰ OMS (2012).

planteado que para cada uno de estos factores unas sencillas medidas tomadas por personal especializado durante el embarazo y al momento del parto evitarían la mayor parte de estas muertes maternas.

La mortalidad materna es entonces uno de los problemas sanitarios en los que se revela el desempeño del sector salud. Ahora bien: ¿qué es la mortalidad materna? ¿Cómo se mide su incidencia y prevalencia? Cedamos nuevamente la palabra al Ministerio de Salud de la Nación.

La mortalidad materna constituye un importante problema de investigación, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma: la asistencia sanitaria de la madre, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socioeconómicas generales. Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas; Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Convencionalmente, la mortalidad materna se mide con el uso de dos indicadores: la *razón* de mortalidad materna y la *tasa* de mortalidad materna. El último consiste en la relación entre el número de muertes maternas sobre la cantidad de años de vida fértil femenina para el período de tiempo considerado. El primero es la relación entre las muertes maternas y los nacidos vivos.

No obstante, hay que tener presente que es muy común que se denomine *tasa* de mortalidad materna a la primera; es decir, la que expresa una relación entre muertes maternas y los nacidos vivos. Llamada así impropia *tasa*,⁶¹ se trata del indicador usualmente utilizado para estimar el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. El denominador número de nacidos vivos representando por este modo una aproximación a la situación vital que puede devenir en riesgo de muerte.

Esta breve discusión metodológica resulta necesaria porque existen relevantes disputas acerca de la pertinencia de este último método de medición. Disputas que son de varios tipos. En primer lugar, la mortalidad materna, se dice, suele encontrarse altamente subestimada,⁶² si bien el grado

⁶¹ Puesto que una medida de frecuencia relativa debe ser llamada *tasa*, mientras que las medidas de relación son *ratios*. Así, se calculan como *razón* la relación entre computadoras por alumno o pacientes por cama y como *tasa* una proporción de los nacidos vivos entre los nacidos.

⁶² Según un reciente reporte de un equipo inter-agencia que analiza estudios especiales destinados a evaluar los problemas de registro, la sobre o sub-estimación debida a errores de clasificación se extiende entre 0.83 y 3.3 con una mediana de 1.5. Ver, WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2012, p. 7).

de subestimación está sujeto a controversia⁶³, no sólo en nuestro país.⁶⁴ Como dice el Ministerio de Salud:

La mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En tal sentido, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia junto con la Dirección de Estadísticas de Salud, llevó a cabo un estudio que confirmó la existencia de sub-registro de causas maternas con información de 1985. Un estudio colaborativo multi-céntrico realizado por el Ministerio de Salud y Ambiente (Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias – CONAPRIS -) permitió corroborar la existencia de sub-registro de causas maternas, con información del año 2002, y comprobó que dicho sub-registro había disminuido sensiblemente en comparación con los resultados del estudio basado en información de 1985. Otro estudio realizado por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA) con la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, también permitió confirmar nuevamente la existencia de sub-registro de causas maternas con información del año 2008. (Ministerio de Salud de la Nación (2011, p. 120-121).

Por otra parte, impulsados por la incorporación de este indicador en los “Objetivos del Milenio”, los organismos internacionales y multilaterales⁶⁵ han advertido sobre los errores de medición en que se incurre puesto que los datos sobre muerte materna y sobre nacidos vivos provienen usualmente de fuentes diversas, errores especialmente proclives a cometerse en los estudios comparativos. Asimismo, se aduce que el denominador “nacidos vivos” es inadecuado porque subestima la fertilidad de las mujeres, y por ende el riesgo. Por esta razón, se ha venido elaborando un indicador alternativo que mide la proporción de muertes maternas sobre el total de muertes de mujeres entre 15 y 49 años; derivando a partir de esta proporción la *razón* y *tasa* correspondientes.⁶⁶ Este indicador es llamado en la literatura técnica PMDF.⁶⁷

⁶³ Un estudio del año 2002 critica la práctica de las agencias de utilizar un factor de corrección del 1,9 para aproximar las muertes maternas en el país, al haber encontrado un sub-registro del orden del 10% -es decir, con un factor de corrección del 1,1-. Ver, Silvina Ramos, Ariel Karolinski, Mariana Romero, y Raúl Mercer (2007).

⁶⁴ Varios estudios hay reportado una significativa subestimación de mortalidad materna en Francia, Finlandia y Estados Unidos, entre otros –por ejemplo, en Finlandia la tasa re-estimada asciende de 2,6 a 6,1, un factor de 2,3-. Hay que hacer notar que la base de estos sub-reportes es la definición misma de muerte materna tal y como la plantea la OMS, y por lo tanto no se trata estrictamente del mismo tipo de error que el observado en nuestro país. Ver, Deneux-Tharaux *et alii* (2005). También, Bouvier-Colle, Varnoux, Costes y Hatton (1991).

⁶⁵ OMS, UNI CEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas, y Banco Mundial, entidades que componen el MMEIG -Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group-.

⁶⁶ Wilmoth, John R.; Mizoguchi, Nobuko; Oestergaard, Mikkel Z.; Say, Lale; Mathers, Colin D.; Zureick-Brown, Sarah; Inoue, Mie; and Chou, Doris. 2012..

⁶⁷ Por sus siglas en inglés, “Proportion of Maternal Deaths to Female Deaths”.

El resultado más visible de estas diferencias en el método de medición es que las estadísticas comparadas internacionales están basadas en el indicador PMDF. Los organismos internacionales sugieren que el PMDF permite una estimación que resuelve los problemas de sub-registro. Según sus cálculos la tasa de mortalidad materna en el país asciende desde el 44 que reporta el Ministerio de Salud a 77 en el año 2010.⁶⁸ A fin de llevar adelante el siguiente análisis de información, se tomarán las mediciones del Ministerio de Salud para estudiar el desempeño del indicador *al interior* del país, mientras que a los efectos de comparar internacionalmente se utiliza la información que proveen las agencias internacionales.

Una última precaución en cuanto a la medición es la siguiente. Probablemente por factores relacionados con el sub-registro existe una importante volatilidad en el indicador. Así, por ejemplo, en Córdoba entre el año 2007 y 2011 se registra la siguiente tasa anual: 1,5; 3,4; 7,2; 4,8; 1,9. Se trata sin duda de una variación extrema, más del 200%, no infrecuente tampoco en otras jurisdicciones. Para obviar la dificultad asociada en el conteo de los valores anuales se ha recurrido a trabajar con promedios trienales, en las ocasiones que luego se consignan.

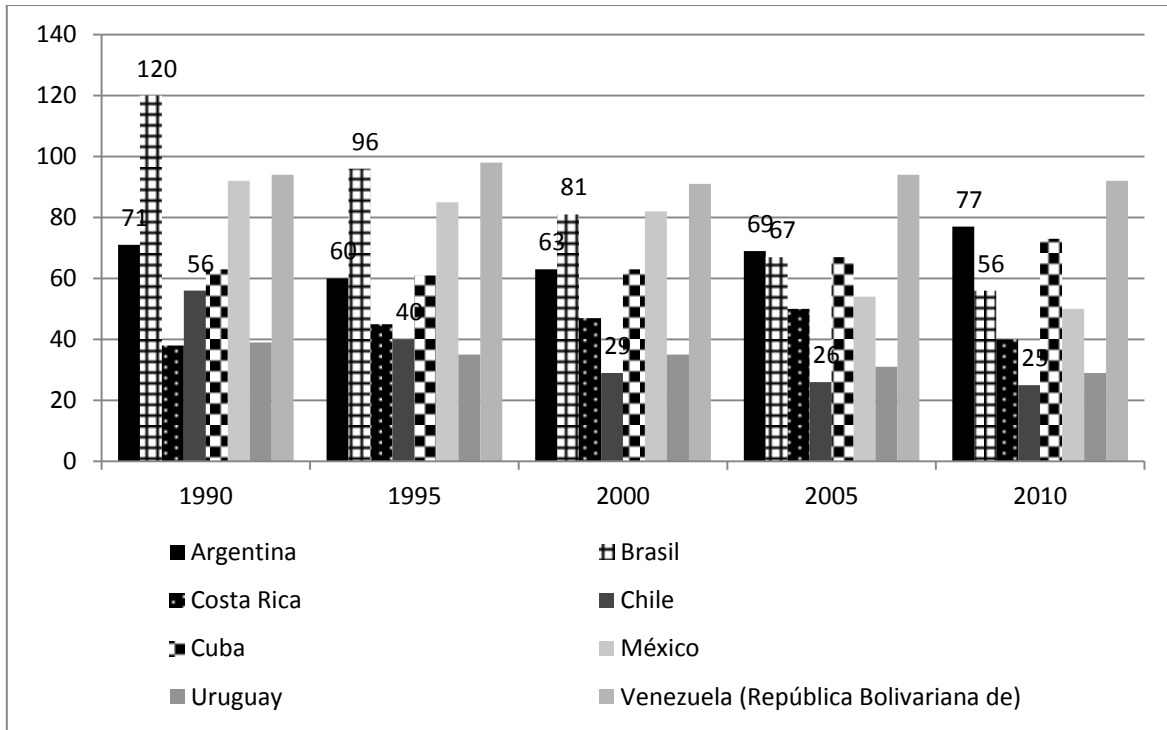
Argentina: el desempeño comparado del indicador mortalidad materna en el entorno latinoamericano

La siguiente gráfica estudia el desempeño comparado del país. Se observan tres grupos de países tomando como referencia a Argentina. En el primer grupo, aquellos en los que la mortalidad materna se ha mantenido en las últimas dos décadas, poco envidiable situación que comparte nuestro país con Venezuela, Cuba y Costa Rica, si bien los valores de estos dos últimos países son sensiblemente inferiores a los de Argentina

Un segundo grupo compuesto por Brasil y México, partiendo desde valores más elevados habrían avanzado lo suficiente para ubicarse por debajo de los valores de Argentina. Finalmente, un tercer grupo lo componen Chile y Uruguay que, partiendo de una base inferior a la argentina, han logrado nuevos descensos en el indicador.

⁶⁸ Tasa por 100.000 nacidos vivos.

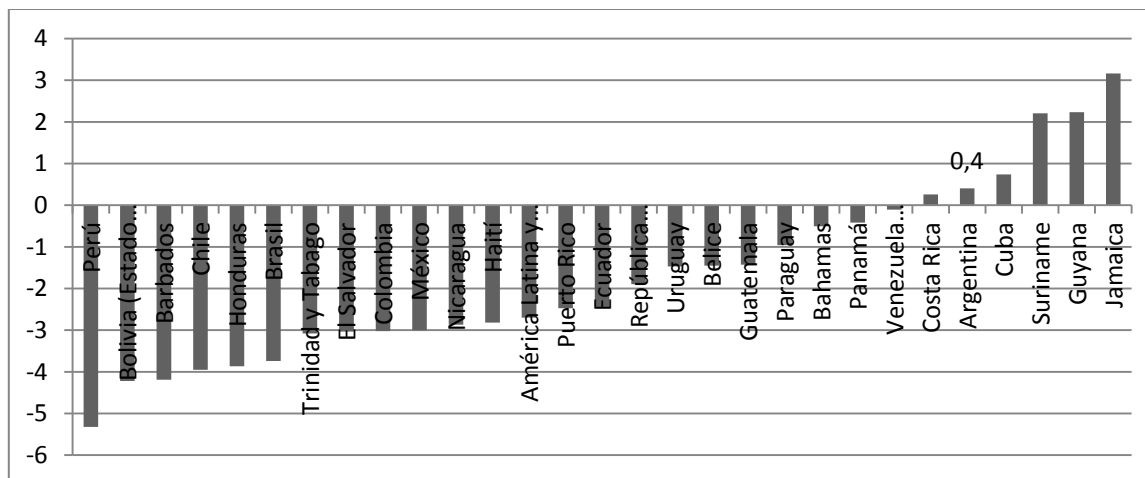
Gráfica II. 10. Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna. 1990-2010. Países Latinoamericanos seleccionados.



Fuente: Elaboración propia con base en WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2012). Los datos están tomados de: http://www.who.int/entity/gho/maternal_health/MMR_trends_1990_2010.xls

La peculiar y desafortunada situación de Argentina, en términos comparados latinoamericanos, puede apreciarse en la siguiente gráfica que muestra la tasa de crecimiento anual de los países. Como era esperable, existe una clara y generalizada perspectiva al descenso de la mortalidad materna, a excepción de países como Guyana, Jamaica, y Suriname que exhiben francas tendencias en crecimiento.

Gráfica II. 11. Países de América Latina ordenados según la Tasa de Crecimiento Anual Media de la Mortalidad Materna. 1990-2010



Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL – CEPALSTAT. Bases de Datos. Razón de Mortalidad Materna. <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=41&idioma=e>

Por su parte, los casos de crecimiento leve se dan en Argentina, Costa Rica y Cuba, si bien hay que tener presente que al menos la tasa de Costa Rica es la mitad de la tasa Argentina. La agenda de investigación que esta constatación abre es interesante puesto que tanto Costa Rica como Cuba ha sido países largamente considerados líderes en el ámbito de las acciones de salud pública.

Las Tendencias en la Mortalidad Materna en el País

La cuestión de la mortalidad materna en Argentina es un problema que mantiene su gravedad a lo largo del tiempo. Un reciente memorando de entendimiento entre la OPS y el Ministerio de Salud afirma que:⁶⁹

Desde hace 20 años la razón de mortalidad materna (RMM) no desciende y se mantiene alrededor de 40 por cien mil recién nacidos vivos (RNV) y en 9 provincias supera duplicando y triplicando el promedio nacional (nueve provincias por encima de 80 x 100 mil nacidos vivos (nv) y dos por encima de 150 x 100 mil nv – Catamarca y Formosa). La RMM fue de 55 por cien mil nv, en 2009, asociada a la pandemia de gripe A H1N1 en mujeres gestantes. En 2010, la RMM fue de 44 por cien mil nv. Las inequidades observadas responden a la heterogeneidad existente en términos de la organización de los sistemas de servicios de salud, como también a factores culturales, económicos y de género. De

⁶⁹ OPS (2012, p. 21).

acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud (2005), 18,7% de las mujeres entre 10 y 49 años padecen de anemia.

En igual sentido, el PNUD⁷⁰ consigna sus dudas acerca del cumplimiento de las metas ODM para el año 2015 en este aspecto:

En el año 2007 se constata un valor elevado para la tasa de mortalidad materna que si bien baja en 2008, no llega a alcanzar la meta intermedia de 3,7 por diez mil planteada para el año 2007. Frente a las oscilaciones descriptas no puede determinarse con certeza la posibilidad de cumplimiento de la meta de 1,3 por diez mil establecida para 2015.

El análisis a continuación procura confirmar con la evidencia disponible la idea planteada en el memorando. La tabla siguiente sostiene las siguientes afirmaciones:

- Una tendencia descendente de la mortalidad materna entre 1980 y el trienio 1993-95, momento a partir del que la evolución se estabiliza, exhibiendo entonces valores finales similares a los de mediados de los `90s, tal y como el memorando apunta.
- Por otra parte, también se aprecia que el promedio interprovincial sostiene igual comportamiento.
- Finalmente, una conclusión similar a la mantenida con relación a la mortalidad infantil: las desmejoras en este indicador coinciden claramente con las dos ocasiones de crisis socio-económica más relevantes de la Argentina contemporánea, en 1989-90 y en los años 2001-2002, lo que hace más contrastante el comportamiento del indicador puesto que desde el año 2003 el crecimiento económico ha sido sostenido.

⁷⁰ PNUD (2010b).

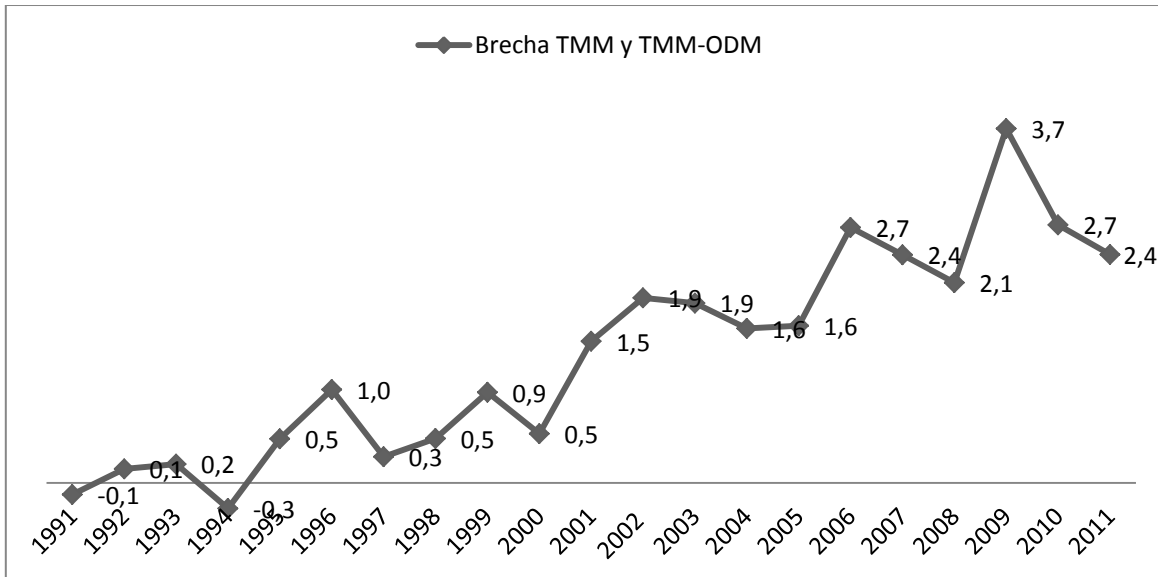
Tabla II. 4. Evolución de la Mortalidad Materna en argentina. Valores trienales. 1981-2010

Promedio trienal	Total Nacional	Variación %	Promedio interprovincial	Variación %
1981-83	6,7	na	8,3	na
1984-86	5,8	-12,5	7,0	-15,7
1987-89	5,0	-14,9	6,4	-9,3
1990-92	4,9	-0,7	6,5	2,9
1993-95	4,3	-12,8	5,6	-14,5
1996-98	4,1	-4,7	5,3	-4,4
1999-2001	4,0	-3,3	6,0	11,3
2002-04	4,3	9,2	6,0	0,9
2005-07	4,4	0,8	5,7	-5,7
2008-10	4,6	6,1	5,4	-4,9
Tasa decremento media	-3,6	na	-4,2	na

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

Esta evolución del indicador tasa de mortalidad materna no genera esperanzas con relación al logro de las metas del milenio. Al contrario, puede observarse que la brecha entre lo logrado y lo esperado exhibe una tendencia lineal en ascenso. En la gráfica siguiente se pone de manifiesto que la brecha estimada para el año 2011 es el doble de la década de los '90s.

Gráfica II. 12. Mortalidad Materna. Brecha entre los valores esperados para el cumplimiento de la meta ODM y los efectivamente observados. 1990-2011



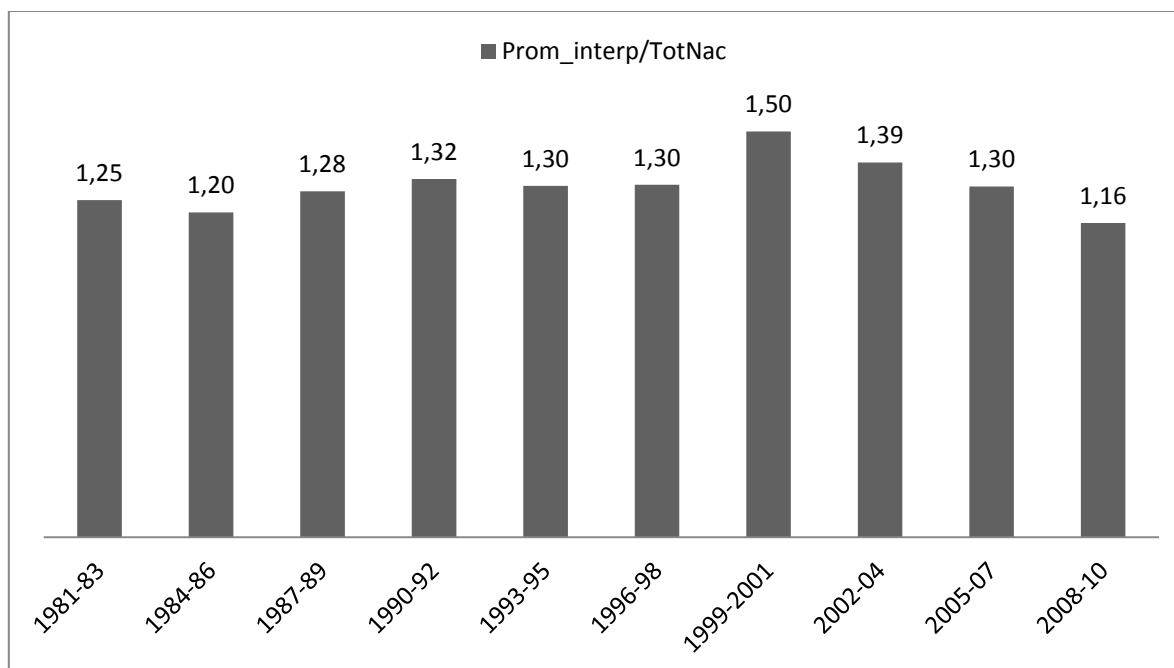
Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud *Anuario*, varios números y PNUD metas ODM (2010).

La Heterogeneidad Intra-nacional

Otra cuestión a investigar es la heterogeneidad intra-nacional, es decir las desigualdades entre jurisdicciones. La gráfica siguiente examina el tema mediante el indicador “razón entre el promedio interprovincial y el total nacional

La gráfica siguiente muestra la evolución de este indicador. Se obtiene una imagen estable, con algunos picos de ensanchamiento de la brecha en coincidencia con los momentos de crisis económica y social; en especial, a fines de los `90s y comienzos de este siglo.

Gráfica II. 13. Mortalidad Materna. Razón del Promedio Interprovincial y Total Nacional. 1981-2010. Valores trienales

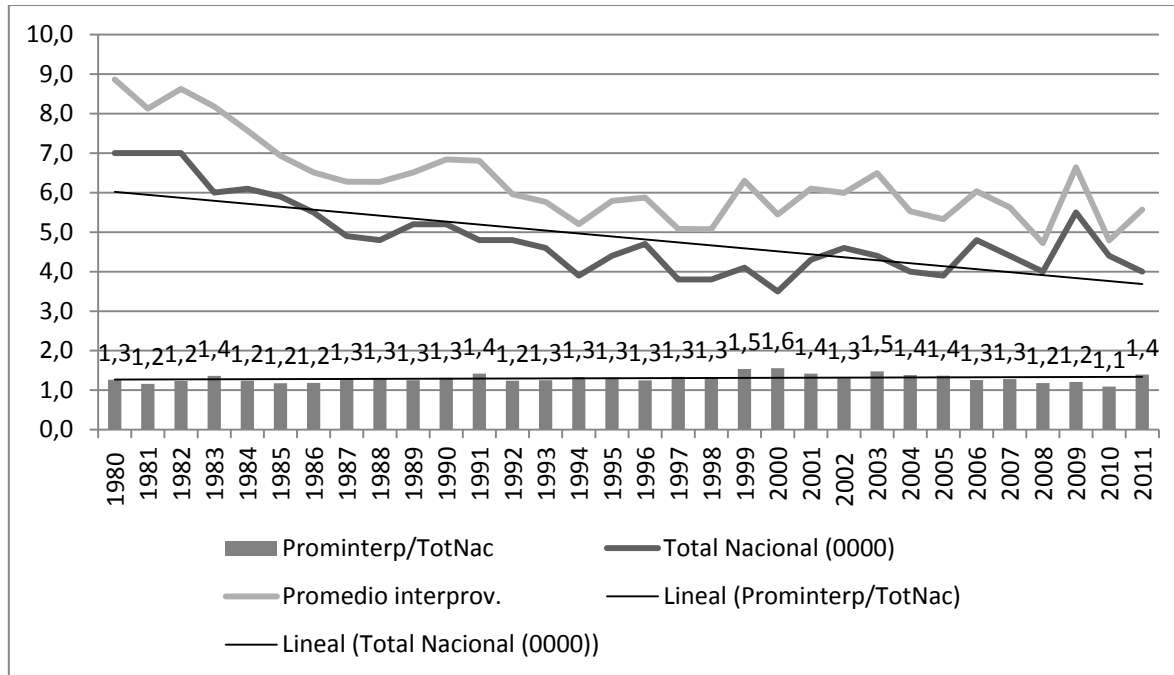


Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de la Nación, *Anuarios 2000* y *Anuario 2011*. Serie 5. Varios números.

La siguiente gráfica examina esta misma información ahora en valores anuales. Se han discernido similares indicadores, agregándose dos líneas de tendencia, la correspondiente a la evolución del total nacional y a la información sobre el cociente entre ambas. ¿Qué conclusiones pueden extraerse?

En primer lugar, como en el análisis de la mortalidad infantil, debe tenerse presente que las líneas de tendencia producen “valores esperados”; es decir aquellos que hubiera sido esperable encontrar si la tendencia mantuviera su empujamiento. De modo similar también a lo encontrado para la mortalidad infantil, existe una brecha levemente creciente que emerge a partir del año 2006. Por otra parte, el análisis de la tendencia en términos de la heterogeneidad intra-nacional sugiere una clara estabilidad: tomadas en conjunto, a lo largo de estos treinta años, las diferencias entre las jurisdicciones provinciales del país no se han modificado.

Gráfica II. 14. Evolución de la Mortalidad Materna en Argentina. 1980-2011. Indicadores relativos al Total nacional y al promedio interprovincial.



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

Corresponde ahora investigar si las tendencias esbozadas, con su primer impulso descendente y su posterior estabilización, son similares entre las jurisdicciones provinciales.

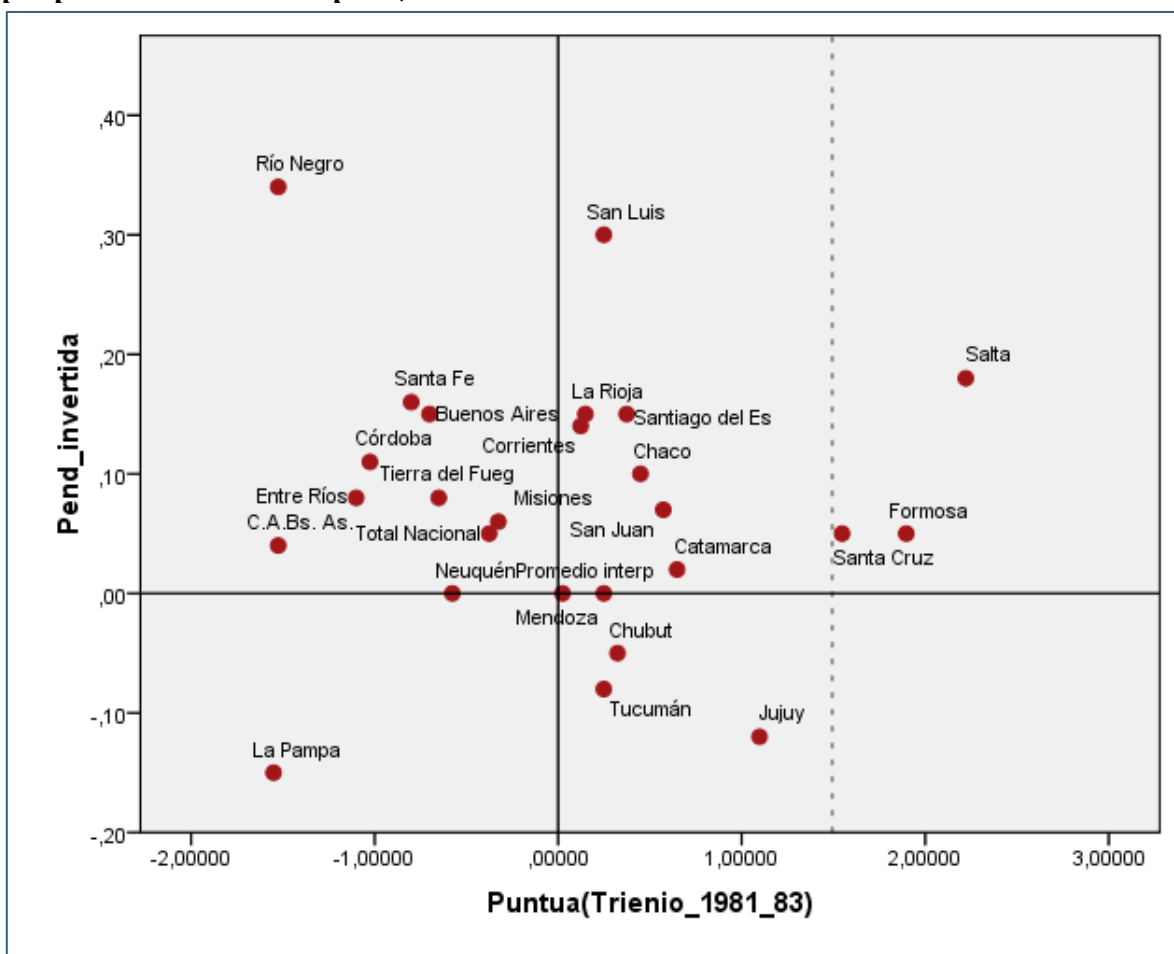
La gráfica siguiente aborda la cuestión mediante dos indicadores: el valor al inicio de la serie, año 1980, y la “pendiente” de la serie; es decir, el valor al que en términos lineales la serie crece o decrece. Para observar un escenario satisfactorio debería esperarse “pendientes” siempre con valores negativos –es decir, que descienden- y que las jurisdicciones con mortalidad más alta tengan también un valor de empinamiento negativo o descendente más elevado. Puesto que un empinamiento en descenso o negativo es contra-intuitivo, la gráfica trabaja con la “pendiente invertida”; es decir, la pendiente multiplicada por -1, correspondiéndose entonces los valores más altos del indicador con las buenas perspectivas.

Como ya se ha hecho en otras ocasiones, la gráfica establece cuatro escenarios, A, B, C y D tomando como base el tipo de empinamiento de la pendiente –es decir, si tiene un sentido positivo o negativo-⁷¹ y el promedio de la tasa de mortalidad materna al inicio de la serie. El

⁷¹ Recordar que se trata de la “pendiente invertida”, ello quiere decir que un valor positivo alto refleja una tendencia de *descenso* elevada.

escenario A, superior izquierdo, compone entonces el mejor escenario, el caso de baja tasa de mortalidad al inicio y pendiente positiva –es decir, con descenso de la mortalidad materna-. El escenario D es su contrario, el peor escenario: alta tasa de mortalidad al inicio y tendencia ascendente de la misma. El escenario B, el superior derecho, por su parte, es uno de “transición favorable” donde provincias con altas tasas de mortalidad materna muestran una relativamente empinada tendencia a solucionar el problema. Finalmente, el escenario C muestra una situación de “transición desfavorable”. Los escenarios B y D, a su vez, contienen secciones que muestran los casos más agudos o más moderados del problema al inicio de la serie.

Gráfica II. 15. Escenarios relativos a la incidencia y tendencias de la mortalidad materna por provincias. Serie completa, 1980-2011



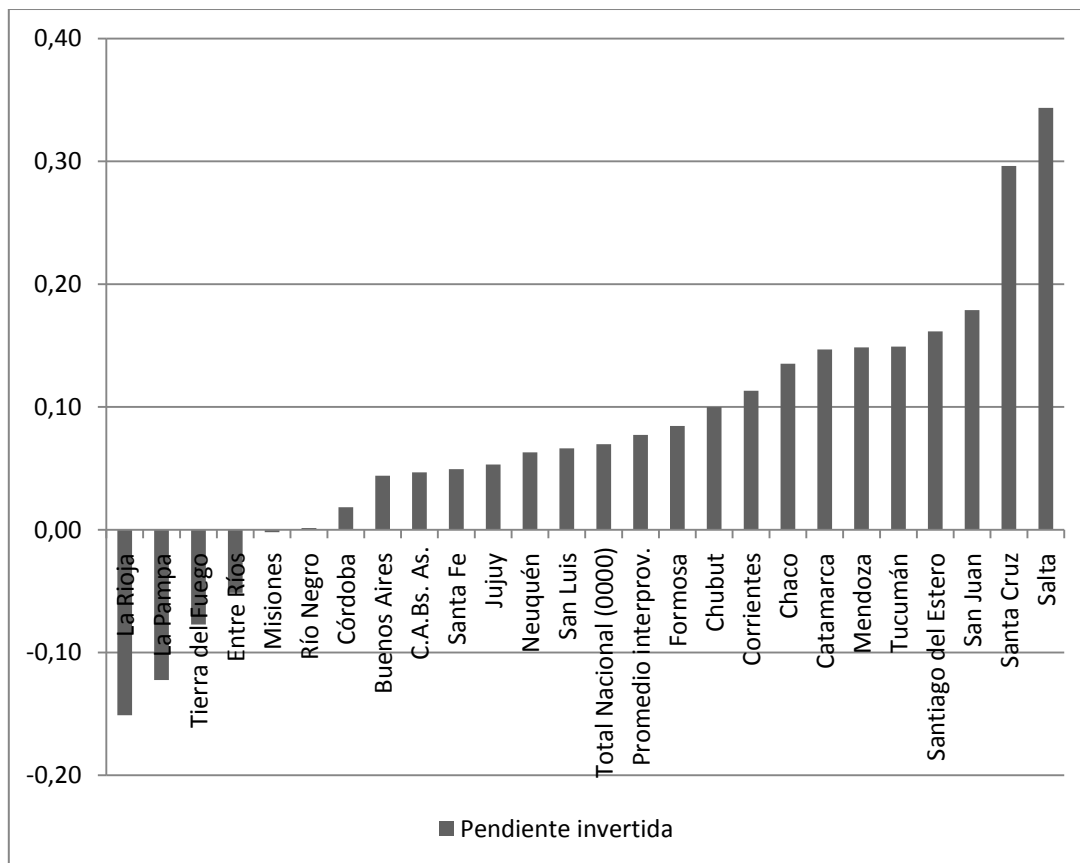
Nota: “Pend_invertida” = pendiente invertida; “Puntua (Trienio_1981_83)” = Tasa de Mortalidad Materna promedio trienal, valores normalizados.

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

¿Qué informan estos datos? Se observa una imagen variopinta. Por un lado, existen provincias como Jujuy y en menor medida Chubut y Tucumán que se ubican en el peor escenario; por otra parte, Salta, Formosa, Santa Cruz, provincias que al inicio tenían graves problemas de mortalidad materna, se ubican en el escenario de transición favorable, mientras que sólo La Pampa se ubica en el escenario de transición desfavorable. El cuadro de conjunto da cuenta de una situación que combina buenas y malas nuevas, interpretación concordante con la imagen de un “amesetamiento” en la tendencia a la baja de la mortalidad materna.

Por otra parte, ¿cómo interpretar las tendencias positivas en cuanto a la pendiente? Es correcto continuar con la imagen de un “amesetamiento”. La siguiente gráfica muestra los valores de la pendiente para cada jurisdicción. Hay que tener presente que un valor de 0.10 equivale a apuntar que hacen falta diez años para reducir en 10 puntos el indicador –esto es, Chubut que tiene en el año 2011 una mortalidad materna de 51 cada diez mil nacidos vivos ha de esperar diez años para reducirla a 41, de mantenerse esta esta tendencia-. Una trayectoria más favorable necesitaría de una pendiente de al menos 0.2, que permitiría bajar 10 puntos la mortalidad materna en unos 5 años; sólo Santa Cruz y Salta se encuentran en ese rumbo.

Gráfica II. 16. Trayectoria de la tasa de mortalidad materna. Indicador “Pendiente invertida”. Años 1980-2011



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

Conclusiones del capítulo

La política pública de salud ha de enfrentar con urgencia el problema de la insatisfactoria tasa de reducción de la mortalidad infantil y materna. Esto no quiere decir necesariamente que no haya habido progresos, sino que estos avances deben juzgarse en términos de expectativas y potencialidades que deben realizarse. En este último sentido, el desempeño del sector salud argentino ha tenido y, más importante, continua teniendo en la actualidad, una mediocre performance, ya sea que se la evalúe en términos comparativos o en función de su misma trayectoria.

Bibliografía

- Bouvier-Colle, Varnoux, Costes y Hatton. 1991. "Reasons for the Underreporting of Maternal Mortality in France, as Indicated by a Survey of All Deaths among Women of Childbearing Age". En *International Journal of Epidemiology*. Vol 20, num. 3, pp. 717-721.
- CEPAL – CEPALSTAT. Bases de Datos. Razón de Mortalidad Materna.
<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=41&idioma=e>
- CEPAL. 2007. *La Mortalidad en América Latina. Una trayectoria auspiciosa pero heterogénea*. Observatorio Demográfico N° 4. Octubre.
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/33265/OD-4-mortalidadenAL.pdf>
- Deneux-Tharoux *et alii*. 2005. "Underreporting of Pregnancy-Related Mortality in US and Europe" *Obstetrics&Gynecology*, vol. 106, n° 4, octubre.
- Knoll, J. *et alii* (2010). "Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4". *The Lancet* N° 375: 1988–2008.
- Ministerio de Salud de la Nación. 2000. *Anuario. Estadísticas Vitales. Información Básica*.
<http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbortematico.asp>
- Ministerio de Salud de la Nación. 2011. *Anuario. Estadísticas Vitales. Información Básica*.
www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf
- OMS. 2012. *Mortalidad Materna*. Nota Descriptiva N° 348, mayo.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>
- OPS. 2012. *La estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2012-2016*. OPS, Buenos Aires. OPS.
- PNUD (2010a). Argentina 2010 Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rendición de Cuentas 2010. "Reducir la Mortalidad de los niños menores de 5 años". ODM n° 5.
<http://www.undp.org.ar/docs/odm/odm2010/odm2010-05.pdf>
- PNUD (2010b). Argentina 2010. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rendición de Cuentas 2010. "Mejorar la Salud Materna" <http://www.undp.org.ar/docs/odm/odm2010/odm2010-06.pdf>
- PNUD. 2011. *Aportes para el Desarrollo humano En argentina / 2011. El sistema de salud Argentino y su Trayectoria de largo Plazo: logros Alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires. PNUD.
- Ramos, Silvina, Karolinski, Ariel, Romero, Mariana y Mercer, Raúl. 2007. "A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action". En *Bulletin of the World Health Organization*, July 2007, 85, N° 7.
- WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. 2012. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates*. Publicación electrónica.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf. Los datos se encuentran en:
http://www.who.int/entity/gho/maternal_health/MMR_trends_1990_2010.xls
- Wilmoth, John R.; Mizoguchi, Nobuko; Oestergaard, Mikkel Z.; Say, Lale; Mathers, Colin D.; Zureick-Brown, Sarah; Inoue, Mie; and Chou, Doris. 2012. "A New Method for Deriving Global Estimates of Maternal Mortality". En *Statistics, Politics, and Policy*. Vol. 3, N° 2, Article 3.

Anexo I: Datos sobre mortalidad infantil

Tabla A.I.1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil. Total Nacional, Promedio interprovincial y Razón promedio interprovincial /total nacional, según provincias. 1980-2011

Tasa de Mortalidad Infantil												
	Total Nacional	C. de B. As	Bs As	Cata-marca	Cór-doba	Corrien-tes	Chaco	Chubut	Entre Ríos	Formosa	Jujuy	La Pampa
1980	33,2	18,5	28,4	41,9	24,2	44,6	54,2	34,8	35,8	38,1	51,4	30,3
1981	33,6	17,7	33,1	43,9	24,9	44,7	48	36,9	31,1	40,1	47,5	37,4
1982	30,5	16,6	28,3	34,3	24,8	37,3	46,4	34	31,4	37,5	47,9	26,1
1983	29,7	17,1	26,2	53,2	24,6	41,4	39,5	33,8	29,9	37,2	42,8	26,2
1984	30,4	17,5	29,4	...	27,1	37,7	43,8	29,3	29,1	33,8	45,5	29,1
1985	26,2	15,3	23,8	...	22,6	32,5	39,4	26,3	25,8	30,9	32,8	24,7
1986	26,9	17,8	24,8	27,8	24,1	28,4	37,1	21,3	23,2	46,6	35,9	29,1
1987	26,6	15,9	25,9	26,5	23,5	34,5	33,3	23,4	23,9	40,5	35,8	21,1
1988	25,8	17	24,2	26,6	24,1	28,6	37,9	23,3	24,4	36,2	36,9	24,1
1989	25,7	15,9	23,9	24,6	21,1	33,7	37,9	22,9	23,9	32	35,4	23,5
1990	25,6	16,8	24,2	34,6	22,2	31,7	35,8	20,6	24,3	33,2	35,8	22,2
1991	24,7	15,2	24,2	31,8	22,3	28,5	32,3	19,1	23,2	24,5	33,2	20,5
1992	23,9	14,9	23,5	28,1	19,6	27,7	33,5	19,9	22,1	32,3	32,5	21,3
1993	22,9	14,6	22,3	31,5	20,8	26,9	34,3	18	22,7	27,9	26,7	17,9
1994	22	14,3	21,8	29,8	20	26,1	31,4	18,4	20,4	30,7	25,2	15
1995	22,2	13,1	22,2	26,1	20,5	27,3	32,8	20,3	20,5	30,5	26,4	17,4
1996	20,9	14,7	20,9	26,4	19,4	26,1	34,4	18	19,5	31,4	24,4	12,4
1997	18,8	12,2	18,8	25,6	16,3	22,8	28,2	19,1	19,6	29,8	24	12,1
1998	19,1	13	19,1	23,3	16,8	23,8	31,8	19,7	18,8	26,9	21,5	14
1999	17,6	10,7	16,6	20,3	15,3	22,9	29	17,9	19,5	23,6	23,4	15,2
2000	16,6	9,4	15,1	21	15	30,4	21,9	15,8	16,9	23	23,1	15,3
2001	16,3	9,6	15	15,5	16,2	23,5	24	13,1	14,9	28,9	18,4	12,4
2002	16,8	10	15,8	20,6	14,8	23,8	26,7	17,8	16,5	25,5	20,6	13,1
2003	16,5	10,3	16,3	20,1	14,3	21,1	27,7	15,1	17,2	25	19,2	12,7
2004	14,4	8,7	13	21,8	12,7	19,3	21,3	11,8	15,5	25,1	17,8	14,6
2005	13,3	8	13	16,8	11,9	18,2	19,9	11,7	13,2	22,9	16,1	11,4
2006	12,9	8,3	12,5	15,4	11,6	17,5	18,9	11,5	12,6	24,2	17	10
2007	13,3	8,4	13,6	14,9	12,7	15,6	21,2	11	11,9	22,9	15,2	11,8
2008	12,5	7,7	12,4	15,3	12,1	17,1	18	10,4	13,5	19,2	14	14,9
2009	12,1	8,5	12,5	14,5	10,7	15,3	17,8	9,4	11,8	20,5	11,5	13,7
2010	11,9	7	12	15,4	11,1	16,8	14,7	9,8	11,6	17,8	13,4	7
2011	11,7	8,8	11,8	14	10,8	15,7	11,4	10,2	11	21,2	12,9	10,4

	La Rioja	Mendoza	Misiones	Neuquén	Río Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fe	Santiago	Tucumán	T. del Fuego	Promedio interprov.	Razón P_interp /Tnac
1980	45,8	31,8	51,9	31,7	35,7	52,1	30,1	37,2	34,4	34,3	35,1	42	20,3	36,9	1,1
1981	42,5	25,9	47,9	29,5	37,6	51,4	32,4	36,5	32,8	32,2	31,2	37,2	27	36,2	1,1
1982	43,4	25	34,9	27	32,5	46,2	30,5	33,4	27,8	32,2	24,9	31,4	10,5	31,8	1,0
1983	41,2	25,3	39,5	24,4	32,2	49,2	29,1	36,4	24,7	30,6	29	38,7	13,5	32,7	1,1
1984	45,4	26,2	40,1	27,6	31,3	44,6	28,6	34,9	27,1	28,5	30	32,4	13,8	31,9	1,0
1985	30,2	25,2	33,6	23,6	26,3	34	27,6	32,8	22	28,7	25,3	29,2	9,4	27,0	1,0
1986	32,4	27,4	33,9	24	27,8	32,5	26,5	34	20,6	29,4	26,6	29,8	22,9	28,5	1,1
1987	33,6	24,1	33,5	23,8	28,3	32,6	27,5	32,9	24,6	26	27,6	28,8	20	27,8	1,0
1988	33	24,6	30	21	25	32,6	25,5	33,7	27,7	26,5	27,4	28,5	19,3	27,4	1,1
1989	34,7	25,2	30	21,9	25,5	32,3	27,9	33,8	21,8	28,3	28,6	28,4	18	27,1	1,1
1990	28,8	21,1	31,8	16,9	23,1	32,3	24,4	29,7	20,7	28,3	28,3	28,5	27,9	26,8	1,0
1991	27,2	23,6	32,1	15,6	24,1	32,9	24,6	28,6	19,9	22,2	29,2	28,6	16,7	25,0	1,0
1992	26	22,1	27	16,2	22,7	32,8	23,7	23,7	20,6	20,9	28,7	28,8	11,2	24,2	1,0
1993	24,1	20,5	29,8	16,2	21,4	27,7	21,3	26,2	18,5	19,8	28,9	27,1	15,2	23,3	1,0
1994	22,8	18,8	23,1	15,3	19,6	29,8	21,3	27,6	15,9	17,8	29	23,9	13,6	22,2	1,0
1995	22,1	18,4	23,2	14,1	20,8	26,8	25,2	23,1	21,9	17,6	23,3	28,9	11,1	22,2	1,0
1996	25,7	17,5	24,1	15,7	16,2	25,5	21,6	20,6	12,8	15,7	17,1	28,8	9,7	20,8	1,0
1997	19,3	16,7	21,3	13,8	15,5	20,5	21,5	19,9	16	16,3	16,6	19,6	11,2	19,0	1,0
1998	22,9	15,6	20	14,8	17,7	22,6	21,7	20,6	18	16,2	18,1	19,9	11,9	19,5	1,0
1999	20,6	16,2	21,7	12,4	15,8	21,2	20,7	18,9	13,2	15,2	15,5	22,5	7,8	18,2	1,0
2000	20,9	14,3	22,2	11,4	16,6	18,8	19,4	17,2	17,2	14,4	13,2	22,4	10,5	17,7	1,1
2001	23,5	12,1	19,6	13	14,7	19,1	18,8	17,8	14,5	14,3	14,8	24,5	10,1	17,0	1,0
2002	20,8	12,3	22,3	11,7	14,8	18,9	20,2	16,5	17,2	14	12,4	24,3	9,1	17,5	1,0
2003	17,3	11,1	20,2	10,8	15,9	16,9	19,6	17,4	15,5	13,9	14,2	23	8,4	16,8	1,0
2004	18,2	13,5	16,6	11,1	14,1	15,4	16,4	15,2	11,9	12	13,8	20,5	4,1	15,2	1,1
2005	13,8	11,3	14,6	9,9	9,4	14,3	16,7	16	11	12,4	11,7	16,2	6,7	13,6	1,0
2006	14,1	11,9	17,1	9,8	9,3	14,9	14	12,8	15,4	11	12,1	13,5	10,9	13,6	1,1
2007	12,9	11,3	14,6	9,6	9,8	15,4	13,2	15,7	12,9	11,6	13,8	12,9	10,2	13,5	1,0
2008	15	10,8	13,9	7,4	11,7	14,4	14,4	13,1	10,6	11,5	10,4	13,8	6,8	12,9	1,0
2009	14,6	9,9	13	7,6	8,8	14	11	12,9	10,3	11,1	12,1	13,1	4,6	12,1	1,0
2010	12,6	11,7	13,2	9,2	9,4	12,8	11	10,7	9,7	10,3	14	14,1	9,9	11,9	1,0
2011	16,5	9,7	13,7	7,5	9,6	14	9,9	12,3	9,7	10,8	11,7	14,1	7,1	11,9	1,0

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

Tabla A.I.2. Indicadores seleccionados sobre la evolución de la tasa de mortalidad infantil según provincias. 1980-2011

PROVINCIA	Promedio fases			Variación % promedios fases		Variación % puntos de década		
	1980-1989	1990-2002	2003-2011	90-02_ 80-89	03-11_ 90-02	1980-90	1990-00	2000-10
Total País	28,9	20,6	13,2	-28,7	-35,9	-22,9	-35,2	-28,3
CABA	16,9	13,0	8,4	-23,4	-35,1	-9,2	-44,0	-25,5
Bs As	26,8	20,0	13,0	-25,5	-34,8	-14,8	-37,6	-20,5
Catamarca	34,9	25,7	16,5	-26,1	-36,0	-17,4	-39,3	-26,7
Córdoba	24,1	18,4	12,0	-23,7	-34,8	-8,3	-32,4	-26,0
Corrientes	36,3	26,3	17,4	-27,7	-33,8	-28,9	-4,1	-44,7
Chaco	41,8	30,5	19,0	-27,0	-37,7	-33,9	-38,8	-32,9
Chubut	28,6	18,3	11,2	-36,1	-38,7	-40,8	-23,3	-38,0
E Ríos	27,9	19,9	13,1	-28,5	-34,0	-32,1	-30,5	-31,4
Formosa	37,3	28,3	22,1	-24,0	-22,0	-12,9	-30,7	-22,6
Jujuy	41,2	25,8	15,2	-37,4	-40,9	-30,4	-35,5	-42,0
La Pampa	27,2	16,1	11,8	-40,9	-26,3	-26,7	-31,1	-54,2
La Rioja	38,2	23,4	15,0	-38,7	-36,0	-37,1	-27,4	-39,7
Mendoza	26,1	17,6	11,2	-32,4	-36,2	-33,6	-32,2	-18,2
Misiones	37,5	24,5	15,2	-34,8	-37,9	-38,7	-30,2	-40,5
Neuquén	25,5	14,4	9,2	-43,4	-36,0	-46,7	-32,5	-19,3
Río N.	30,2	18,7	10,9	-38,1	-41,7	-35,3	-28,1	-43,4
Salta	40,8	25,3	14,7	-37,9	-42,0	-38,0	-41,8	-31,9
San Juan	28,6	21,9	14,0	-23,4	-35,9	-18,9	-20,5	-43,3
San Luis	34,6	22,3	14,0	-35,4	-37,3	-20,2	-42,1	-37,8
Santa Cruz	26,4	17,4	11,9	-33,9	-31,7	-39,8	-16,9	-43,6
Santa Fe	29,7	17,9	11,6	-39,7	-35,1	-17,5	-49,1	-28,5
Santiago	28,6	21,2	12,6	-25,9	-40,2	-19,4	-53,4	6,1
Tucumán	32,6	25,2	15,7	-22,7	-37,8	-32,1	-21,4	-37,1
T. del Fuego	17,5	12,8	7,6	-26,9	-40,2	37,4	-62,4	-5,7
Promedio Interprovincial	30,7	21,0	13,5	-31,3	-35,9	-24,7	-33,6	-31,0

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

Anexo II: datos sobre mortalidad materna

Tabla A.II.1. Evolución de la Mortalidad Materna, total del país y provincias. Valores trienales. 1981-2010

Promedio trienal	1981-83	1984-86	1987-89	1990-92	1993-95	1996-98	1999-	2002-04	2005-07	2008-10
Total Nacional	6,7	5,8	5,0	4,9	4,3	4,1	4,0	4,3	4,4	4,6
C.A.Bs. As.	2,1	2,5	2,3	3,0	1,8	0,5	0,8	1,5	1,9	1,2
Buenos Aires	5,4	4,1	3,3	2,6	2,4	2,5	1,8	2,8	3,4	3,9
Catamarca	10,8	11,6	5,6	6,6	4,5	3,9	4,4	4,4	6,2	7,2
Córdoba	4,1	3,7	2,5	2,9	2,5	3,2	1,6	2,3	2,3	5,1
Corrientes	8,7	9,3	7,8	8,4	5,5	4,5	5,9	8,4	6,4	5,6
Chaco	10,0	13,2	12,6	11,0	11,7	11,6	12,3	7,6	8,1	8,5
Chubut	9,5	4,9	4,9	2,3	3,6	5,0	4,1	3,7	3,7	4,0
Entre Ríos	3,8	3,9	3,1	3,7	3,8	2,3	3,0	3,6	4,7	5,4
Formosa	15,8	13,4	15,5	18,2	14,4	14,5	15,9	13,7	13,5	14,2
Jujuy	12,6	10,2	9,9	12,8	9,3	14,1	12,4	13,2	9,9	7,3
La Pampa	2,0	3,9	4,8	2,9	4,7	2,7	4,9	5,5	5,6	6,0
La Rioja	8,8	2,7	6,6	6,3	5,2	3,0	4,3	13,9	12,5	8,0
Mendoza	9,2	5,4	7,0	5,6	6,0	4,3	6,4	5,0	4,0	3,2
Misiones	6,9	9,5	7,6	7,7	5,7	1,9	6,0	5,8	9,2	8,3
Neuquén	5,9	5,5	4,0	4,6	3,8	3,1	5,0	4,5	4,3	3,7
Río Negro	2,1	2,6	1,6	2,7	1,9	3,3	3,2	3,1	2,4	1,7
Salta	17,1	10,6	10,9	12,0	8,4	7,7	5,7	6,1	5,7	6,8
San Juan	10,5	7,8	8,6	8,5	7,8	8,4	9,3	5,2	5,6	3,7
San Luis	9,2	4,2	6,1	6,0	5,2	2,5	5,7	7,1	4,8	5,3
Santa Cruz	14,4	9,0	7,3	7,0	2,3	7,2	4,8	6,8	2,6	3,4
Santa Fe	5,0	5,5	4,6	4,0	3,6	4,9	4,3	4,0	3,4	4,3
Santiago del Estero	9,7	8,2	8,3	8,3	8,5	6,9	6,9	6,5	4,7	5,1
Tucumán	9,2	10,7	3,6	4,8	6,1	5,1	5,0	5,8	5,6	3,7
Tierra del Fuego	na	5,6	4,9	na	4,4	6,9	11,6	4,5	8,4	3,8
Promedio	8,3	7,0	6,4	6,5	5,6	5,3	6,0	6,0	5,7	5,4
Prom_interp /TotNac	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,5	1,4	1,3	1,2

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

Tabla A.II.2. Tasas de Mortalidad Materna en América Latina. Años seleccionados y tasa de (de)crecimiento anual media

Países	1990	1995	2000	2005	2010	Tasa de (de) crecimiento Anual Media	Valores Normales 1990
Argentina	71	60	63	69	77	0,4	0,56
Bahamas	52	56	56	47	47	-0,5	0,41
Barbados	120	39	49	41	51	-4,2	0,95
Belice	71	32	100	77	53	-1,5	0,56
Bolivia (Estado Plurinacional de)	450	360	280	240	190	-4,2	3,57
Brasil	120	96	81	67	56	-3,7	0,95
Chile	56	40	29	26	25	-4,0	0,44
Colombia	170	130	130	100	92	-3,0	1,35
Costa Rica	38	45	47	50	40	0,3	0,30
Cuba	63	61	63	67	73	0,7	0,50
Ecuador	180	150	130	110	110	-2,4	1,43
El Salvador	150	130	110	94	81	-3,0	1,19
Guatemala	160	160	130	120	120	-1,4	1,27
Guyana	180	170	220	280	280	2,2	1,43
Haití	620	550	460	410	350	-2,8	4,91
Honduras	220	180	160	130	100	-3,9	1,74
Jamaica	59	62	83	89	110	3,2	0,47
México	92	85	82	54	50	-3,0	0,73
Nicaragua	170	150	130	110	95	-2,9	1,35
Panamá	100	110	110	100	92	-0,4	0,79
Paraguay	120	120	110	110	99	-1,0	0,95
Perú	200	170	120	90	67	-5,3	1,58
Puerto Rico	33	35	26	22	20	-2,5	0,26
República Dominicana	220	170	130	130	150	-1,9	1,74
Suriname	84	39	130	110	130	2,2	0,67
Trinidad y Tabago	86	90	59	59	46	-3,1	0,68
Uruguay	39	35	35	31	29	-1,5	0,31
Venezuela (República Bolivariana)	94	98	91	94	92	-0,1	0,74
América Latina y el Caribe	140	120	100	88	81	-2,7	

Fuente: CEPAL – CEPALSTAT. Objetivos de desarrollo del milenio en América Latina y el Caribe

Capítulo III.

Mario F. Navarro y Arnoldo Rosenfeld

La Organización del Sistema de Atención a la Salud en Argentina: Un Examen en el Largo Plazo.

Presentación

En este capítulo se evalúa la trayectoria y situación contemporánea del sistema de atención a la salud en Argentina con relación a un aspecto altamente significativo: lo atinente a su *diseño organizativo*. Como en los casos tratados en los capítulos anteriores, la evaluación se hace con base en series de datos longitudinales de extensión treintañal.

Se evalúa un *diseño organizativo*, un conjunto de reglas y principios que coordinan actividades. Entre esas actividades, debe subrayarse aquella que distingue al sector, la actividad de vincular los recursos disponibles con la demanda de atención por parte de la población. Esa vinculación entre oferta y demanda de atención sucede a partir de tres elementos que resultan de la exigencia de coordinación: recursos, información y decisiones –este último, también llamado “flujo de autoridad”-.⁷²

Investigar un diseño organizativo implica por esto responder a interrogantes como los siguientes: ¿Cuáles son las reglas y principios que se aplican? ¿Con qué eficiencia y efectividad se asignan los recursos a las necesidades? Obsérvese que existen reglas sobre quién debe decidir y cuándo debe hacerlo, reglas relativas a la autoridad. Hay reglas sobre qué y cuánta información, y distribuida por quién, ha de ser tenida en cuenta para tomar una decisión; área en el que hay normas muchas veces informales, pero otras veces altamente formalizadas -como, por ejemplo, sucede frecuentemente en estrados judiciales o, en el ámbito médico, con la autorización para una ablación de órganos, etc.-. Finalmente, hay reglas que regulan quién recibe qué y en qué oportunidad; reglas que establecen la asignación de los recursos.

En el sector salud, las discusiones muy frecuentes sobre la posibilidad o deseabilidad de una autorregulación de la profesión médica forma parte del conjunto de reglas sobre autoridad. ¿Quién

⁷² Esta es una adaptación de la línea de pensamiento propuesta por Mayntz (1972, cap. 5). Existen otras presentaciones que subrayan elementos próximos pero diferentes; así, por ejemplo, Cohen, March y Olsen (1972), en su recordada teoría de la organización como “bote de basura”, sugieren que en las organizaciones fluyen cuatro elementos: demandas, soluciones, oportunidades y elencos decisores. A los efectos de un análisis detallado es esta una mirada más promisoriosa; no obstante, para los objetivos que aquí se persiguen la descripción que propone Mayntz es suficientemente ilustrativa.

acredita a un médico y, en su caso, a la entidad que lo formó como tal? Las discusiones sobre el tipo de diagnóstico y dónde hacerlo constar que deben preceder a la autorización de algunas prácticas médicas es un ejemplo de reglas sobre la información. Hay que hacer notar que durante mucho tiempo se discutió, incluso judicialmente, la pertenencia de la “historia clínica” –es decir, si correspondía en propiedad al paciente o a su prestador de servicios-. Por último, las reglas sobre la asignación de recursos determinan, por ejemplo, quién y cómo se paga para obtener un servicio médico. Frecuentemente, esas reglas son parte de un conjunto más amplio que determinan también cómo se remunera al prestador y bajo qué reglas, paciente y prestador, pertenecen a asociaciones que acuerdan la prestación de los servicios.

Hay que tener presente que no todas las reglas y principios se consideran de equivalente importancia. Existe una larga tradición en el pensamiento sanitario que sugiere que las reglas relativas al financiamiento son las decisivas, al menos en lo que respecta al análisis del comportamiento del sistema. En esta perspectiva se suele suponer, al menos implícitamente, que conociendo cómo se financia la atención se pueden inferir lo esencial de las demás reglas –en especial, quién tiene la autoridad-. Esta línea de pensamiento ha venido siendo criticada en los últimos tiempos, en la medida en que se ha puesto énfasis en la necesidad de estudiar también el diseño al que responden los flujos de autoridad –el uso de la palabra “diseño” no debe llevar a pensar que se trata de algo racionalmente planteado, al menos para este caso debe tratarse como “diseño” todo arreglo que resulte de la conformación evolutiva del sistema- .

Las reglas que conforman el diseño organizativo son múltiples. Por esto, a los efectos de evaluar un diseño organizativo hay que tener presente que cada una de estas reglas, tanto las relativas a la financiación como las pertinentes a la información o autoridad, han de tener su propio criterio de rendimiento esperable. El rendimiento esperable de reglas de financiación idóneamente diseñadas es la mejora en la accesibilidad. La extensión de la cobertura es, como se señalaba en el capítulo introductorio una medida de la equidad del sistema: una cobertura insuficiente es inequitativa en cuanto sólo los incluidos tienen un acceso a los recursos y prestaciones.

Si los flujos de financiamiento y las reglas relativas al mismo son evaluadas conforme su producto en términos de accesibilidad y equidad, el rendimiento esperable de las reglas de información y, sobre todo, de aquellas relativas a la autoridad es la capacidad de control e innovación, capacidades indispensable si lo que se persigue es una sintonía fina entre recursos y demandas en acelerado cambio.

Un breve resumen de ese devenir teórico se presenta en la siguiente sección. A continuación se estudian las reglas aplicables al caso de Argentina y se evalúa su rendimiento.

El diseño organizativo del Sector Salud: Elementos básicos para su clasificación y análisis

Las Reglas de Financiamiento: La clasificación convencional de los sistemas de atención

Una de las formas más reconocidas y convencionales de estudiar el diseño organizativo del sector salud es a partir de su estructura o formato de financiación; es decir, con base en las reglas que rigen el pago de los servicios que se prestan en el sector. Dejando de lado el hecho obvio de que toda acción es, en última instancia, financiada por la riqueza del colectivo social –es decir, que en última instancia hay una exclusiva y única fuente, el trabajo colectivo del grupo social-, cabe la siguiente pregunta ¿quién o qué subsector del sistema predomina en cuanto a la contribución financiera? Poniendo la cuestión entre sus dos extremos, se puede preguntar: ¿lo hacen los individuos pagando con lo que tengan en sus “bolsillos” o lo hace el gobierno a partir de su recaudación tributaria? O bien, en algún punto intermedio entre esos extremos, ¿lo hace algún sector diferente tanto del gobierno mismo como de los ciudadanos; por caso, las cajas de la Seguridad Social que en el país llamamos “Obras Sociales”? O bien, por último, y como es más frecuente, ¿qué tipo de combinación entre estos subsectores se observa?

Indagar sobre el sistema que resulta a partir de las reglas relativas al financiamiento es, por ejemplo, el punto de partida que para escudriñar las tendencias en los sistemas toma Milton Terris (1980). Terris entiende que existen tres sistemas básicos: la asistencia pública que coexiste con un sistema de mercado para los pudientes; el seguro social y el servicio nacional de salud. Como se verá, este es un punto de partida insuficiente que debe ser complementado con otro enfoque.

¿Cuál es la razón analítica para distinguir sistemas? La respuesta en la línea de Terris es que cada método de financiamiento arroja diferentes resultados en términos de accesibilidad. Por un lado, hay consenso entre los estudiosos que si el financiamiento es fundamentalmente privado, la accesibilidad resulta de la capacidad de pago de cada individuo, hecho que conduce a variadas formas de inequidad cuando la distribución del ingreso no es igualitaria. La financiación privada plantea dificultades adicionales que no resultan sólo de problemas de equidad. También un individuo solvente podría tener dificultades de acceso. Los riesgos de salud implican por lo general la disminución de la capacidad de trabajo y, por consiguiente, de generar ingresos, sin contar con los costos asociados a la atención. Ambos factores entonces son barreras de accesibilidad, puesto que un individuo solvente para sus gastos cotidianos podría no ser capaz de enfrentar gastos extraordinarios al tiempo que deja de percibir sus ingresos ordinarios.

Por todas estas razones es frecuente que la atención a la salud sea sostenida con base en un seguro o prepago. En este punto, se abren dos posibilidades: el seguro puede ser voluntario o puede ser obligatorio –también llamado “seguridad social” que funciona mediante la detracción de una parte del ingreso corriente de los individuos con destino a una caja de aseguramiento-. Un

último método es el financiamiento a partir del tesoro gubernamental; usualmente llamado financiamiento “público”. En los hechos, desde el punto de vista del ingreso de cada individuo, el método de la seguridad social y el método del financiamiento público son afines; su distinción efectiva sucede en términos del destino de los fondos. En este último caso, es el tesoro del gobierno; en el primero, se ingresa el dinero a cajas independientes de las rentas gubernamentales.

El aseguramiento de la población es entonces un importante componente de los sistemas de salud. En este sentido, y desde hace largo tiempo, las políticas públicas han tendido a incentivar o proveer algún tipo de aseguramiento que resuelva estas dificultades y facilite el acceso a la atención.

Hay, entonces, tres tipos básicos: aseguramiento privado o de mercado; seguros obligatorios por ley; y acceso universal sostenido en las rentas generales del estado. Hay que tener presente que la dinámica de cada uno de estos sistemas está entonces conformada por estos tres diversos enraizamientos del sistema de salud en el medio social, económico y político. Esta ha sido una estrategia ampliamente utilizada; en nuestro país, por ejemplo, usualmente se distingue entre tres sub-sectores del sistema de salud: Público, con sus diversas jurisdicciones, de Obras Sociales y Mutual, y Privado.

La estructura de financiamiento de la atención médica es dependiente de diferentes ámbitos económico-sociales según el tipo en el que se encuentre. En el caso de aquella basada en impuestos depende de la capacidad extractiva o de recaudación de impuestos del gobierno; en el caso de los seguros voluntarios de la distribución general del ingreso personal; y, para el caso de la seguridad social, su dinámica depende del mercado de trabajo.

Esquema III.1. Características típicas de diferentes sistemas según vía de financiación

Rasgos	Seguros Privados voluntarios	Seguridad Social Médica; o bien modelo <i>bismarckiano</i>	Servicio de Salud
Carácter de la afiliación	Voluntaria	Obligatoria	No aplicable
El flujo del financiamiento sucede:	Desde el paciente hacia el asegurador comercial	Desde el paciente hacia cajas u <i>Obras Sociales</i> , entidades de naturaleza pública, no comerciales	Desde el ciudadano hacia las rentas generales del estado
La dinámica del sistema depende de:	Distribución personal del ingreso	El mercado de trabajo	La prosperidad fiscal
Cobertura	Pobre extensión; existencia de elevadas dificultades de acceso a la atención de la salud	En teoría es universal para los asalariados	En teoría es universal para todos los ciudadanos /habitantes
Equidad	Altamente inequitativo, el único objetivo de igualación se refiere a evitar la indigencia médica	Baja inequidad, pero mantenimiento de las diferencias socio-ocupacionales	En teoría es altamente equitativo
Eficiencia	Baja	Media	Alta
Linaje intelectual	Adam Smith	Bismarck	Beveridge

Fuente: Elaboración propia

Hay no obstante que tener presente que prácticamente no hay país en el que no se haya regulado algún sistema de aseguramiento obligatorio aunque más no sea indirecto –es decir, obligatorio para empleadores, por ejemplo-. Por ello, cuando se sugiere que –por caso, EEUU- no cuenta con un seguro obligatorio, hay que tener en cuenta que ello no implica que los seguros se contraten individualmente. A los efectos de una sinopsis de estas ideas, obsérvese la tabla.

La crítica de la tipología convencional

No obstante, los servicios analíticos que ha brindado esa tipología, existe hoy consenso en cuanto a la necesidad de conformar los tipos teniendo presente un conjunto más comprehensivo y sofisticado de factores. Hay tres tipos de críticas a la perspectiva del financiamiento como exclusivo determinante de la dinámica del sector de atención a la salud.

La primera crítica sugiere que el sector de atención a la salud es descriptivamente muy complejo, puesto que engloba actividades ampliamente diversas con ubicaciones jerárquicas también muy

diversas. Un economista, Hsiao (2000) plantea que la noción “sector salud” integra al menos doce clases diversas de mercados de salud. Así, por ejemplo, ¿las reglas de accesibilidad que rigen para el contacto con un profesional médico deben ser las mismas que para acceder a tecnología o medicamentos? Suponiendo que no, vale seguir indagando: ¿cuáles han de ser las reglas que rijan a la práctica médica en cuanto formadora de la demanda de atención? Téngase presente que no hace mucho tiempo los médicos criticaban las auditorías presentándolas como esquemas burocráticos de control.

Otra crítica es la que apunta Michael Moran (1999, p. 8-9) quien rechaza la noción de países “de mercado” suponiendo que en ellos la atención se brinda sobre bases contractuales individuales entre médico y paciente. Michael Moran sostiene que este tipo clasificatorio oscurece un elemento que ha devenido fundamental en todo sistema de salud: el hecho de que la atención de la salud ha llegado a estar organizada colectivamente en todos lados. Apunta que la salud, incluso en EEUU, país largamente considerado en el área del “mercado”, resulta de una lógica económico-política colectiva. Moran señala que mientras en 1960 el 56% del gasto en salud era “de bolsillo”, en 1998 ese rubro insumía apenas un 16,5%. Añade que esa reducción proviene del hecho de haberse generalizado los sistemas de afiliación a agencias prestadoras de servicios; pero que “ninguno de esos arreglos para mancomunar los riesgos son el resultado de contratos hechos por los individuos; en 1996, el 76% de los trabajadores estaba cubierto por seguros médicos de tipo comercial, y sólo un 3% por seguros contratados individualmente”. Por ello el autor concluye: “los seguros médicos en EEUU están preponderantemente basados en el ámbito ocupacional y resultan de la negociación colectiva entre empresas y trabajadores” [traducción de los autores].⁷³

Opiniones como las de Moran convencen acerca de la necesidad de establecer una tipología más idónea. Mary Ruggie (2001) sugiere que, para obtener una clasificación más adecuada, debe atenderse a dos tipos de factores: (i) el tipo de financiamiento y (ii) la titularidad de los factores de producción. Se argumenta que estos factores deben ser incluidos en la perspectiva de análisis para obtener una clasificación adecuada. En función de lo primero se suele aducir que es preciso dar respuesta no sólo a quién financia sino también a preguntas tales como ¿quién regula los esquemas de financiamiento?, ¿quién regula la provisión de los servicios que esos esquemas pagan?; y ¿cuáles son los principales instrumentos de vinculación establecidos entre la financiación y prestación –es decir, por ejemplo, ¿cuáles son los incentivos que financiadores y prestadores tienen para cumplir sus responsabilidades?-. A su vez, en lo relativo a la titularidad de la infraestructura, cabe preguntar⁷⁴ ¿quién tiene la propiedad de las principales instalaciones de atención, hospitales, aparatos, medicamentos?

⁷³ Vale también tener presente que en los EEUU los indigentes y personas mayores tienen un aseguramiento obligatorio, conocido como *Medicaid* y *Medicare* respectivamente.

⁷⁴ Dando por descontado que la titularidad del trabajo personal de los profesionales les corresponde.

La mirada entonces se ha de volcar sobre la regulación, o bien dicho de otro modo sobre el flujo de autoridad sobre los elementos del sistema. En lo que a autoridad respecta, se imponen a su vez preguntas tales como las siguientes: ¿está concentrada o fragmentada? ¿Cuál actor o subsector dispone de qué facultades? ¿Con qué límites se ejerce esa autoridad? En los sistemas socio-políticos de cuño liberal existen límites, siempre controversiales, en cuanto a la facultad de una autoridad para requerir la colaboración de los agentes no gubernamentales. Así, por ejemplo, se suele discutir si es posible reivindicar la autonomía individual para no participar en sistemas de prevención o tratamiento –por ejemplo, las reivindicaciones de algunos miembros de grupos religiosos en cuanto a estar exentos de vacunación para sus hijos, o transfusiones de sangre, entre otras-. Del mismo modo, y también muy frecuentemente, se discute el alcance de la autonomía de la propiedad privada en cuanto a la regulación y planificación del uso y destino de recursos –por caso, las instalaciones sanitarias privadas-.

En la sección siguiente se estudia el flujo de financiamiento en el sector salud en Argentina. En el capítulo siguiente se abordarán los otros dos tipos de flujos relevantes: la autoridad y la información que circula en el sistema.

Tipos de sector salud según financiamiento y su desempeño en clave comparativa

¿Cuáles son las responsabilidades del aspecto organizativo de un sector salud? Así como el desempeño global puede ser evaluado en términos de la mortalidad infantil y materna, el sector salud debe obtener una meta de índole instrumental para la consecución de mejoras en el desempeño. Uno de estos objetivos, si no el más importante, es obtener aquello que, en lenguaje técnico, se denomina *accesibilidad* o bien, para los sistemas de seguros sociales, la *cobertura* en afiliación. ¿Qué proporción de habitantes está efectivamente protegida de los riesgos para la salud? ¿Cuál es la extensión o calidad de esa cobertura? ¿Se trata de una cobertura uniforme regional y socialmente o se entrevén disparidades significativas?

Es posible suponer que la proporción de personas cubiertas por un mecanismo de financiamiento de la atención a la salud es un importante indicador para juzgar sistemas de atención. Como se apuntaba, hay consenso en el que el pago directo, sin aseguramiento, es indeseable. El último reporte de la OMS desalienta el financiamiento mediante “pagos directos”⁷⁵ al tiempo que pone énfasis en el rol de lo que denomina “mancomunación de fondos”.⁷⁶

⁷⁵ “Los pagos directos tienen graves repercusiones en la salud. Tener que pagar en el momento en el que un paciente es atendido disuade a la gente de utilizar los servicios (en particular, la promoción y la prevención sanitaria) y hace que aplacen los controles sanitarios. Esto significa que

En la misma línea, otro reciente estudio de la OMS⁷⁷ estableció una interesante relación entre el grado de vulnerabilidad social y el tipo de estructura de financiamiento de la salud. De acuerdo a este, en los países de baja vulnerabilidad predominan el financiamiento derivado de los gastos generales de gobierno y de la seguridad social en niveles de gasto que superen los cuatros puntos del PBI.

Esa relación se invierte a medida que asciende el gasto de tipo privado –discriminado en tres sub-tipos: gasto voluntario en seguros, gasto “de bolsillo” y una categoría marginal que engloba lo no captado por las dos previas-. Estos países exhiben mayor vulnerabilidad social, con la excepción del grupo de países de “alta vulnerabilidad” -entre los que se cuentan algunos latinoamericanos de la zona andina y también China, que muestran una mayor proporción de financiamiento público que privado, si bien con bajo nivel de gasto global-.

En otras palabras, de acuerdo a este reporte de la OMS, un gasto de nivel moderado a alto sostenido en la mancomunación obligatoria, ya sea gasto público o de seguridad social, son factores cruciales para obtener baja vulnerabilidad social.

En línea con estos planteos, se ha propuesto recientemente que los “seguros sociales médicos” son un camino efectivo para incrementar la cobertura. Según una literatura que emana principalmente de los organismos internacionales, el seguro social de atención a la salud proveerá a los países con bajo desarrollo de una más factible ruta para mejorar la accesibilidad, puesto que estos países no suelen contar con la capacidad extractiva para financiar un sistema de salud público comprehensivo.

En otras palabras, se presume que es posible y deseable implantar un ahorro forzoso de la población empleada en el sector formal de la economía a estos efectos. Adicionalmente, se evitarían algunos otros problemas típicos de la oferta estatal de la atención a la salud. En las palabras de Hsiao (2007, p. 157); así como se podrían también destinar los fondos destinados al sector público a adquirir seguros para la población pobre y trabajadores informales.

no reciben un tratamiento temprano, cuando las expectativas de curación son mayores. Se ha estimado que un elevado porcentaje de los 1,3 mil millones de pobres que hay en el mundo no tiene acceso a los servicios sanitarios, simplemente porque no puede pagarlos en el momento en que los necesita. Como están demasiado enfermos para trabajar, corren el riesgo de verse arrastrados a la pobreza, o hundirse más aún en ella”. OMS (2001, Cap. 1, p. 5),

⁷⁶ “El avance hacia la cobertura universal depende de la recaudación de fondos adecuados que procedan de un conjunto de personas suficientemente amplio, con el apoyo, en caso necesario, de los donantes y los ingresos de las administraciones públicas, y del empleo de estos fondos en los servicios que necesite la población. Cuanta más gente comparta el riesgo financiero de esta forma, menor será el riesgo financiero al que estará expuesta cada persona. En general, cuanto mayor sea el fondo mancomunado, mejor será su capacidad para hacer frente a los riesgos financieros”. ”. OMS *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2010*, Cap. 1, p. 5.

⁷⁷ Xenia Scheil-Adlung *et alii* (2010).

Las respuestas tradicionales a un desempeño mediocre del sector salud han estado guiadas por un enfoque epidemiológico que buscan reducir la enfermedad mediante intervenciones gubernamentales costo-efectivas [...] Esta respuesta tradicional a menudo resulta en durables problemas de desempeño. Uno de ellos deviene de los sistemas de salud centralizados y jerárquicos en los que el sector público domina la provisión, asigna recursos sobre todo a las áreas urbanas y a los niveles más complejos de atención, tiene capacidades limitadas para regular la calidad, y está en mora en cuanto a su habilidad para crear un ambiente propicio para los prestadores privados. Un segundo problema reside en la falta de confianza que sufre el gobierno como prestador así como la falta de participación de los involucrados incluyendo a la sociedad civil. Un tercer problema involucra a la fragmentación del sistema de salud, que en los países pobres resulta en una miríada de proyectos, unidades de implementación separadas [traducción de los autores].

Hsiao se ha preocupado por establecer las ventajas comparativas del aseguramiento *vis a vis* la provisión público-estatal. Según este autor (Hsiao, 2007, pp. 39-40), el seguro puede: i) movilizar fondos para la salud frescos y estables; ii) permite al gobierno focalizar su gasto en los pobres; iii) se pueden conformar *pools* de riesgo suficientemente amplios; iv) tiene el potencial de permitir un más equitativo uso de los recursos en los pobres puesto que, entonces, trabajadores formales pagarían por los servicios de atención pública que tienen en uso; y, finalmente, es una estrategia que puede combinar la utilización de redes prestadoras de naturaleza pública y privada.

No obstante esta mirada optimista sobre las perspectivas que los sistemas de seguros de atención a la salud abren, existen también claras desventajas en la estrategia. La más importante reside en las dificultades para obtener rápidas mejoras en la accesibilidad, en especial para quienes más la precisarían en principio: pobres y trabajadores informales. Nuevamente, vale la pena citar a Hsiao (p. 12):

... la cobertura universal vía aseguramiento tomó 127 años en Alemania, 118 en Bélgica, 79 en Austria, 72 en Luxemburgo, 48 en Costa Rica, 36 en Japón, 26 en Corea del Sur [...] el nivel de desarrollo económico del país y su estructura económica son los principales factores de éxito [traducción de los autores].

Guy Carrin, un experto de la OMS, acuerda y desagrega el exigente conjunto de factores que deben estar a la mano cuando se procura establecer un seguro social efectivo:

Un primer factor es el nivel de ingreso general [...] Segundo, capacidad administrativa suficiente para conducir las cajas del seguro [...] lo que es relevante es ciertamente el tamaño relativo de los sectores formal e informal porque de ello depende la dificultad para recolectar las contribuciones [...] Tercero, el grado de solidaridad y equidad existente

en la sociedad [...] Finalmente, que la población tenga voz en el proceso de decisión pública. (Guy Carrin, 2002).

Ciertamente, una lectura algo más escéptica ha de tener presente que las ganancias primeras han de ser el alivio presupuestario a los países y la potencialmente mejor focalización del gasto público. Más allá de esas dos primeros éxitos, la magnitud de los requerimientos hace pensar en que tal vez sea más sencillo en términos de gestión el avanzar hacia un servicio nacional de salud, diseño organizativo para el que se precisan probablemente los mismos *inputs* que los apuntados para el seguro, y que tendría la accesibilidad plena como recompensa inmediata. Hay que tener presente que no se ha evaluado aquí la dificultad *política* de avanzar sobre un servicio de salud, la que con seguridad sí es más gravosa que en el caso –no obstante, no insignificante- del diseño de seguridad social.

El Diseño Organizativo en Argentina

Argentina es un país de mediano ingreso que desde hace unos 50 años tiene implantado un modelo de atención en el que predominan –a juicio de la mayoría de los observadores- los seguros sociales. Se suele denominar *bismarckiano* a este tipo de modelo de financiamiento, rótulo que utilizaremos frecuentemente en este sentido.

Vale la pena entonces evaluar la trayectoria y situación del país con el objeto de ilustrar la discusión previa.

Argentina: Un bismarckismo excéntrico

En primer lugar, habría que tomar distancia del diagnóstico generalizado en cuanto a la estructura *bismarckiana* que es presuntivamente predominante en el país y determinar los rasgos efectivos de la estructura de financiamiento. ¿Cuáles son estos rasgos? ¿Con cuáles otros países se emparenta? Si predominaran los rasgos de tipo *bismarckiano*, esperaríamos una concentración del financiamiento del sector a partir de los fondos en aportes y contribuciones a cargo de empleadores y empleados; con un gasto gubernamental subsidiario y una baja participación del gasto privado.

La tabla siguiente busca comprobar esta mirada convencional del sector salud en el país, comparando su estructura con la de un conjunto de otros países en América y Europa, para una muestra intencional de países cuyo gasto sanitario supera los 7 puntos del PBI.

Tabla III.1. Indicadores comparados sobre Gasto en Salud. Países seleccionados en América Latina y región noratlántica. Promedio 2005-2010

Promedios 2005-2010	GTSalud % PBI	Gasto según grandes sectores			Gasto Público	
		GTPúblico % GTSalud	G. privado % GTSalud		G.Seg.Social % GTSalud	Ggub-noSS-%GTSalud
USA	16,6	46,8	53,2	100	39,4	28,4
Francia	11,4	78,2	21,8	100	71,1	22,6
Alemania	11,0	76,7	23,3	100	67,6	24,8
Suecia	9,3	81,3	18,7	100	0,0	81,3
Reino Unido	8,9	82,5	17,5	100	0,0	82,5
España	8,9	72,1	27,9	100	4,7	68,7
Argentina	8,6	58,8	41,2	100	34,5	38,5
Brasil	8,5	42,8	57,2	100	0,0	42,8
Chile	7,4	44,2	55,8	100	6,3	41,4
<i>Promedio (27 países)</i>	<i>8,87</i>	<i>65,57</i>	<i>34,20</i>		<i>26,31</i>	<i>48,15</i>

Nota: GT = Gasto Total. G.Seg.Social = Gasto en Seguridad Social; Ggub-noSS = Gasto gubernamental excluida Seguridad Social. Ver en Anexo tabla con una muestra más amplia de países.

Fuente: Elaboración propia con base en WHO *Global Health Expenditure Database*
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_2_WHS

Tres señalamientos deben hacerse concernientes a la información provista por la tabla:

- El nivel global de gasto: Lo primero a observar es un hecho bien reconocido: el nivel de gasto sanitario de Argentina no es bajo. La proporción del gasto con relación al PBI es del 8,6%. Este nivel de gasto representa unos dos tercios del gasto de Francia o Alemania y comparte posición con el Reino Unido y España.
- El gasto privado: La proporción del gasto privado emparenta a la Argentina con los casos de EEUU y América Latina aquí reseñados –Brasil y Chile-, y la distancia de los casos europeos.
- El gasto público: A su vez, la proporción del gasto gubernamental la aleja del caso de América Latina y la acerca a EEUU y a los europeos.

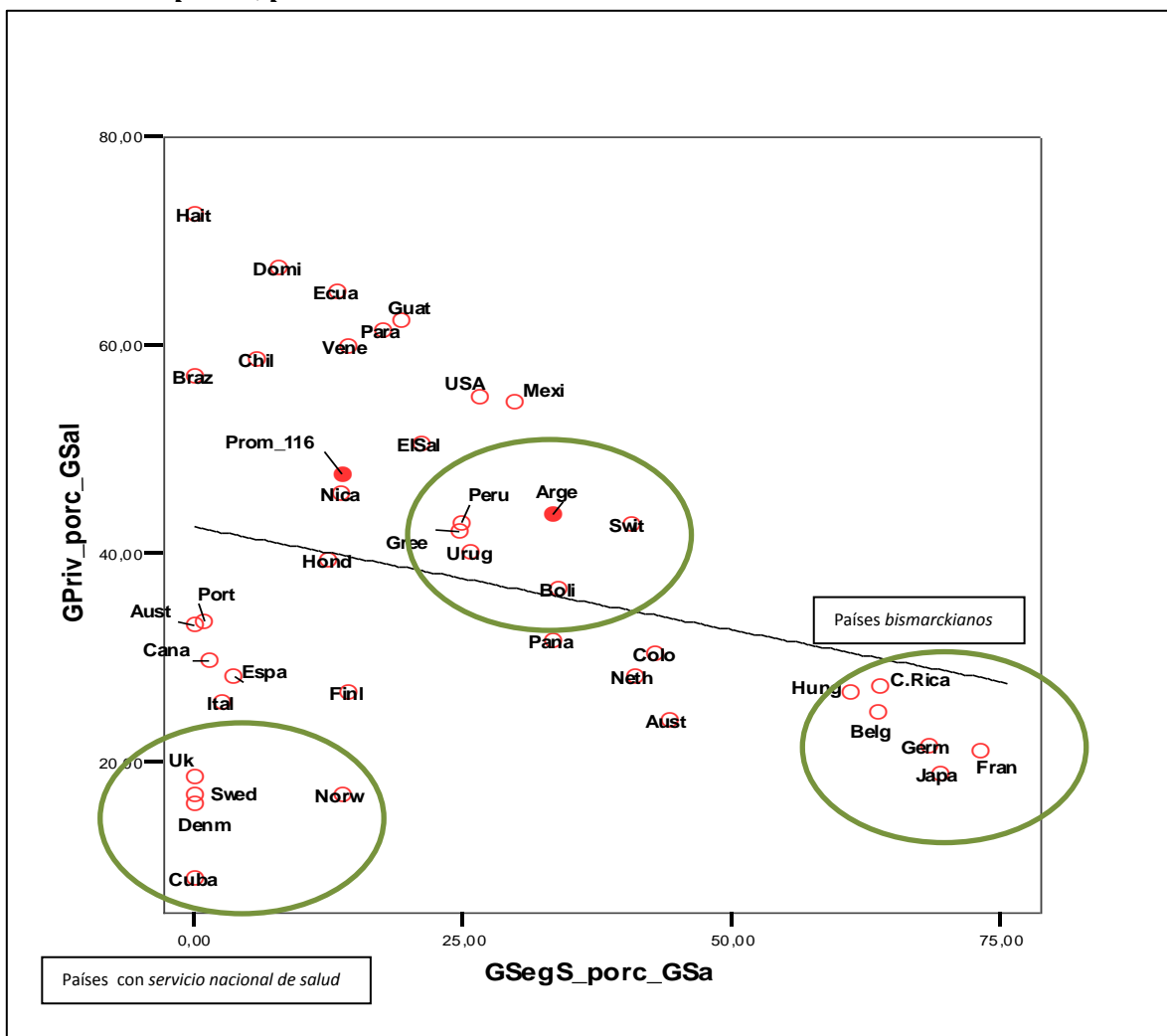
En síntesis, se trata de una estructura que aparece idiosincrática en cuanto a la relativa indefinición de las vías de financiamiento: no sobresale prácticamente ningún renglón del gasto, con clara diferencia entonces con los demás países en donde algún sector puede atribuirse el liderazgo.

No se trata de un efecto derivado de la exigua muestra de nueve países analizada en la tabla-; ni tampoco del período de tiempo elegido –el promedio 1995-2010-. Para este misma fase de

tiempo, la gráfica siguiente expande la muestra e países y apunta la proporción promedio del gasto privado y de la seguridad social en el total del gasto en salud para un conjunto de 41 casos – se adiciona, también, el valor promedio para el conjunto global de 116 países.

La gráfica hace evidente la ubicación idiosincrática de Argentina, así como su curioso –en términos de lo esperable- grupo de acompañamiento. En Argentina, al igual que en Perú, Uruguay y Suiza, el financiamiento está equilibrado entre ambas fuentes, mostrando claras distancias respecto del grupo de países típicamente *bismarckianos* y de los países con financiamiento eminentemente público.

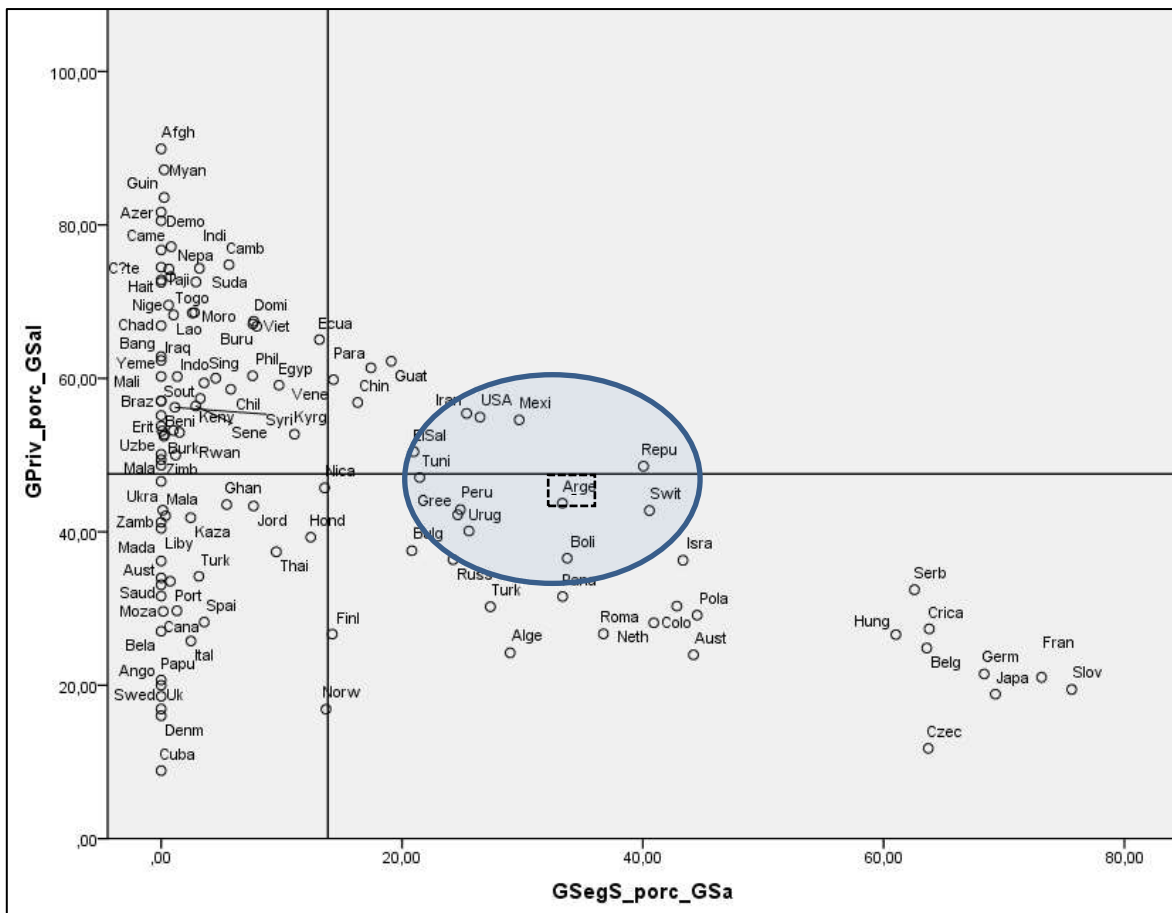
Gráfica III.1. Gasto Privado y Gasto en la Seguridad Social –ambos como % del gasto total en salud-. 41 países, promedio 1995-2010



Fuente: Elaboración propia con base en WHO *Global Health Expenditure Database*
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_2_WHS

A su vez, la siguiente gráfica ilustra la relación para el conjunto total de los países cubiertos por la información de la OMS.

Gráfica III.2. Gasto Privado y Gasto en la Seguridad Social –ambos como % del gasto total en salud-. Total de países, promedio 1995-2010



Fuente: Elaboración propia con base en WHO *Global Health Expenditure Database*
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_2_WHS

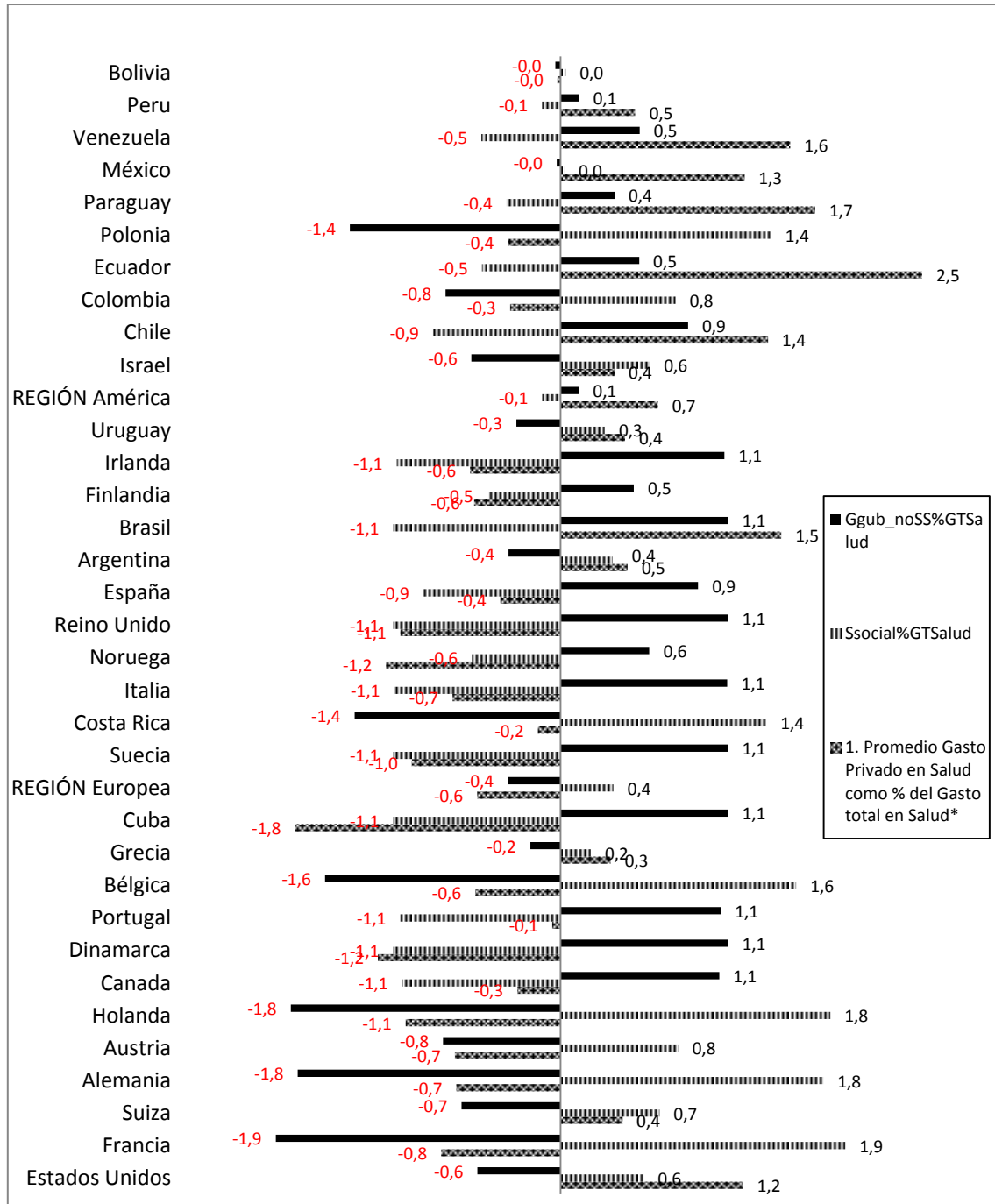
En ambas gráficas, nuevamente, se observa a Argentina ocupando una región media en cuanto al gasto privado, bien por arriba de los países de naturaleza *bismarckiana* ubicados en el extremo inferior derecho y los que se asientan en fondos del tesoro público en el extremo inferior izquierdo. En cuanto al gasto realizado por la seguridad social, Argentina aparece suficientemente alejada de los países típicamente *bismarckianos* como para que este apelativo le sea hoy apropiado.

Como ya se apuntó, ha sido convencional suponer que Argentina pertenece al tipo *bismarckiano* por lo que conviene hacer sobre esta información comparativa una mirada un poco más desagregada. Es convencional suponer que en los países *bismarckianos* predomina el gasto de

seguridad social; que en los países “de mercado” hay una importante participación del gasto privado; y que en los países del tipo “servicio de salud”, es el sector público gubernamental el que asume el liderazgo.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta sorprendente verificar que, según se obtiene de la gráfica siguiente, el patrón argentino es similar al de los países considerados “de mercado”.

Gráfica III.3. Estructura del Financiamiento según grandes sub-sectores. Países seleccionados y promedios regionales de América y Europa. Período 2005-2010



Fuente: Elaboración propia con base en WHO *Global Health Expenditure Database*
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_2_WHS

Los países “de mercado” cuentan con elevado gasto privado y bajo gasto gubernamental –como USA y Suiza-. Por la misma razón, aparece que Argentina es bien diferente de los países *bismarckianos*, los que exhiben un claro predominio del gasto de Seguridad Social. Por otra parte, hay que hacer constar que, salvo Uruguay, los países latinoamericanos comparten con Argentina el mayor gasto privado, sin mostrar una pauta similar en los otros dos componentes. Se puede concluir confiadamente entonces: la estructura del financiamiento del país aparece altamente idiosincrática.

El bismarckismo. Desarrollo y crisis: Evolución de la población afiliada a sistemas de cobertura para la atención médica en Argentina

Si, a diferencia de lo que en general se cree, Argentina parece ser un país nítidamente *bismarckiano*, sino que es híbrido en su configuración estructural, cabe estudiar si vale la pena insistir en promover políticas que renueven este tipo de conformación. Como ya se ha mencionado, el desarrollo de sistemas de seguridad social médica ha sido incorporado como una línea de trabajo estratégica en la agenda de las principales entidades internacionales de conocimiento y financiamiento –como la OMS, el Banco Mundial, entre otros-.

En lo que sigue se estudia el desempeño del diseño organizativo argentino en términos de la accesibilidad que dispensan a la población. Se concluirá (i) que la estrategia en términos de seguros sociales ha tenido resultados crecientemente inferiores; y (ii) que esta tendencia no parece sino agravarse en la medida en que el sistema responde cada vez menos a los estímulos positivos de una economía en expansión.

El estudio del desempeño en términos de accesibilidad se hará con base en dos tipos de indicadores. Por un lado, se examina la evolución de la afiliación a las Obras Sociales –es decir, el corazón de la estructura *bismarckiana*-. En segundo lugar, se amplía el indicador buscando establecer los cambios en la “condición de afiliación”, una categoría censal que capta la existencia de aseguramiento obligatorio –*bismarckiano*- o voluntario en la población.

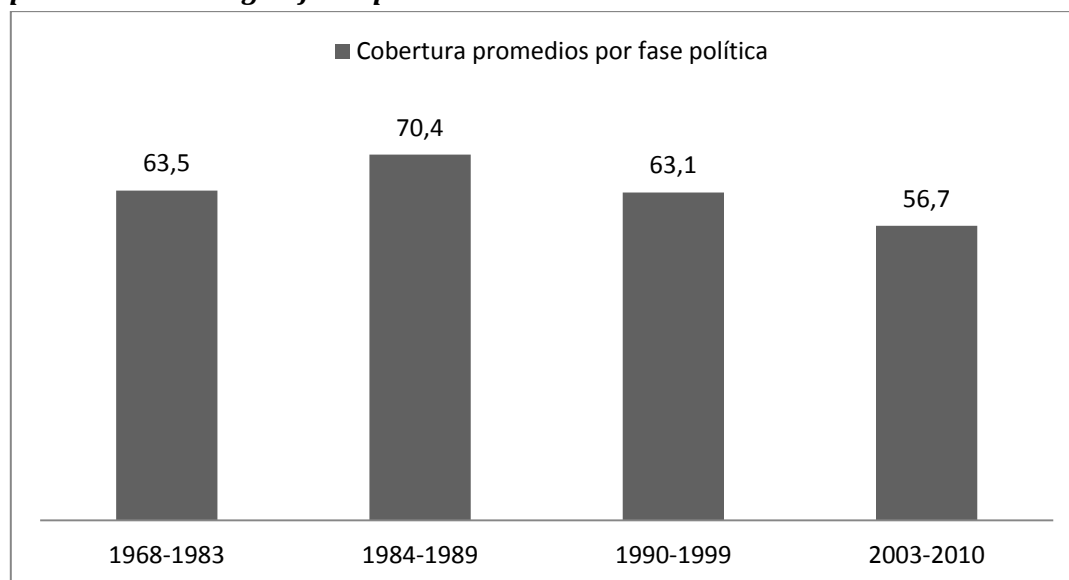
El primer indicador entonces es la evolución del número de beneficiarios de Obras Sociales tomando el conjunto de las Obras Sociales “nacionales”, esto es aquellas afiliadas al sistema de la Superintendencia de Servicios de Salud.⁷⁸ La lectura de este indicador sugiere un declive en la capacidad de esta estructura de financiamiento para brindar accesibilidad a la población.

⁷⁸ La autoridad de supervisión fue cambiando. Desde 1970 y hasta 1989 el sistema dependía del INOS –Instituto Nacional de Obras Sociales-; desde 1989 hasta 1995 el sistema dependió de la

En la tabla y gráfica siguientes se dispone la información sobre la cobertura del sistema, tanto en lo referente al conjunto denominado “Obras Sociales nacionales”, como a las de naturaleza provincial –cajas de aseguramiento que integran a los empleados públicos de las provincias así como a otros grupos socio-profesionales conforme a las normativas vigentes en cada jurisdicción-. La gráfica dos indicadores a este respecto: i) el grado de cobertura logrado por el sistema de Obras Sociales nacionales con relación a la población del país y ii) el sistema ampliado incluyendo a la Obras Sociales de provincias –COSSPRA-. Puesto que el sistema depende del mercado de trabajo, se añade también la tasa de desempleo correspondiente a cada año relevado.

Como puede observarse en la tabla, la cobertura del sistema en su conjunto es hoy sustancialmente inferior a los valores de la década de los ‘90s. La diferencia se atenúa y es levemente inferior si se divide esa década entre el régimen previo y posterior a 1995.

Tabla III.2. Cobertura del Sistema global de Obras Sociales como proporción de la población total según fases político-económicas



Nota: Sistema “global” de Obras Sociales comprende a Obras Sociales nacionales y las enroladas en COSSPRA.

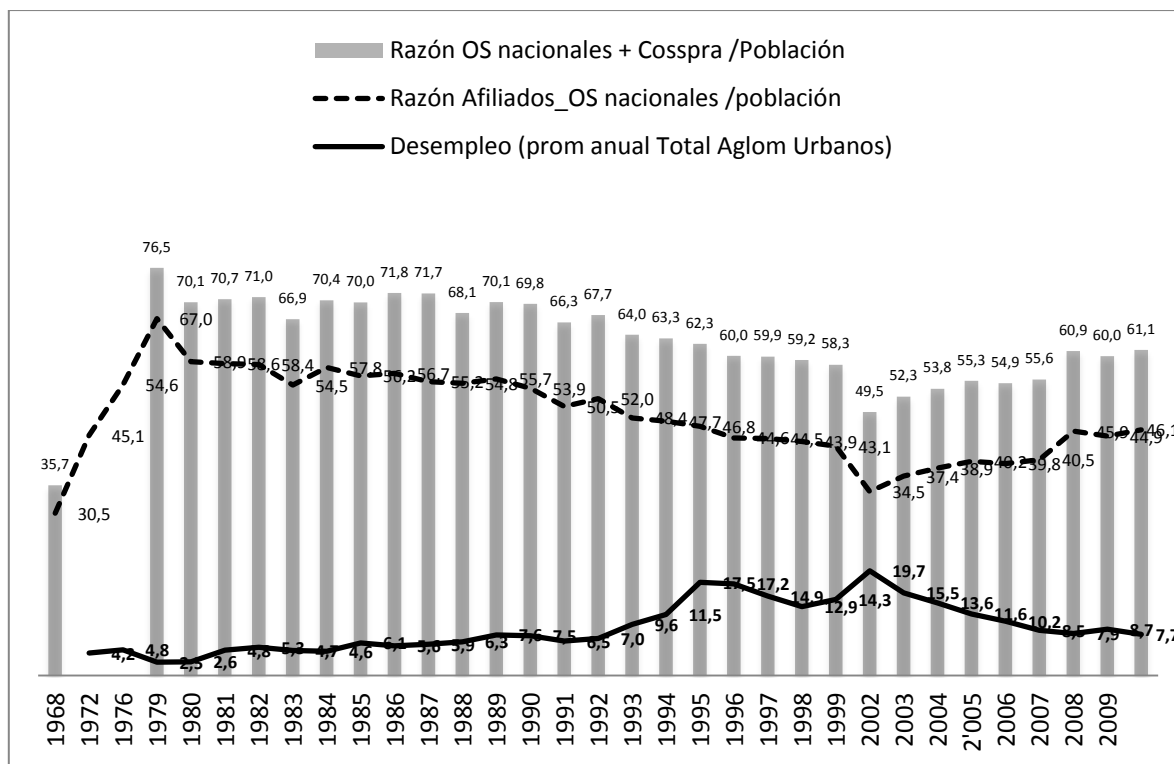
Fuente: *ver gráfica siguiente.*

La gráfica provee un panorama más pormenorizado. Se observa que la serie inicia su descenso en 1993, recuperándose parcialmente a partir del año 2003, pero no alcanzando nunca los valores de los ‘80s o ‘90s. Por otra parte, se observa también que la merma de cobertura en el subconjunto

ANSSAL –Administración Nacional de Servicios de Salud-; más recientemente, depende de la SSS –Superintendencia de Servicios de Salud-.

de las Obras Sociales nacionales no se ve compensada por acreencias del sistema de las Obras Sociales de las provincias -en los años '80s, las Obras Sociales de Provincias adicionaban alrededor de 16 puntos de cobertura, situación que se mantiene para la medición del año 2010-.

Gráfica III.4. Evolución de la cobertura de la población por parte de las Obras Sociales. 1968-2010



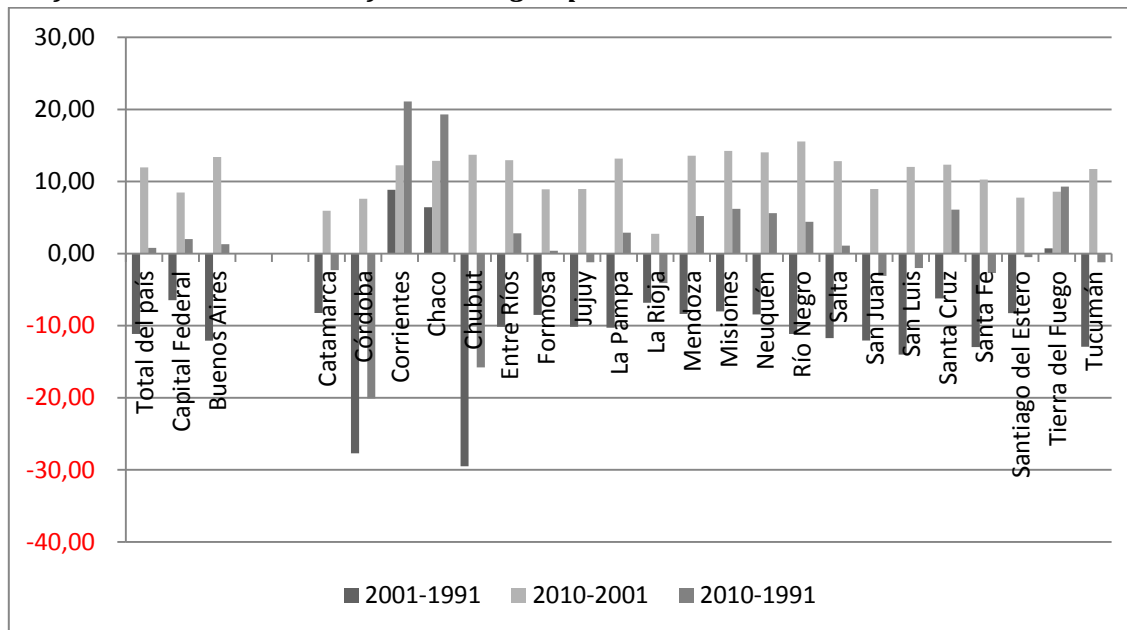
Fuente: Afiliados de Obras Sociales tomada de Anuarios INDEC, varios años. Desempleo, tomado de INDEC. Población COSSPRA tomado de Boletines Estadísticos de la COSSPRA 1982-1987 e información de COSSPRA año 2010 –período 1988-2009 estimado con base en tasa de crecimiento anual media-.

La cobertura de las Obras Sociales en su formato *bismarckiano* clásico ha disminuido. Sin embargo, hay que indagar otra faz de este proceso, porque ¿no podría ser que estratos medios no asalariados, beneficiados por la expansión económica, procure cobertura el segmento de los seguros voluntarios? Después de todo, es reconocida la favorable evolución de la economía argentina en los últimos años y su impacto en estos estratos socio-económicos.

El segundo indicador busca captar esta cuestión. Examina la evolución de la “condición de afiliación” entre los censos desde el año 1991 y hasta el último censo 2010. Por otra parte, este indicador nos permite una mirada a la distribución territorial de la accesibilidad. Como se

apuntaba, la categoría “condición de afiliación” refleja la tenencia de seguros obligatorios o voluntarios por parte de la población. La siguiente gráfica analiza las trayectorias provinciales calculando la variación porcentual entre los diversos censos.

Gráfica III.5. Condición de Afiliación según provincia. Variación inter-censal



Fuente: Elaboración propia con base en INDEC *Censos Nacionales de Población y Vivienda*, 1991, 2001 y 2010.

Desde la información apuntada en la gráfica se puede inferir:

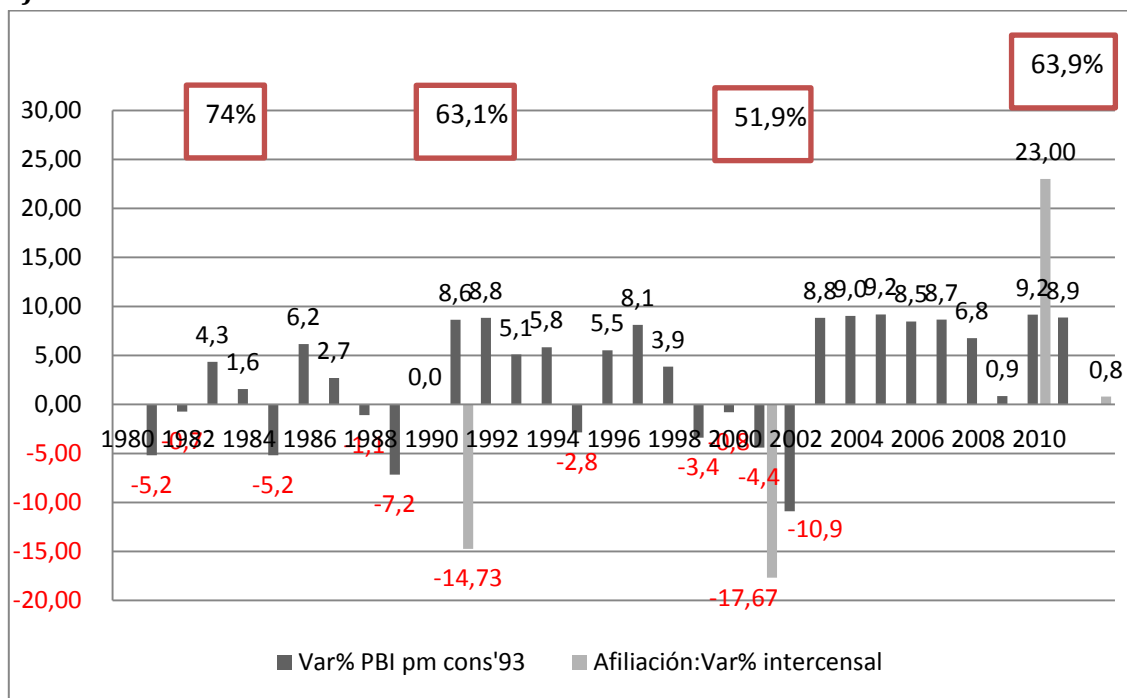
- Entre 1991 y 2001: Fuerte caída de la afiliación, con disminución de poco más del 10% en el total nacional -las excepciones son Corrientes, Chaco, y muy levemente la jurisdicción de Tierra del Fuego-.
- Entre el 2001 y 2010: Una compensación de la pérdida de la proporción de afiliados sufrida en la década anterior. En esta fase todas las jurisdicciones registran incrementos de la cobertura de salud, con un total nacional de un 10%.
- Entre 1991-2010: El incremento en los veinte años es muy escaso -0,8%-Hay no obstante algunas diferencias a nivel de provincias. Desagregando, se observa un leve incremento para catorce jurisdicciones, así un decremento de la afiliación para otras diez jurisdicciones.

Entonces, para el año 2010 aparece logrado un importante mejoramiento de la accesibilidad si se toma como base el año 2001. No obstante, hay que tener presente, que no se trata de un logro tan significativo como sería de desear. Para poder apreciar si es o no un valor deseable, conviene recordar que, como ya se ha mencionado, la cobertura depende en gran medida de los avatares del mercado de trabajo y, a su vez, este depende de los movimientos en la economía en general.

A continuación se evalúa la situación y perspectivas del mercado de trabajo con el objeto de establecer lo esperable en términos de un modelo *bismarckiano*. El primer elemento a tener en cuenta es la evolución general de la economía, tal como se expresa en el cálculo del movimiento económico que refleja el “Producto Bruto Interno”. Un segundo elemento se relaciona con indicadores del mercado de trabajo, desagregando tres aspectos: evolución de la tasa de desempleo, de la informalidad o no registración de la economía, y la evolución de la tasa de empleo.

La siguiente gráfica informa sobre el movimiento de la economía presentando la variación inter-anual del producto bruto interno junto a la variación inter-censal en la tasa de afiliación.

Gráfica III.6. Variación inter-anual del Producto Bruto Interno y de la tasa inter-censal de afiliación. 1980-2011



Nota: en recuadro los valores de “condición de afiliación” según los censos correspondientes.

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

www.mecon.gov.ar. El valor de de cobertura de 1984 corresponde a una estimación del INOS, tomada de Isuani y Mercer (1988, p. 95).

Se aprecia que, si bien hay un mejoramiento importante del indicador de accesibilidad respecto del año 2001, crece el 23% la “condición de afiliación”, revirtiéndose una tendencia a caer puesta que habían puesto en evidencia los censos anteriores. No obstante, hay que anotar que , hay que anotar que en ese año 2001 está incidiendo con toda intensidad la grave situación socioeconómica derivada de dos años de crecimiento negativo del PBI -prolegómeno de la subsiguiente crisis de fines del año 2001 y 2002-. , hay que hacer notar que ese mejoramiento es leve comparando contra el año 1991.

Eso re-envía la pregunta. ¿Es valioso el crecimiento escaso de casi un 1% logrado en esos veinte años, desde 1991? Dicho de otros modos, ¿fue el año 1991 un momento de bonanza? La evidencia que aporta la gráfica es mixta; por un lado se registra un importante crecimiento económico en el año pero también se puede observar que el año debía reflejar el arrastre de años previos de bajo crecimiento –desde 1987-. En este sentido, en la medida en que el la medición del año 2010 debería registrar las ganancias que el mercado de trabajo hubo de obtener en los años previos de crecimiento excepcional, es que es posible evaluar al crecimiento entre 1991 y 2001 como débil.

Esta es una evolución que no parece compadecerse con los sensibles logros en términos de empleo que habrían sucedido en estos últimos años, según suele afirmarse. No obstante, hay que tener presente que se trata en parte de una versión quizás en exceso optimista: la evolución del empleo ha tenido un desempeño similar, lográndose en estos últimos años apenas un restablecimiento de los valores de bajo desempleo que la economía argentina solía exhibir.

La tasa de desempleo del primer semestre de 2012 se muestra unos pocos puntos por encima de aquella que distinguió a la economía argentina entre 1974 y 1989 y apenas por debajo del promedio histórico de la economía argentina entre 1974-2000.

Indicadores sobre la evolución del empleo. Comparación entre períodos.

Provincia	Tasa de Desempleo						
	Promedio 1974-1989	Promedio 1991-2002	Promedio 1974-2000	1º semestre 2003	1º semestre 2006	1º semestre 2009	1º semestre 2012
Total aglomerados	5,2	13,1	8,0	19,1	10,9	8,4	7,1
Gran Buenos Aires	4,1	13,7	8,3	20,2	11,9	8,4	7,5
Total interior	6,0	12,3	8,7	17,7	9,6	8,3	6,7

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INDEC www.indec.gov.ar

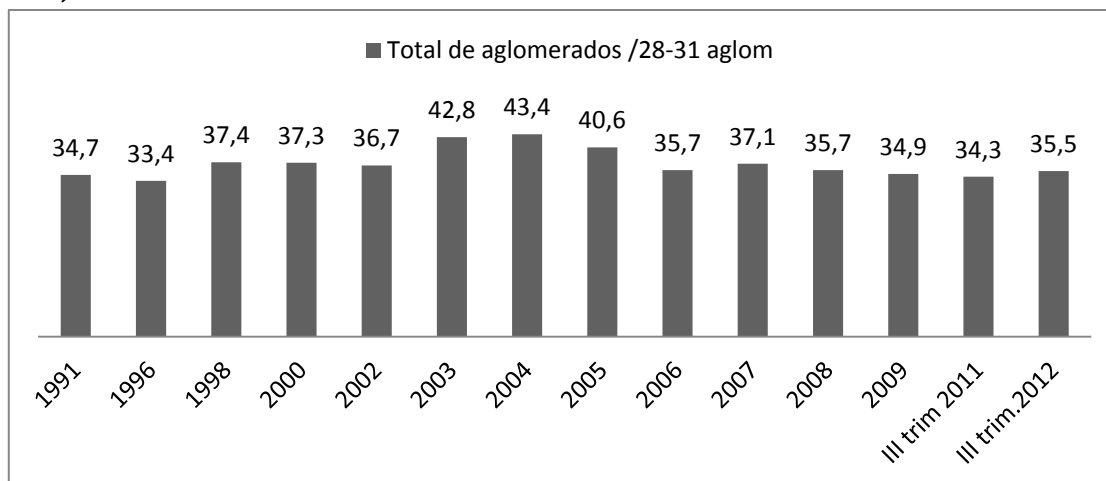
De acuerdo a la tabla previa, la tasa de desempleo del primer semestre de 2012, si bien exhibe una sensible disminución desde el año 2003 a la salida de la crisis, se muestra sólo unos pocos puntos por encima de aquella que distinguió a la economía argentina entre 1974 y 1989 -7,1 y 5.2

respectivamente-, y apenas por debajo del promedio histórico de la economía argentina entre 1974-2000.

Otro modo de señalar la misma idea es observar que en el año 1990, para una tasa de desempleo del 7.5 se correspondía con una tasa de afiliación a Obras Sociales nacionales del 69,8%, mientras que en el año 2010, para un desempleo del 7.7, la tasa de afiliación muestra diez puntos menos: 58,0%.

Ahora bien, Hay, entonces, que hacer notar la dificultad para avanzar con mejores indicadores de accesibilidad en términos de cobertura vinculada al mercado de trabajo. Uno de los motivos para la inviabilidad de esta estrategia, incluso con una buena situación de empleo parece estar en que la informalidad es un fenómeno que no se deja abatir. La tabla siguiente mide la evolución de la informalidad laboral, definida como el trabajo asalariado sin cobertura previsional.⁷⁹

Gráfica III.7. Evolución de la informalidad laboral. Total de aglomerados relevados por EPH, 1991-2012



Fuente: Elaboración propia con base en datos de INDEC y PNUD

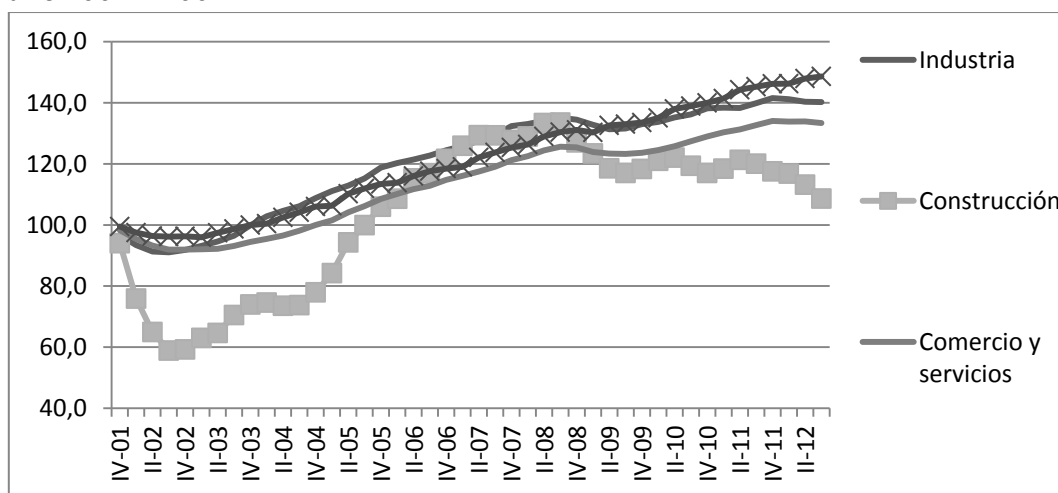
Un tercer apunte que también sugiere expectativas poco promisorias sobre el mercado de trabajo en Argentina es la evolución del empleo privado. En la gráfica siguiente se observa que:

- el sector construcción comienza a declinar en el 2008, con tendencia a acentuarse en estos últimos años;

⁷⁹ Se suele discutir esta definición sobre todo porque no incluye la precariedad de los trabajadores autónomos. Como aquí interesa la cobertura de salud que se obtiene por la condición de trabajador asalariado, y no la precariedad en sí misma, la medición es correcta.

- la industria y el sector servicios han encontrado una meseta desde el 4º trimestre del 2011; y
- la generación del empleo está sostenida en la expansión de un sector –servicios comunales, sociales y personales- que depende esencialmente del gasto público estatal, lo que abre a inquietud acerca de su sostenibilidad en el tiempo.

Gráfica III.8. Evolución trimestral del empleo por sector de actividad. 2001-2012. Índice año 2001 = 100



Fuente: Elaboración propia con base en la EIL del Ministerio de Trabajo de la Nación.
<http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/descargas/eil/EIL%203%20trim2012.xls>

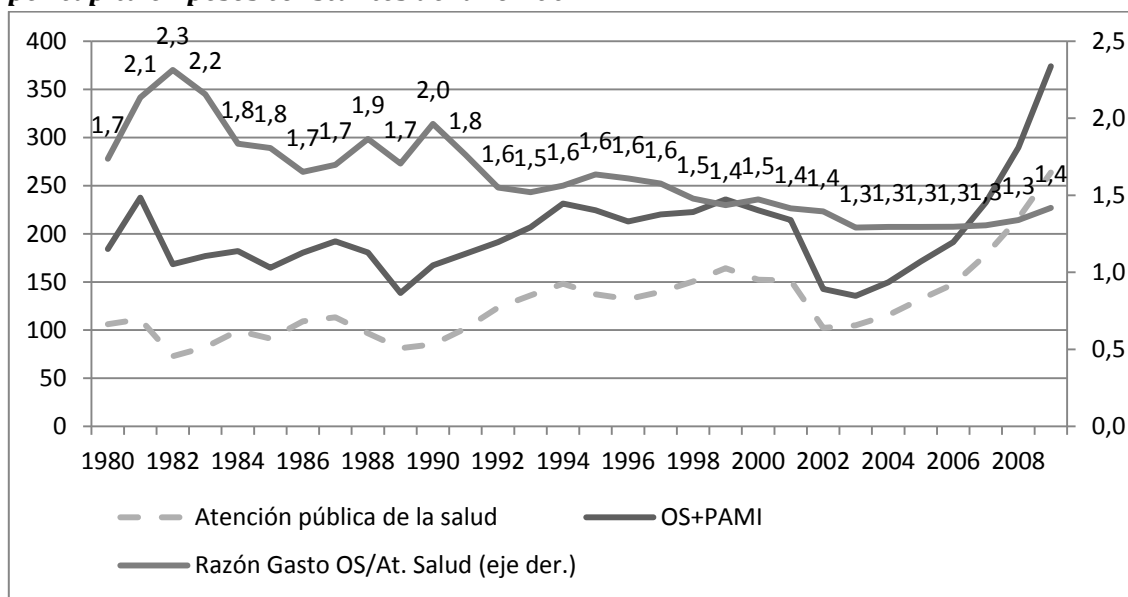
El Sector Público como asegurador universal

En un sistema como el argentino, el sector público cumple el rol de asegurador universal; esto es, los establecimientos públicos deben prestar servicios a toda la población sin importar si los pacientes están o no afiliados. En este sentido, el sector público argentino es inusualmente generoso, puesto que se trata de un sector que ofrece una gama extensa, variada y aceptable en calidad de servicios de atención a la salud.

¿Cuál ha sido su desempeño en cuanto a la accesibilidad en estos treinta últimos años? Puesto que por régimen legal no cabe al sector público distinguir entre afiliados o no afiliados, ni siquiera si se trata de nacionales o extranjeros, la accesibilidad debe ser evaluada indirectamente. Se supondrá entonces, a estos efectos, que la accesibilidad al sistema público depende del gasto gubernamental; suponiendo adicionalmente que a mayor gasto, mejor prestación.

¿Cuál es la trayectoria discernible en este gasto? La gráfica siguiente explora esta cuestión con datos sobre el gasto público entre 1980 y 2009.⁸⁰ Se pueden observar tres indicadores en la gráfica: la evolución del gasto en atención médica del sub-sector público y la correspondiente al gasto de Obras Sociales –incluyendo a PAMI-. Se adiciona la serie de la razón entre ambos gastos para una más fácil lectura.

Gráfica III.9. Evolución del Gasto Público en Salud, diferentes rubros. 1980-2009. Valores per capita en pesos constantes del año 2001



Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del Ministerio de Economía de la Nación. http://www.mecon.gov.ar/peconomica/basehome/serie_gasto.html

En estas series de gasto, que se comportan de modo semejante a lo largo del período, se pueden observar tres fases nítidas. Primero, se percibe un movimiento algo irregular entre 1980 y 1989. En segundo lugar, se observa un incremento del gasto a partir de 1990, el que se estaciona en un nivel más alto que la década precedente; poco más del 50% superior. Finalmente, luego de la caída de fines de los '90s, se observa un incremento del gasto que en el año 2007 recupera los valores de la década de los '90s y continúa posteriormente su tendencia ascendente hasta superar largamente –en un 50% aproximadamente- el máximo del año 1999.

Por su parte, la razón entre ambos tipos de gastos se estrecha a lo largo del período. En 1982, el gasto en Obras Sociales es más del doble que el gasto en Atención Médica del sub-sector público. Luego del año 2001, la brecha se estabiliza, representando el gasto en seguridad social médica alrededor de un 30% más que el otro tipo de gasto.

⁸⁰ Gasto per cápita en valores constantes a pesos del año 2001.

En síntesis, se observa gasto creciente a partir del año 2002, y una brecha estable entre el gasto en seguridad social y el aplicado a la red de prestaciones del sub-sector público. De acuerdo a esto, cabe suponer que la accesibilidad para quienes no gozan de afiliación se ha ampliado. El sector público habría venido entonces cumpliendo cabalmente con su rol de asegurador universal, garantizando la accesibilidad a sus ciudadanos. Se trata de un hecho auspicioso, ciertamente.

Ahora bien, hay que anotar en paralelo que, desafortunadamente, la inequidad ha crecido: las Obras Sociales, con afiliados en descenso, participan en el gasto en proporciones igualmente crecientes e, incluso, superando a su contraparte pública en la última década –obsérvese que la brecha apunta a crecer-. La buena noticia es que esta inequidad, medida así tan gruesamente, ha disminuido con relación a la década anterior

No obstante, un incremento del gasto de tal magnitud debe ser evaluado más pormenorizadamente. Sin duda, se trata de una buena noticia, en la medida en que debe tener efectos positivos en la accesibilidad –es conocido que, a diferencia de otros gastos sociales, como por ejemplo las pensiones, el gasto público en salud tiene claros efectos re-distributivos-⁸¹. Ahora bien, una evaluación con más detalle nos lleva más allá de la sencilla suposición con la que se iniciaba este análisis: esto es, que mayor gasto implica más accesibilidad.

Una primera pregunta para desagregar esta cuestión es la relativa a la eficiencia del mayor gasto; es decir, inquirir sobre la posibilidad de que más gasto pueda tener un efecto inocuo –o, inclusive, negativo- en la medida en que se trate de una erogación inútil o dispendiosa. Una segunda pregunta puede dirigirse a analizar la sostenibilidad del gasto, cometido para el que conviene revisar la prioridad presupuestaria que reviste, así como su relación con el ciclo económico.

En cuanto a la primera pregunta, para una evaluación necesariamente somera, cabe apelar a un indicador razonablemente sensible. Las encuestas de salud y utilización de servicios permiten calcular la razón de utilización de servicios médicos entre afiliados y no afiliados, lo que, a su vez, habilita a inferir potenciales inequidades. Para interpretar a este indicador se supone que la población sin afiliación ha de tener un comportamiento similar al de la población afiliada. Se trata de una suposición conservadora, puesto que, siendo la población no afiliada un agrupamiento que en general se corresponde con los estratos económicos más pobres y marginales, es probable que se trate de un grupo con, quizás, mayores necesidades de atención. La siguiente tabla corrobora este criterio interpretativo apuntando la diferencia de ingresos entre los ocupados según si tipo de afiliación. Se puede observar que quienes no tienen Obra Social o algún tipo de plan médico, ganan en promedio un 33% de lo que gana un ocupado con afiliación.

⁸¹ La CEPAL (1994, p. 66) apunta “se destaca que en todos los países considerados, excepto Bolivia, el sector que muestra la estructura más progresiva de gastos es el sector salud -considerado sin el gasto que se realiza a través del sistema de la seguridad social-”.

Tabla III.3. Ingreso Declarado de los Ocupados según tipo de cobertura médica. Argentina, 2º trimestre del 2012

Tipo de cobertura médica	Monto por sueldos/jornales, salario familiar, horas extras, otras bonificaciones	Total todo concepto	Razón Ingresos /Ingresos Ocupado con Obra Social
Obra social (incluye PAMI)	3318,05	3390,44	1,00
Mutual/Prepaga/Servicio de emergencia	2489,82	2558,73	0,75
Planes y seguros públicos	924,20	989,01	0,28
No paga ni le descuentan	1084,20	1147,68	0,33

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Permanente de Hogares, INDEC, segundo trimestre de 2012.

En síntesis, una efectividad adecuada del mayor gasto público debería mostrarse en un mejoramiento en la accesibilidad a los servicios de atención a la salud. La tabla siguiente muestra, en sus filas finales, este indicador –las primeras filas apuntan la información de base para el cálculo del indicador’.

Contrariamente a lo esperado en función del esfuerzo de gasto, la tasa comparada entre afiliados y no afiliados de utilización de los servicios se ha mantenido estable desde el año 2003. La razón de uso de los afiliados de la consulta médica y de otros profesionales es entre un 20 y 30% superior, diferencia constante a lo largo de los últimos treinta años –la mejora de desempeño entre el 2001 y el 2003 es de difícil interpretación puesto que hay un cambio en la cobertura geográfica de la información-.

Tabla III.4. Población que Consulta a médico según afiliación. Razón de uso de afiliados y no afiliados.1992, 2001, 2003, 2005, y 2010

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

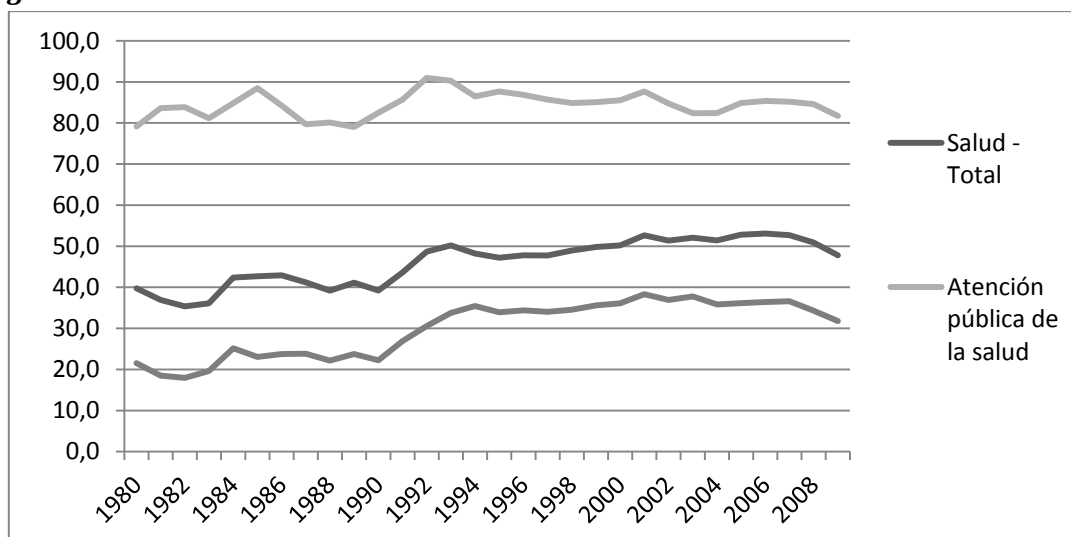
Nota: (i) La información de los años 1969, 1982, 1992 y 2001 corresponde al Área Metropolitana. Valores de 1969 y 1982: cantidad promedio de consultas por afiliado /año.

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

¿A qué jurisdicción deben imputarse este desempeño mediocre en términos de accesibilidad? La pregunta es válida en la medida en que buena parte de la operación del sistema de salud público está descentralizado en las provincias, sobre todo desde las reformas del sistema ocurridas en la década de los '90s.

La gráfica siguiente muestra que la participación de los gobiernos provinciales y municipales en el total del gasto varía dependiendo del tipo de gasto. En el gasto total, la participación ascendió desde un 40% hasta un 50% en estos últimos treinta años. En lo que respecta a la acción de los seguros médicos provinciales también se observa un crecimiento, desde un 20% hasta más de un 30%. No obstante, la participación más significativa de las provincias remite al financiamiento de los establecimientos públicos ambulatorios y con internación, financiamiento que supera el 80% del gasto total en el rubro.

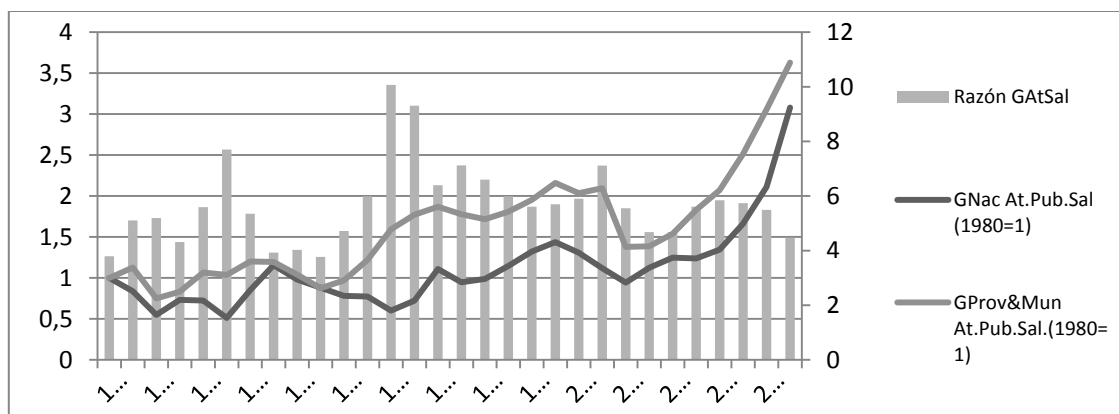
Gráfica III.10. Evolución del gasto en salud provincial y municipal como proporción del gasto total. 1980-2009



Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del Ministerio de Economía de la Nación.
http://www.mecon.gov.ar/peconomica/basehome/serie_gasto.html

No obstante, lo más interesante es que la proporción en atención a la salud, el componente crucial del gasto en provincias, se ha mantenido constante con tendencia levemente declinante desde el año 2001. Ello quiere decir que buena parte de los incrementos de gasto ha tenido lugar en jurisdicción nacional, con destino al financiamiento inter-jurisdiccional de la atención. La experiencia de recentralización del gasto, al menos en términos de estos indicadores panorámicos, no parece haber sido exitosa –ver la gráfica siguiente–.

Gráfica III.11. Evolución del Gasto en Atención de la Salud per cápita, Nación y Provincias. Razón del Gasto Provincial sobre Nacional. 1980-2009



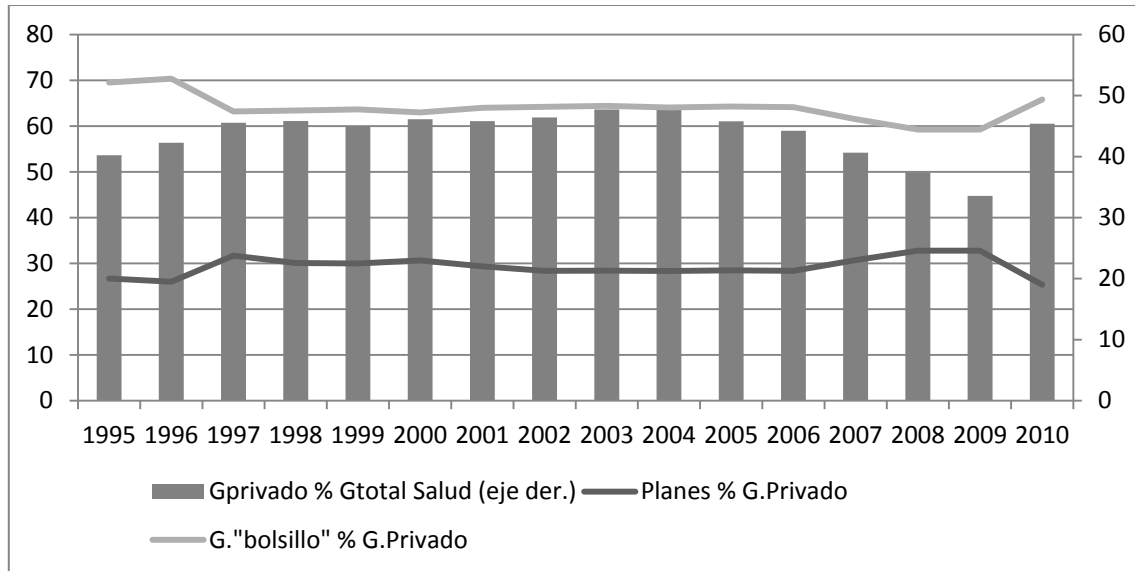
Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del Ministerio de Economía de la Nación. http://www.mecon.gov.ar/peconomica/basehome/serie_gasto.html

Otro modo de estudiar, también panorámicamente, la efectividad del esfuerzo expansivo del gasto público es indagar las tendencias respecto del financiamiento privado de la atención a la salud. En este caso se supone que un aseguramiento universal que resulte efectivo para satisfacer la demanda –en especial de la población no afiliada- debería reducir la participación del gasto privado, ya sea en planes o “de bolsillo”.

Desafortunadamente, no se dispone de una serie de gasto en la que se distinga por población según su afiliación, de modo que hay que suponer que el gasto se divide en términos equivalentes entre ambos tipos de población; aunque puede haber razones para suponer que, en rigor, el gasto privado incide especialmente en los hogares e individuos no afiliados.

La gráfica siguiente explora esta cuestión. Se observa que, luego de varios años de descenso, hacia 2010, el gasto privado había recuperado los valores obtenidos a mediados de los ‘90s –esto es, representando un 40% del gasto total-. Se observa asimismo que el gasto responsable de esta inflexión ascendente es el gasto “de bolsillo”, que se incrementa hasta llegar a casi un 70% del total del gasto privado. En otras palabras, el esfuerzo presupuestario parece haber tenido un efecto acotado en el tiempo, con ventajas marginales crecientemente menores.

Gráfica III.12. Evolución del gasto privado en atención a la salud. Total del gasto y gasto en "planes" y "de bolsillo". Argentina, años 1995-2010



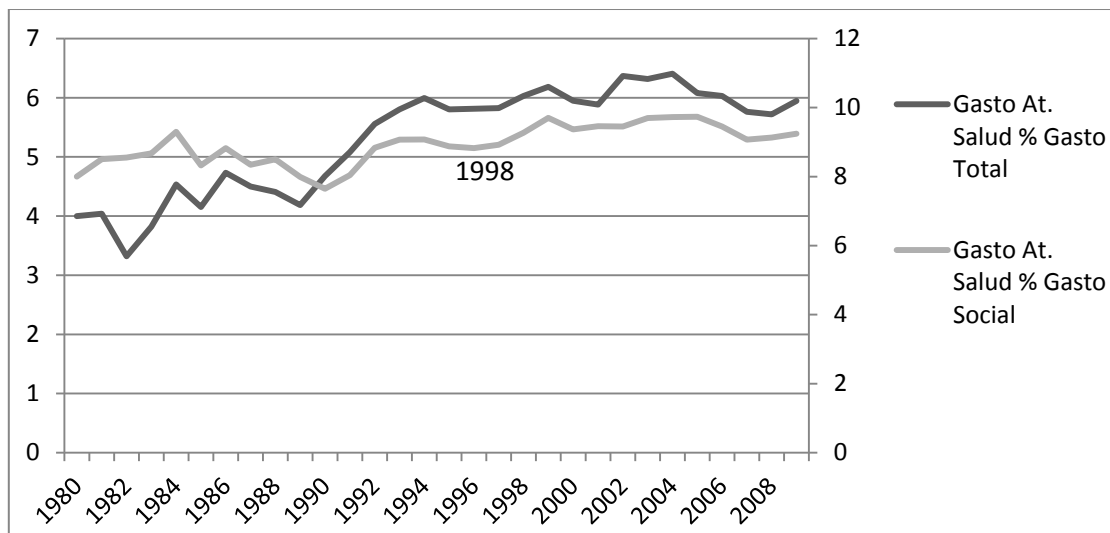
Fuente: Elaboración propia con base en el OMS Global Health Data Repository. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484>

En cuanto a la prioridad presupuestaria acordada al sector salud, la gráfica siguiente exhibe dos indicadores. Uno, la evolución de la participación del gasto en salud como proporción del producto bruto interno; y como proporción del gasto total, el segundo. Ambos indicadores buscan medir la atención gubernamental concedida al sector.

Como se observa en ambas gráficas, el sector no ha tenido asignada una prioridad especial o significativa. Si bien se han incrementado los recursos, estos siguen la lógica de incremento y de expansión de la actividad del gobierno en la economía en general. La proporción de gasto en atención a la salud en el total del gasto público se ha mantenido desde el año 1994, registrando incluso una baja respecto de los valores del período 2002-2004. Por su parte, la proporción del gasto en salud con relación al gasto social está constante desde el año 1998.

Teniendo como telón de fondo un gobierno entre cuyos logros no puede dejar de contarse la capacidad de innovación en muchas otras áreas de la vida social, la atonía del sector salud llama la atención y debería ser objeto de futuras investigaciones.

Gráfica III.13. Evolución del Gasto en Atención a la Salud como % del Gasto Público Total y del Gasto Público Social. 1980-2009

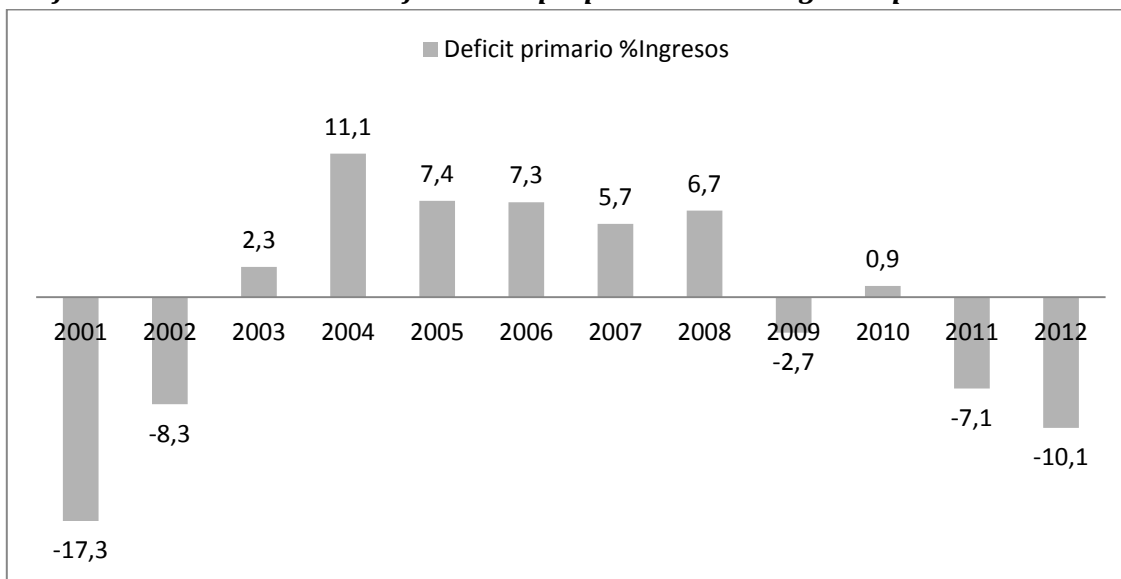


Nota: los valores relativos a Gasto Social deben leerse sobre el eje vertical de la derecha
 Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos del Ministerio de Economía de la Nación.
http://www.mecon.gov.ar/peconomica/basehome/serie_gasto.html

Por otra parte, en cuanto a la sostenibilidad de este nivel de gasto, la expectativa no puede ser promisorias. En términos generales se ha evaluado en los párrafos precedentes un “régimen de gasto”; es decir, una estrategia gubernamental intencionalmente expansiva en la asignación de recursos para la operación del sector público. Este “régimen de gasto” puede estar llegando a su límite, incurriendo en crecientes necesidades de financiamiento.

La gráfica siguiente exhibe la razón déficit sobre ingresos, mostrando la evolución de la “abundancia” fiscal a lo largo de la última década. Resalta que, desde el año 2009, se ha retornado a un importante nivel de déficit primario. De acuerdo a lo anterior, entonces, y en la medida en que no ha habido una atención prioritaria al gasto en salud, es probable en el futuro próximo una fase de estrangulamiento presupuestario para el sector.

Gráfica III.14. Evolución del déficit como proporción de los ingresos primarios. 2001-2012



Fuente: Elaboración propia con base en planillas de la Secretaría de Hacienda de la Nación Sector Público Base Caja. Esquema Ahorro-Inversión-Financiamiento. Varios años.
http://www.mecon.gov.ar/onp/html/ejectexto/cuenta_nac_dosuno.html

Conclusión

Se ha evaluado el desempeño del sector de atención a la salud en cuanto al logro de su objetivo instrumental específico, la accesibilidad. Una lectura global sugiere las dos siguientes conclusiones:

- Por un lado, el sistema de atención a la salud argentino no puede definirse sino como perteneciente recesivamente al modelo *bismarckiano*. Argentina, durante la década de los '90s perdió los principales elementos que la insertaban en esa ubicación; en especial, la pérdida relativa del sub-sector de las Obras Sociales respecto del gasto privado.
- Por otra parte, se estudió la factibilidad de continuar con ese modelo, insistiendo en recuperar el rol protagónico de la afiliación a las Obras Sociales y su gasto. Se ha encontrado que son escasas las expectativas en términos del comportamiento esperable del mercado de trabajo. En este sentido, si continuaran las reglas vigentes que vinculan a asalariados con afiliación al sistema de atención a la salud, es esperable un desempeño similar, o quizás aun más mediocre en términos de la accesibilidad.

- Asimismo, se estudió el rol del sub-sector público. Se estableció el esfuerzo realizado en términos de mayor asignación presupuestaria, hecho que se considera altamente positivo. No obstante, debe anotarse que ese mayor gasto ha tenido escasa correspondencia en términos de mayor accesibilidad para la población sin cobertura, relativa a la que exhibe la población con afiliación. Se detectaron también elementos que hacen pensar en que la tasa de expansión del gasto no puede continuar si se atiende a los indicadores de sostenibilidad del mismo.

Bibliografía

- Carrin, Guy. 2002. "Social health insurance in developing countries: A continuing challenge". En *International Social Security Review*, Vol. 55, Nº 2.
- CEPAL. 1994. *El Gasto Social en América Latina*, Santiago de Chile.
- Cohen, M. March, J. y Olsen, J. 1972. "A Garbage Can Model of Organizational Choice". En *Administrative Science Quarterly*. Vol. 17, No. 1, Marzo.
- Hsiao, William. 2000. "What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy". *IMF Working Paper WP/00/136*.
- Hsiao, William y Shaw, R. Paul eds. 2007. *Social Health Insurance for Developing Nations*. Washington. The World Bank Institute.
- Isuani, Aldo y Mercer, Hugo. 1988. *La Fragmentación Institucional del Sector Salud: ¿Pluralismo o Irracionalidad?* Buenos Aires. CEAL.
- Mayntz, Renate. 1972. *Sociología de la Organización*. Madrid. Alianza
- Moran, Michael. 1999. "Death or Transfiguration The Changing Government of the Health Care State?". En *EUI Working Paper EUI 99/15*. European University Institute.
- OMS. 2010. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2010. El Financiamiento de los Sistemas de Salud*. Washington. WHO.
- Ruggie, Marie. 2001. "Health Care Systems: Comparative". En Neil Smelser y Paul Balter eds. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Oxford. Elsevier.
- Scheil-Adlung, X. Bonnet, F. Wiechers, T. y Ayangbayi, T. 2010. "New approaches to measuring deficits in social health protection coverage in vulnerable countries". En *World Health Report (2010) Background Paper*, No 56.
- Terris, Milton. 1980. "Los tres sistemas mundiales de atención médica: Tendencias y Perspectivas" en *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. México. Siglo XXI eds.

Capítulo IV.

Mario F. Navarro, Sofía Navarro y María Cora Tieghi

Dos cuestiones finales: Las *Capacidades* para el Diseño de la Política y la Gestión en Salud y la *Responsividad* como criterio de evaluación

Introducción: Consideraciones adicionales acerca de la Política y Gestión de la Salud

Una suerte de miscelánea temática, así ha devenido este capítulo conclusivo dedicado a caracteres y elementos de la política de salud que no han sido considerados con debida atención en los precedentes.

El anterior capítulo III apuntaba que el estudio de un diseño organizativo implica el examen de la coordinación real y pretendida de tres tipos de flujos o movimientos: el de los bienes y servicios, el de la información y el de la autoridad. Siguiendo esta idea, ese capítulo se refirió especialmente a la evolución de los recursos; es decir, los bienes y servicios que alimentan el funcionamiento del sistema –en especial, los recursos financieros- estudiando, simultáneamente, los logros alcanzados por el funcionamiento del sistema en términos de equidad y cobertura.

El presente capítulo continúa el análisis y se concentra en lo relativo a información y autoridad. Hay que hacer notar que el tratamiento es necesariamente breve y exploratorio; en buena medida por la falta de información disponible en estos campos en particular.

La cuestión de la autoridad o bien, dicho más precisamente, la cuestión de la regulación del sistema está inextricablemente unida a la de la información. Por esta razón, las decisiones necesarias pueden ser o bien tomadas erróneamente o no tomadas en absoluto, problemas causados tanto por problemas de información como de energía decisoria. El primer nudo de problema, el referido a la información con que se decide, se examina en la sección siguiente; el segundo se aborda en la sub-siguiente. Tanto la información como la autoridad concurren en

Finalmente, una tercera sección se dedica a elaborar el problema de la “responsividad” del sistema, un tema importante sobre el que, no obstante y desafortunadamente, hay escasa información disponible.

El flujo de Información: una Evaluación

Las organizaciones funcionan con base en flujos de información. No es esperable que estos flujos no estén presentes; siempre hay algún tipo de flujo informativo en movimiento, de modo que la evaluación de este aspecto organizativo debe ser más específica y dirigirse hacia la calidad de la información. Esto, por supuesto, torna mucho más controversial a los datos e interpretación que se realice. En este caso, hay que subrayar, se trata de la información relativa a la organización del sistema, a sus recursos, necesidades y desempeño

Si bien controversial como se mencionaba, es posible empero apuntar si no un veredicto, algunos elementos de juicio relativos a la información, su calidad y oportunidad, con que se toman las decisiones en el sector público en lo relativo a la salud. La impresión general es la de un sistema con elevados déficits en términos de la información que circula en su interior en lo relativo a la organización del sistema.

Un panorama del escenario informativo puede ser esquemáticamente presentado en la ilustración siguiente.

Esquema IV.1. Fuentes de Información y Déficit de la misma

Entidad	Déficit	Comentario
<p>Ministerio. Áreas de producción de información relevadas:</p> <p>DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud Esta Dirección divide la oferta de información pertinente tres sub-sitios: Indicadores, Publicaciones, Bases de Datos.</p> <p>SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino que dispone de 14 Registros de Entidades con actualización, presumiblemente, permanente</p>	<p>DEIS Alta demora en la publicación <i>on-line</i> de sus Series con información del sistema De estos tres sólo está activo el menú de Publicaciones. Al interior de este, y al menos desde el año 2003, tres de las diez series tiene a su sub-sitio “en construcción”</p> <p>SISA Si bien los registros y catastros son de utilidad, hay que tener presente que se trata de información bastante acotada (por ejemplo, el público no puede acceder al número de camas de un establecimiento con internación)</p>	<p>La demora no puede ser atribuida en los últimos años a restricciones presupuestarias, de modo que cabe concluir que no forman parte de las prioridades de acción del Ministerio</p>
<p>Superintendencia de Servicios de Salud</p>	<p>Durante los años ‘90s se discontinuó el “Boletín Informativo del INOS”, la única publicación con información pública del sistema de Obras Sociales nacionales La Superintendencia no tiene otra información disponible <i>on-line</i> más que el listado de Obras Sociales</p>	<p><i>Ídem</i> comentario</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la información publicada en los sitios-web correspondientes

La información se refiere al Ministerio de Salud de la Nación y a la Superintendencia de Servicios de Salud. Si bien, existen diferencias en cuanto a la información que proveen las entidades provinciales; no obstante, es representativo la provista por el Ministerio de Salud de la Nación, puesto que le compete especialmente a esta entidad la producción y difusión de información.

De la misma se puede concluir que, en lo relativo al diseño organizativo, se carece de una alimentación de información suficiente como para sostener y expandir una red de ideas relativas a

la las políticas. Sin esta red de ideas es difícil que las decisiones que se tomen no resulten sino de gruesas aproximaciones.⁸²

Autoridad: Federalismo, *Bismarckismo* y la cuestión de la Unidad de decisión en el sector salud

La energía decisoria es un elemento crucial en la conformación y desempeño de cualquier sistema organizativo; y no lo es menos en el caso del sector salud. En esta sección se estudia el flujo de autoridad teniendo presente los rasgos que *a priori* parecen caracterizar al sistema de Argentina: su naturaleza federal y *bismarckiana*.

Ha sido una suerte de crónico diagnóstico organizativo la percepción de que el sector salud en Argentina sufre de una excesiva fragmentación. En una primera etapa, el diagnóstico apuntó a las dificultades de una política sanitaria en un país federativo. Así, en 1936, con ideas que por entonces ya parecían reiterarse, el Director de la Sección “Profilaxis y Asistencia de la Tuberculosis” del Departamento Nacional de Higiene, Dr. Rodolfo A. Vaccarezza, señalaba:⁸³

El país está sembrado de proyectos sanitarios, suspendidos indefinidamente en su período de formación, mostrándose como sensibles esbozos de aspiraciones, desde luego sanas y legítimas, pero viciados desde su creación por no estar comprendidos, ni responder a los lineamientos de un plan racional preestablecido. [...]

[Había que superar la] “desorganización de las funciones de profilaxis de las enfermedades y asistencia médica”, las cuales, “como consecuencia de la organización política del país, son prestadas tanto por el Estado Nacional, como por los Estados Provinciales y dentro de éstos y conjuntamente, por las Municipalidades. [...] Dentro de este sistema administrativo, resultado del sistema constitucional, el Estado central como los Estados particulares y los Municipios han organizado dichos servicios públicos en la medida de sus recursos y de su orientación circunstancial o médica. El Departamento Nacional de Higiene, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales y la Sociedad de Beneficencia son las tres entidades que concentran desde el punto de vista de la Dirección técnica la acción del Estado Nacional en ese sentido. Los Departamentos o Consejos Provinciales de Higiene, existentes con distintas denominaciones en las provincias, son los organismos centrales de los Estados Particulares. Y la así denominada Asistencia Pública es la repartición que en el orden municipal dirige estos servicios. Y dentro de ellos, las obras de asistencia médica y hospitalaria sujetos a la dirección de estos tipos de organismos centrales enunciados. [...]

⁸² Hay que reconocer, no obstante, el lanzamiento por parte del Ministerio de la *Revista Argentina de Salud Pública*, en el año 2009.

⁸³ Cita tomada de Veronelli y Veronelli (2004, tomo II, p. 432).

No existe, pues, un plan y acción coordinados entre los múltiples organismos e institutos oficiales y particulares de profilaxis y asistencia de las enfermedades, creados en el país. Cada uno obra aisladamente dentro de su esfera. [...]

La misma unidad de los males a que atiende, importa la necesidad de que el plan sanitario se extienda y desarrolle en toda la nación como consecuencia de una coordinación y regulación unitaria del servicio. [...]

La unidad del plan debe encontrarse en su base (Estación Sanitaria) y en su cúspide (Departamento Nacional de Higiene) buscando la unidad técnica, sin interesar el aspecto simplemente administrativo y el burocrático cuyo funcionamiento tendrá un régimen preestablecido.

En una segunda etapa, a este diagnóstico de fragmentación se le unió la imagen de una, igualmente compleja, heterogénea y fragmentada escena político-burocrática en la que la financiación y la atención de la salud se provee a través de tres redes con muy escasa conformación: la atención pública, la atención que financian las Obras Sociales, y el –como ya se ha apuntado, creciente- gasto privado de los hogares. A los efectos de ilustrar esto último y subrayando lo reciente del diagnóstico, téngase presente el planteo que ha realizado un ex funcionario y activo especialista del sector, Federico Tobar:⁸⁴

El sistema de salud argentino detenta restricciones estructurales para producir y distribuir salud entre la población. En este documento se analizan tres tendencias históricas que obstaculizan el logro de respuestas adecuadas a las necesidades sanitarias de la población.

En primer lugar, la gran fragmentación institucional dificulta la visibilidad del principal responsable por la salud y genera una duplicación de esfuerzos y prestaciones. En segundo lugar, y como consecuencia de esa fragmentación, tienden a acentuarse las inequidades en la cobertura y en la financiación de la salud.

El problema es entonces la fragmentación, la dispersión de la autoridad que resulta de la acción de las estructuras federativas y *bismarckianas*. Hay que tener presente que, en ambos casos, se trata de configuraciones de soberanía compartida; situaciones en las que el estado nacional debe coordinar acciones con otros estados –las provincias- o con grupos sociales con estatuto para-estatal –las instituciones de la seguridad social-. Este carácter de “soberanía compartida” distingue al sector y complejiza los flujos de autoridad. El argumento procede del siguiente modo. Primero, se establecen los rasgos típicos de estos sistemas y las dinámicas político-administrativas que ellos

⁸⁴ Tobar, Federico; Olaviaga, Sofía y Solano, Romina. (2011). “Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino”. CIPPEC. Documento de Políticas Públicas N° 99.

producen y sostienen. Segundo, se estudia la configuración del sistema argentino. Continuando la línea de afirmaciones que se realizaron en el capítulo precedente, se profundiza la idea de que el sector salud se encuentra en una situación de máxima dispersión de la capacidad de decisión u autoridad. No obstante, se apunta también que la cuestión debe mirarse con más detenimiento. No está claro que sea el carácter federal la dificultad esencial; ni tampoco la naturaleza *bismarckiana*. En lo que respecta a esto último se argumentará que no es correcto suponer un formato claramente *bismarckiano* para Argentina; en rigor, se trata de un esquema de organización que no ha logrado consolidarse.

Dos Tipos de Instituciones de Autoridad: Federalismo y *Bismarckismo*

Existen al menos dos posibilidades en lo que respecta a los flujos de autoridad: la autoridad puede estar concentrada o dispersa, fragmentada. A su vez, la fragmentación puede ser de índole territorial o funcional. El primer caso, se ejemplifica bien en las formas federativas; el segundo, en la desagregación de facultades en términos de competencias. El primer tipo compone lo que podría llamarse una *institucionalidad federal* de la política pública. El segundo tipo, y con especial referencia al sector de la atención de la salud, refiere a una *institucionalidad bismarckiana*. Hay que anotar que la denominación *bismarckiana* no es exclusiva, que se han propuesto otras designaciones tales como conservador, continental europeo, social-cristiano (Pierson, 2001; pág. 445). Se utilizará aquí la primera mencionado –*bismarckiana*–, elaborada sobre el nombre del canciller alemán de fines del siglo XIX.⁸⁵

Sobre las estructuras concentradas o fragmentadas se han observado beneficios y desventajas. Así, la principal virtud de la concentración, se ha sugerido, es lo expedito de la implantación de las decisiones de política que se tomen: la concentración, se argumenta, aseguraría unidad y coherencia al proceso de políticas. La administración, se supone, no es sino “la continuación de la política por otros medios”. La idea de la verticalidad como beneficiosa para el desempeño de una organización es todavía un durable truismo o perogrullada de la cultura organizativa.

⁸⁵ Ninguno de esos nombres es totalmente adecuado. Por un lado, la etiqueta conservadora es algo peyorativa. Por otro lado, el apelativo “continental europeo” es una denominación sin sentido cuando se mira estos fenómenos desde este lado del atlántico. “Social-cristiano” puede ser una denominación válida; aunque caben dudas puesto que la denominación no tiene relación directa con los partidos políticos de igual nombre. España, Brasil, Francia, serían países así “social-cristianos”, sin que exista un correlato político partidario prominente. En función de esto, el término *bismarckiano* parece el más apropiado. Aquí, la dificultad radica en que este formato de políticas no hace honor a las intenciones originales del canciller prusiano. Con estas reservas, se utiliza aquí esta última denominación porque parece como la menos cargado de connotaciones.

Pero, ¿lo es? Si bien no es la oportunidad de estudiar esta cuestión detenidamente,⁸⁶ obsérvese sólo que esta simple afirmación puede ser controvertida de dos modos. Primero, puede ser que la administración y la gestión no continúen pasivamente la política sino, quizás, que lo contrario suceda. Segundo, puede ser que las supuestas pérdidas de unidad y coherencia que trae consigo la fragmentación de la autoridad puedan ser contra-balanceadas por otras virtudes igualmente valorables en el proceso de política pública –como, por caso, el diálogo, la diversidad garantizada, etc.-.

¿Qué efectos tiene la *institucionalidad federal* en las políticas públicas? Por definición, porque se trata de un sistema con “soberanías compartidas”, la arena federal es un tipo de escenario institucional del cual se espera una multiplicación de los actores y lugares de decisión concurrente. En este sentido, cabe suponer al federalismo como una arena en donde la innovación es más compleja; como un espacio tendencialmente conservador.

Por esto, la visión convencional que parte de la constatación de la multiplicación de los puntos de veto, ha coincidido en ver a los federalismos como formas institucionales que inhiben o dificultan en gran medida la innovación política (Scharpf, 1988; Huber, Ragin y Stephens, 1993; Pierson, 1995; Castles, 1998).⁸⁷ No obstante, hay razones para repensar la visión convencional: no es obvio que la multiplicación de actores y/o puntos de veto genere inmediatamente resultados inhibitorios.

Recientes trabajos han argumentado que las políticas exitosas en lograr una expansión de la cobertura de salud han tenido lugar en estados federales o altamente regionalizados; por ejemplo, Canadá, e Italia y España (Guillén, 1999; Hacker, 1998). Así, en el caso canadiense, es justamente la estructura federal la que habría permitido que se diera un primer paso para la conformación de un seguro nacional de salud –escalándose a nivel nacional desde el primer impulso en la provincia de Saskatchewan, en 1946-. Del mismo modo, en el caso español, habrían sido las regiones –los vascos especialmente- quienes presionaron por avanzar hacia el servicio de sanidad-. En menor medida, también se registra un impacto del proceso de descentralización en el caso de Italia.

⁸⁶ “Hasta un filósofo de la administración tan grande como Taylor cayó en este error “[...] la rígida adhesión al principio de de unidad de mando puede tener sus absurdos; sin embargo, éstos no son importantes en comparación con la segura confusión, ineficiencia e irresponsabilidad que surgen de la violación del principio”, decía Gulick en 1937. Hacia 1946, Herbert Simon (1949) en “Los Proverbios de la Administración” criticaba el supuesto de “unidad de mando” planteando su contradicción con el principio de especialización. En otras palabras, se preguntaría Simon: ¿El administrador de un hospital ha de responder sólo al Director del hospital; o debe también responder al área administrativa central? Para este autor, la respuesta no puede ser la unidad de mando.

⁸⁷ Castles (1998; pág. 82) llega a sugerir que el efecto constrictivo del federalismo sobre el gasto social es una de las pocas áreas de unanimidad que existe en la literatura. Skocpol y Weir (1986) y Hall (1992), comparando EEUU y el Reino Unido registran que la diferente estructura de gobierno territorial explica en gran medida la adopción o no de políticas innovadoras; observándose una mayor propensión al cambio en el caso inglés.

La razón que aducen estos planteos es sencilla. Si la *institucionalidad federal* puede ser inferior en cuanto a hacer expedita una decisión, puesto que multiplica los actores que pueden vetar el proceso de implementación; ella es por la misma razón menos rígida y más proclive a permitir o promover procesos de experimentación política que favorecen la innovación.

En un volumen recientemente editado, Obinger, Leibfried y Castles (2005) mantienen que los efectos sugeridos de la institucionalidad federal son diversos y contradictorios y que, por lo tanto, lo esencial es distinguir entre tipos de federalismo –ver esquema siguiente-. De acuerdo a estos autores, entre otras dimensiones posibles, cobran especial relevancia dos de ellas: primero, si el federalismo mantiene competencias concurrentes en el terreno de la política social; y, segundo, la distancia ideológica entre los actores de veto –es decir, cuánto se oponen los diferentes actores a la política en cuestión-. Esta situación se observa para Argentina, donde la política social tiene carácter concurrente por parte de gobierno nacional y provincial y, por otro lado, ha existido un amplio consenso entre las fuerzas político partidarias sobre la necesidad de preservar el sistema de bienestar.

Esquema IV.1. El Federalismo y la Política Social: tendencias y contra-tendencias

Constrictivos	Expansivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bloqueo resultante de reserva de políticas por parte de los gobiernos sub-nacionales ▪ Bloqueo resultante de múltiples puntos de decisión o “trampas de decisión conjunta” ▪ Inacción política o “carrera al mínimo” ▪ Inacción política por vía de “pasar la carga” a otros sectores ▪ Ajuste en los fondos coparticipados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulación, Emulación y Difusión de innovaciones ▪ Innovaciones competitivas producidas por los niveles nacional y sub-nacional ▪ Suspensión del “ajuste” por razones de inflación electoral

Fuente: Elaboración propia con base en Obinger, Leibfried y Castles (2005)

El hecho de fluir el financiamiento hacia entidades que no son privadas-comerciales, ni tampoco gubernamentales, sino administraciones auto-gestionadas o *mutuos*, es señal de un tipo de regulación de los fondos donde la autoridad es plural o fragmentada; tipo que se ha convenido en llamar *institucionalidad bismarckiana*. En el plano político, como en el caso de los federalismos, se trata de una estructura de soberanía compartida: en el *bismarckismo*, el gobierno comparte su poder de decisión con los grupos sociales, adjudicándoles a estos efectos un estatuto cuasi-público o para-estatal -grupos entre los que sobresalen las asociaciones del capital, del trabajo, y los grupos profesionales-. Tal es el caso, en Argentina, donde las *Obras Sociales* administran fondos de naturaleza pública –puesto que los aportes y contribuciones que conforman sus ingresos son de tipo obligatorio; es decir, esencialmente, impositivos-.

No siempre se ha reconocido al *bismarckismo* como un modelo en sí mismo. Así, por ejemplo,, Milton Terris le considera un estadio transitorio hacia el servicio nacional de atención. La idea de un modelo *bismarckiano* ha emergido con fuerza partir de los trabajos de Esping-Andersen (1990) sobre los “mundos del capitalismo de bienestar”. La esencia del *bismarckismo* se expresa en tres rasgos.⁸⁸ Primero, su centramiento en la familia –o, dicho como anglicismo: el “familismo”- y la “segmentación de estatus”, es decir el hecho de que su objetivo original no es la igualdad ciudadana, si no la preservación del estatus o lugar social de un grupo, por otro. En tercer lugar, todos los sistemas bajo esta denominación tienen una fuerte influencia de la “doctrina social católica” que prescribe como principios de acción la “subsidiariedad” y la “solidaridad” –aunque, ciertamente, Francia construyó sus políticas sociales en franca lucha contra el clericalismo; allí, una versión laica del solidarismo grupal se hizo presente, a través de la impronta durkheimiana-.

En la práctica, estas características han tenido varias implicaciones. Por un lado, el liberalismo como corriente de opinión pública opositora de la intervención gubernamental nunca tuvo buen arraigo en los países *bismarckianos*; y, por otro, como el reverso de la moneda, las políticas sociales han formado parte del consenso supra-político –los partidos y grupos de opinión, raramente se han manifestado en contra del sistema de políticas sociales como tal-.

También, el principio de subsidiariedad ha impulsado a la existencia de un estado que exhibe los siguientes caracteres: i) interviene por medio de transferencias monetarias o vales más que proveyendo servicios; ii) que financia las prestaciones sociales mediante contribuciones obligatorias sobre la nómina salarial –un modo original de extender la imposición, sin por lo menos teóricamente expandir el estado-; iii) que inducido por la idea de subsidiariedad coloca en un primer plano los cuidados familiares, y por lo mismo considera con un valor especial el trabajo de la mujer en el hogar –lo que, a su vez, le lleva a desalentar el empleo femenino y a asentar las transferencias como salario social pagadero al varón empleado-; y, finalmente, iv) que considerando a las prestaciones sociales como salario social y/o diferido, reproduce al interior de las políticas sociales la desigualdad de los ingresos en el mercado.

Se ha sugerido que los sistemas *bismarckianos* son especialmente renuentes al cambio. Palier (2006) ha resumido hábilmente los intereses de veto existentes, sintetizando los componentes de este formato según dos grandes dimensiones: objetivos e instrumentos de política.

⁸⁸ Según Esping-Andersen (1996; págs. 66 y ss.; 1999; págs. 81 y ss.)

Esquema IV.2. El Bismarckismo como Formato de Política Pública

	<i>Bismarckiano</i>	Social-demócrata	Liberal	Efectos del <i>bismarckismo</i>
OBJETIVOS				
Cobertura / Accesibilidad	Vinculada al trabajo asalariado	Ciudadanía	Necesidad acreditada	Expansión y retracción indirecta –depende el mercado de trabajo- Grupo electoralmente poderoso en cantidad y calidad
INSTRUMENTOS				
Beneficios –tipo de instrumento primario-	Transferencias monetarias, Vales – <i>vouchers</i> - *Mecanismo inducido por el principio de subsidiariedad	Servicios sociales	Transferencias en bienes	*Sesgo financiador. El seguro es un instrumento para facilitar la atención en otro espacio de la necesidad
Financiamiento	Contribuciones según nómina salarial	Impuestos	Impuestos	*Percibido como salario social; y por ende como un derecho *Baja visibilidad de las cargas de financiamiento *Alta visibilidad de los beneficios
Administración	Co-gestión de tipo meso-corporativo o sectorial (es decir, según rama productiva o profesional)	Gobierno	Gobierno	*Alta organización de los intereses sectoriales *Alta probabilidad de colusión entre beneficiarios y prestadores de cara a actores externos

Fuente: Elaboración propia con base en Palier (2006).

De acuerdo a esto, el *bismarckismo* tendería a preservar el *statu quo* porque: i) la estructura co-administrada multiplica los actores y puntos de decisión y veto; ii) desarrolla una red de intereses altamente organizados y financieramente poderosos; y iii) los beneficiarios componen un grupo electoralmente fuerte en número –obsérvese que, mientras los afiliados a sindicatos pueden disminuir, los beneficiarios pueden crecer- y en calidad política –en particular, para el caso de los sindicatos más estratégicamente ubicados en el procesos productivo-; iv) baja visibilidad del financiamiento y alta visibilidad de los recortes de beneficios.

La baja visibilidad del financiamiento y la estructura meso-corporativa –esto es, que el sistema se encuentra fragmentado según rama profesional-sindical- permite un ulterior proceso de relevancia: la facilidad de externalización de costos del sistema. Por un lado, la estructura cuasi-impositiva sobre la nómina salarial permite que –dadas ciertas circunstancias de mercado- los costos puedan ser transferidos a precios que pagan en conjunto los consumidores. Por otro lado, el sistema puede externalizar sus costos “desgranando” hacia adentro y transfiriendo responsabilidades al conjunto de la comunidad –en los hospitales públicos, por ejemplo-. Finalmente, cabe poner de resalto que la posibilidad de externalizar potencia aún más las propensiones *pro statu quo* del sistema.

Ahora bien, es cierto también que estos sistemas han cambiado. ¿Cómo o por qué pueden subsanar su limitación para prohijar el cambio? Pierson (2001) considera que el corte dominante está entre los que buscan la modernización y los que se aferran al *statu quo*. Ciertamente, hay razón en el suponer que los factores de cambio han de provenir del convencimiento de algunos actores respecto de la no viabilidad del sistema. Señala que una combinación de aprendizaje social y político puede llevar a los principales actores al “convencimiento de que no hay *statu quo*”. Esta creencia es crucial para que se produzcan los cambios, argumenta.

Notas sobre la Evolución del Sector de la Atención a la Salud en Argentina: el *bismarckismo* que no consolidó.

¿Tiene argentina un formato típicamente *bismarckiano*? En esta sección se argumenta que, no obstante ser una idea con amplia divulgación, el sector salud de Argentina no compone una forma *bismarckiana* sino que debe considerárselo más bien un tipo *sui generis*. En la configuración argentina no se distinguen con suficiente nitidez la impronta *bismarckiana* de los seguros sociales, ni la *beveridgeana* del predominio público, ni una configuración del tipo de mercado. En este sentido, el sector de atención a la salud de Argentina no reconoce predominio en ninguna de esos rasgos, sino más bien un equilibrio de aquellos componentes.

Si bien la explicación circunstanciada de este carácter *sui generis* está más allá de los intereses específicos de este trabajo, vale la pena hacer un breve ejercicio. El punto esencial es que en Argentina se fue conformando un sistema de capas históricas diversas que, a modo de sucesivas eras geológicas, fueron superponiéndose sin que se logre no obstante una superficie estable y claramente perfilada.

En este sentido, el sistema de atención de la salud nació bajo una impronta pública. Es decir, en el sector público, en su red hospitalaria y de centros de atención, residió el centro de la actividad del sistema: hacia 1958 el sector público concentraba el 68% de los establecimientos así como el 20% del financiamiento, siendo el gasto privado el principal financiador, situación que se mantendrá hasta mediados los años 70s.

No obstante, ya a comienzos de los '70s la configuración con centro en la red pública exhibía signos de agotamiento. Previamente, emergiendo desde mediados del primer gobierno de Perón, y en contradicción con el proyecto que entonces propugnaba el ministro Carrillo, se fue conformando otro centro de gravedad en el sistema: las Obras Sociales, entidades paraestatales que, mediante cotizaciones sobre nómina salarial u otras fuentes de acuerdo a convenios colectivos de trabajo.

La participación de este sub-sector en la financiación asciende, como puede verse en la tabla siguiente, de un 20% a un 40% en 1985; incremento logrado sustrayendo financiamiento al gasto privado mientras se mantenía constante el gasto público. Este nuevo centro de gravedad tuvo otra repercusión: definida su acción como esencialmente financiadora de servicios –es decir, orientado a comprar servicios de atención más que a ofrecerlos con base en una red propia de efectores-, las Obras Sociales potenciaron la capacidad instalada del sub-sector privado, el que desde comienzos de los '70s supera en establecimientos con internación al sub-sector público –lo hace en número de establecimientos puesto que, dada la magnitud de algunos establecimientos públicos, en número de camas el sub-sector privado se aproxima pero no logra superar al público-. Como bien señalaba un observador de la época, el fortalecimiento de las Obras Sociales implicaría, al menos en lo inmediato, un aumento de la demanda hacia el subsector privado puesto que aquéllas no tenían capacidad de atención propia.⁸⁹

A partir de entonces, el desarrollo de la seguridad social médica fue intenso, conformando un panorama el que muchos veían un “seguro de salud pre-existente” (Mera, 1988); es decir, un escenario en el que ya estaría conformada y considerablemente extendida la red de mancomunación financiera; escenario sobre el que entonces correspondía renovar con normas regulatorias y criterios de política, sin necesidad de realizar transformaciones de envergadura en otros ámbitos del mismo. No fue sino esta, la estrategia de política pública con la que se inicia la transición democrática de los años '80s.⁹⁰

La expansión y consolidación de las Obras sociales instituyó entonces una estructura de tipo *bismarckiano* a la que también llegó su hora. Tuvo su auge entre los '70s y hasta la década de los '90s, cuando retrocede y deja paso a un retorno de la financiación vía gasto directo o gasto de tipo privado –es decir, planes de aseguramiento voluntario y gasto “de bolsillo”-. En función de esa trayectoria, puede observarse que los valores más recientes reflejan una imagen similar a la tenida en los 80s, cuando existía un equilibrio en la contribución de cada fuente de financiamiento, público, obra social y privado.

⁸⁹ Elena, Ítalo. *Las Leyes de las Obras Sociales y Prestaciones Médicas, la Política Sanitaria y la Salud*. Bs. As. Publicación de Anales de Medicina, 1973.

⁹⁰ Hay que tener presente que esta estrategia era, por su parte, una respuesta al fracaso de un previo diseño organizativo del sector: la propuesta de un “Sistema Nacional Integrado de Salud” –SNIS-, el que se consideraba en exceso intervencionista.

La propuesta de enmarcar normativamente el supuesto “seguro pre-existente” no superó las turbulencias económicas y cambios políticos de fines de los ‘80s”, si bien se logró una sanción tardía de la legislación fundamental.⁹¹ ¿Qué sucedió entonces para que terminara desnaturalizado este *bismarckismo* que, en apariencia, se consolidaba?

Tres factores en los órdenes socio-económico y político convergieron para producir el deterioro del “modelo bismarckiano”: cambios en el mercado de trabajo; cambios en el sector prestador; y, finalmente, la indefinición política sobre el diseño organizativo del sector.

- Los cambios en el mercado de trabajo. A partir de 1993, hay cambios importantes en el mercado de trabajo que conducen a una elevación de la tasa de desempleo, intensificada a partir del año 1995, con la “crisis del tequila”. El desempleo y una mayor informalidad son tendencias que plantean notorias dificultades a sistemas de aseguramiento de naturaleza *bismarckiana* puesto que estos dependen crucialmente de la expansividad mercado de trabajo.
- Los cambios en el sector de los prestadores privados. En este sector el predominio de las asociaciones profesionales, en particular el rol hasta entonces privilegiado de los profesionales médicos, es menoscabado por la consolidación de cámaras empresariales en el sector. A diferencia de la proclividad *bismarckiana* de los gremios de prestadores que agrupan a individuos, las cámaras empresarias han mantenido una actitud más distante sobre el tema. En Córdoba el caso adquirió un nivel dramático cuando la quiebra del BAMECOOP arrastra la bancarrota y posterior desaparición del hasta entonces poderoso Colegio Médico de Córdoba.
- La indefinición política en las estrategias sobre el sector. Los diez años del gobierno de Menem se caracterizaron por la ambigüedad de los planteos. La política de Menem al respecto fue alternativamente tanto pro-sindical como pro-neoliberalismo.⁹² Así, en enero de 1993 el Decreto 9/93 establece la posibilidad de optar entre Obras Sociales, pero sin incluir a las empresas de medicina prepaga. Paralelamente, consolida la influencia de los gremios en la estructura al reglamentar las leyes 23.660 y 23.661 en abril de 1993 – Decreto 576/93-. La ambigüedad señalada tuvo como resultado que no hubieran cambios sino hasta un segundo *round* que se inicia en el año 1996, cuando sobreviene un nuevo impulso de reforma, esta vez lubricado por un préstamo del Banco Mundial. Con este

⁹¹ En diciembre de 1988 se sancionaban las leyes 23.660 y 23.661 de Obras Sociales y Seguro de Salud, respectivamente. No obstante, fueron escasamente aplicadas; y parcialmente desplazadas por la normativa des-regulatoria que comienza a imponerse desde 1993.

⁹² Contrariamente a lo que suele pensarse, la política de la gestión de Menem no tuvo un contenido neo-liberal comprehensivo. En algunos planos lo fue decididamente, como en la privatización de las empresas del estado o en el régimen jubilatorio, mientras que en otros fue mucho más ambiguo; por caso, en la protección a la industria automotriz, en la reforma laboral, o en los servicios de salud.

marco, se producen efectivamente opciones de cambio, a partir de 1998. Pero, la operación no logra el objetivo de inducir pases en número significativo⁹³, ni producir fusiones de Obras Sociales,⁹⁴ ni mejoramiento de gerencia y atención. Esto es así porque se concede por entonces a las Obras Sociales una compensación financiera por el drenaje que hubieran sufrido de aportantes y fondos en función de las opciones de cambio habilitadas.⁹⁵ Con posterioridad la idea ingresó en un letargo que dura hasta hoy. La tabla IV.1 *infra* registra la evolución de las Obras Sociales.

El desenlace de esta trayectoria es la emergencia de un alto nivel de financiamiento de índole privada que empareja el gasto de los otros subsectores, componiendo entonces el panorama *sui generis* que se mencionaba y que, atendiendo al predominio del imaginario *bismarckiano* debería denominarse *bismarckismo recesivo*.

Esto a tenor de las dos siguientes ideas que sugieren una fisonomía del sector de atención país alejada de la imagen *bismarckiana* o de predominio público con el que usualmente se lo identificó.

- Primero, tal y como se apuntaba previamente, la información para el año 2012 registra una suerte de estabilización en lo relativo al número de establecimientos, teniendo en cuenta que entre 1995 y 2012 la proporción de establecimientos en el subsector oficial y el privado prácticamente se ha mantenido sin cambios. No obstante, hay que tener presente que evaluado el *ítem* en términos de capacidad de internación, la tendencia al acrecimiento en recursos del sector privado ha continuado. Los establecimientos con internación de subsector privado que ascendían al 61% de total de la oferta en 1995, participan hoy con un 70%.
- En segundo lugar, el gasto se ha equilibrado, con proporciones relativamente parejas para cada uno de los sub-sectores financiadores.

Si bien la evolución comentada es relativamente conocida y ha sido ampliamente comentada, vale la pena ilustrar ese desarrollo con información estadística, la que es presentada en las gráficas y

⁹³ En buena medida porque los pases fueron escasos. El número de personas que cambió de Obra Social entre abril de 1997 y octubre de 2000 no pasó de 570 mil personas, entre los 19 millones de asociados, o sea, menos de 3% de la población incorporada del sistema (ver, Medici 2003).

⁹⁴ Fusiones que efectivamente tienen lugar pero en número muy inferior al planeado. Véase *infra* la tabla que muestra la evolución del número de Obras Sociales.

⁹⁵ En julio de 1998 se dicta el Decreto 1234/98 en el que se lee en sus considerandos: “Que la Superintendencia de Servicios de Salud en el expediente 961/98 SSS de su registro, ha detectado efectos no deseados ni previstos, susceptibles de afectar a los Agentes del Seguro de Salud como consecuencia del ejercicio del derecho a la opción de cambio por parte de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud”. El Decreto establece subsidios para las Obras Sociales que hubieran sufrido merma de afiliados a los efectos de compensar sus pérdidas de ingreso”.

tablas siguientes. Estas tablas adicionan información comparada a los efectos de mostrar la diferencia entre una estructura bismarckiana ejemplar –tomando como ejemplos a Alemania y Francia- y la estructura de Argentina.

En líneas generales, la información estadística compilada con datos desde los años ‘60s permite afirmar que, en cuanto al gasto:⁹⁶

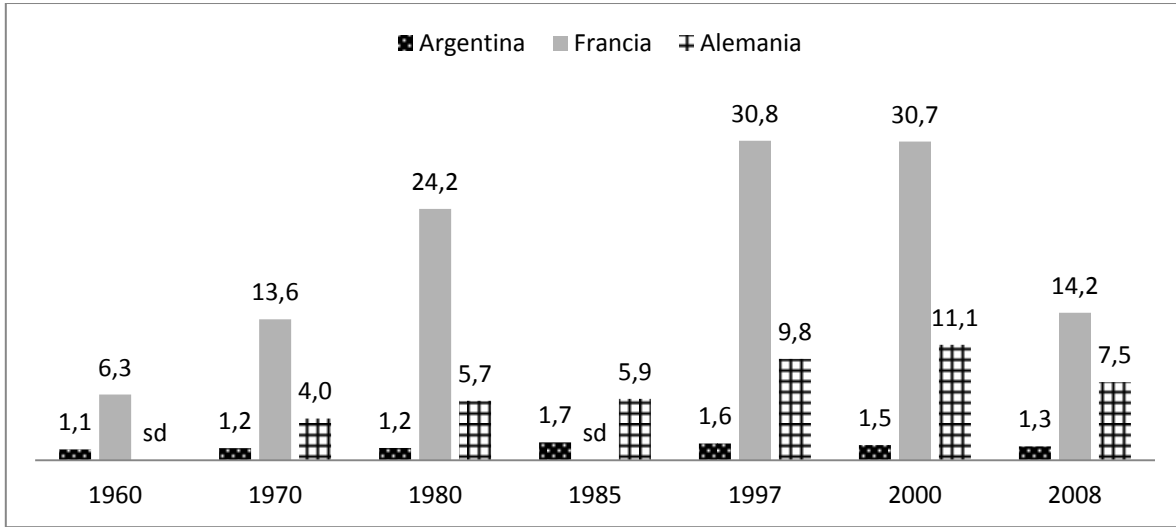
- Se observa para Argentina un acrecimiento del sub-sector de las Obras Sociales y decrecimiento del gasto de los Hogares entre 1960 y 1985. A partir de 1997 comienza a crecer el gasto de los Hogares nuevamente. En la actualidad, el gasto se reparte de modo equilibrado entre los sub-sectores financiadores.
- En comparación con Alemania y Francia, se aprecia que en estos dos países una concentración progresiva –sin reversión- del gasto en el sub-sector de la Seguridad Social, en desmedro de los otros dos sub-sectores. Se aprecia también que el total de gasto, medido como proporción del PBI es apenas un poco más bajo en el caso de nuestro país.

Estas dos ideas generales pueden apreciarse en las siguientes gráficas y tablas. Las dos siguientes gráficas computan una suerte de evolución del índice de *bismarckismo*: la razón entre gasto de los seguros sociales sobre el gasto del estado así como la evolución del gasto de los hogares.

- En cuanto a la primera gráfica, se puede observar que, si bien para estos tres países la relación favorece a los seguros sociales, la proporción en Argentina es relativamente equilibrada –es decir, el gasto de las Obras Sociales es apenas superior al del sector público-, mientras que en Francia y Alemania los gastos de la seguridad social son varias veces mayores que los del sector público.

⁹⁶ Ver tabla A.IV.1. del Anexo.

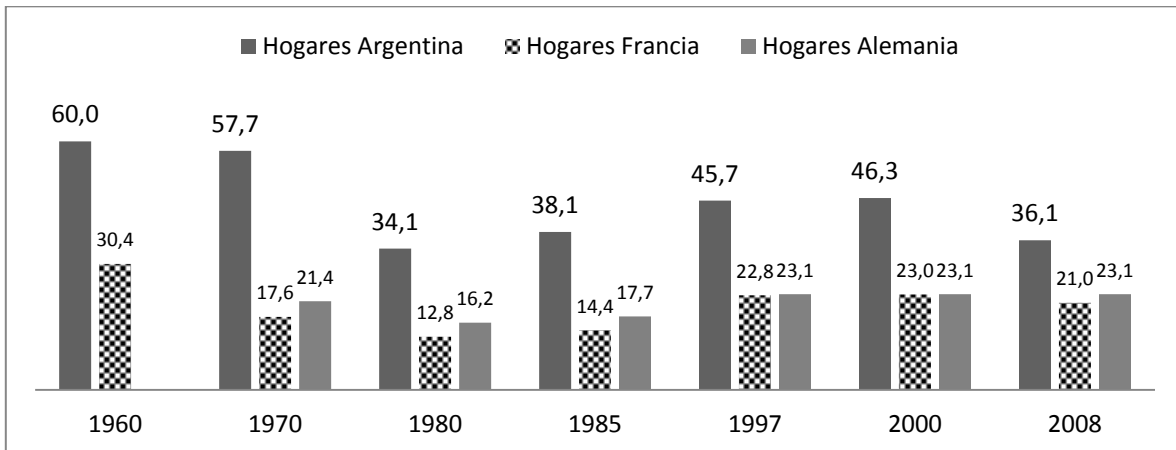
Gráfica IV.1. Índice de Bismarckismo. Razón gasto de los seguros sociales /Gasto público oficial. Argentina, Francia y Alemania. Años seleccionados 1960-2008



Fuente: Elaboración propia. Ver tabla A.IV.1 en el Anexo de datos.

- La siguiente gráfica muestra la evolución del gasto de los hogares. Se observa la elevada proporción del gasto de los hogares en Argentina; en especial, si se comparan estas cifras con las correspondientes a Alemania y Francia.

Gráfica IV.2. Índice de Bismarckismo. Evolución del Gasto de los Hogares –Seguros privados y gasto “de bolsillo”- como proporción del gasto total. Argentina, Francia y Alemania. Años seleccionados 1960-2008

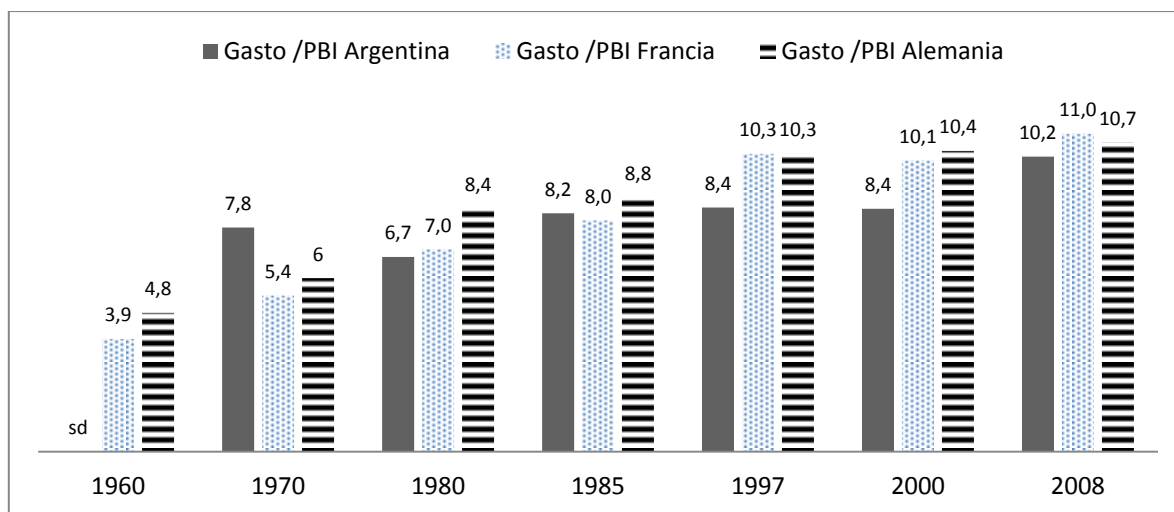


Fuente: Elaboración propia. Ver tabla A.IV.1 en el Anexo de datos.

Finalmente, una gráfica que observa la evolución del gasto en salud como proporción del PBI para los tres países estudiados. En este caso, el punto a subrayar es la relativa proximidad del gasto en salud de Argentina con relación a los otros dos países.

Como síntesis, puede concluirse entonces que Argentina es un país de importante nivel de gasto que, no obstante, no exhibe los rasgos que distinguen a los sistemas de tipo *bismarckiano*.

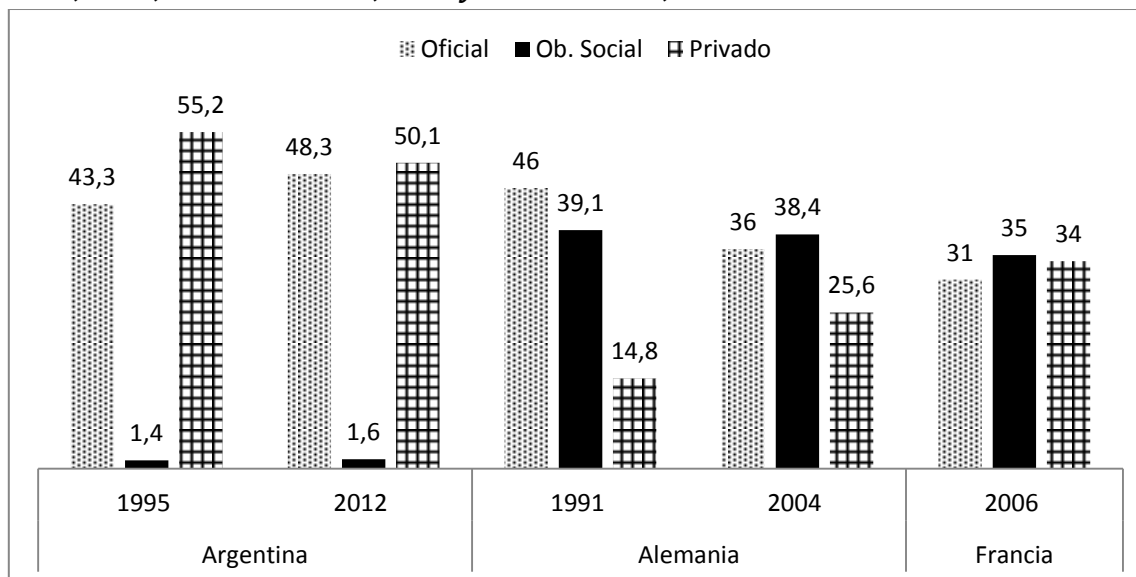
Gráfica IV.3. Evolución del Gasto en Salud como proporción del PBI. Argentina, Francia y Alemania. Años seleccionados 1960-2008



Fuente: Elaboración propia. Ver tabla A.IV.1 en el Anexo de datos.

Esta indagación comparativa puede extenderse a la infraestructura prestacional. Allí se observa la diferente composición de la red de prestadores en Argentina respecto de los dos países *bismarckianos* típicos. Las gráficas siguientes consignan la evolución de los establecimientos efectores de atención y la de las camas disponibles con su distribución en sub-sectores. La última exhibe la trayectoria del conjunto de Obras Sociales que conforman el ámbito de regulación de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Gráfica IV.4. Establecimientos según Sub-sector de Atención a la Salud. Argentina, 1969, 1980, 1995, 2012. Alemania, 1991 y 2004. Francia, 2006.



Fuente: Elaboración propia. Ver tabla A.IV.2 en el Anexo de datos.

La información referida a la dotación de camas en Argentina muestra también notorias diferencias con relación a la conformación *bismarckiana* típica.⁹⁷ Las camas hospitalarias son, en Alemania y Francia, propiedad del sub-sector público en su mayoría, con un rol no necesariamente marginal, pero sí claramente subordinado del sub-sector privado. La información compilada permite constatar:⁹⁸

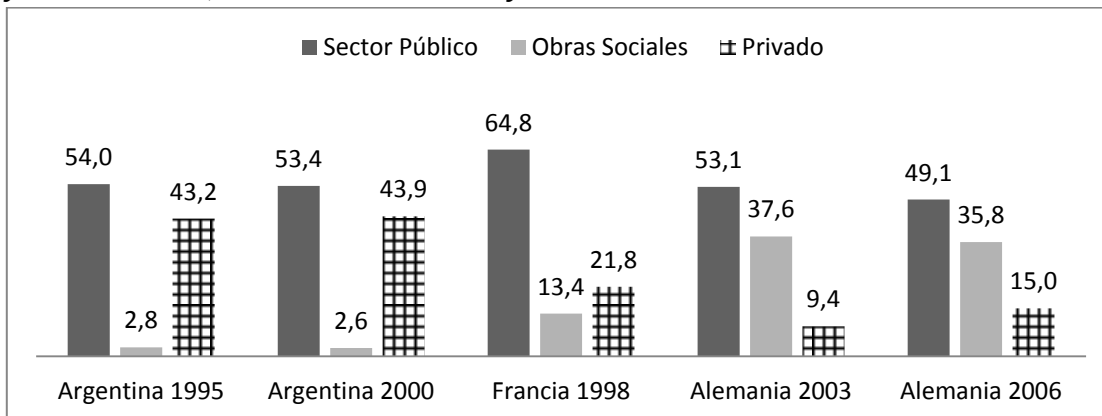
- La evolución descendente de los establecimientos del sector oficial así como el crecimiento de los establecimientos privados en Argentina. Los datos se muestran desde 1995 en la gráfica, pero un vistazo a la tabla A.IV.3. del Anexo pone en evidencia que se trata de un proceso de más largo aliento.
- Los datos comparados referidos a Alemania -y un dato puntual para Francia- muestran también un crecimiento del sector privado de los últimos años; pero, se trata de

⁹⁷ Si bien el número de camas disponibles por sector es un indicador relevante, hay que tener presente que se trata de un indicador que ha venido perdiendo sensibilidad en la medida en que la atención a la salud se ha “de-hospitalizado” en los últimos tiempos, con incremento sostenido de las formas de hospitalización parcial y domiciliaria-.

⁹⁸ Ver, tabla A.IV.3 en el Anexo.

proporciones muy inferiores, con predominio compartido entre sector oficial y el mutual.

Gráfica IV.5. Camas según Sub-sector de Atención a la Salud. Argentina, 1969, 1980, 1985, y 2000. Francia, 1998. Alemania 2003 y 2006



Fuentes: Elaboración propia con base en los Catastros Sanitarios correspondientes -1969 y 1980-. Para 1995, ver *Anuario INDEC 1997*. Para el año 2000, la información se ha tomado de Ministerio de Salud *Indicadores Básicos 2012*.⁹⁹ La información se trunca en el año 2000. Por desgracia, la información que provee el Ministerio de Salud alcanza hasta sólo hasta ese año.

Por último, hay que tener presente también que los trazos *bismarckianos* en Argentina, aunque crecientemente marginados, siguen presentes. No obstante la ofensiva de desregulación y cambio de estructura de financiación ocurrida en los '90s, puede apreciarse en tabla siguiente que la situación de las Obras Sociales no cambió significativamente. Este sub-sector mostró en aquella década un relativo retroceso, que fue recuperado en los últimos años. El saldo final asemeja, en este aspecto, una suerte de *statu quo* en lo que respecta a los mecanismos de cobertura de la población.

⁹⁹ La información sobre establecimientos y camas por subsector en Argentina no ha sido actualizada. El informe *Indicadores Básicos. Argentina 2012*, cita al estudio conjunto de OPS y Ministerio de Salud del año 2000 como fuente de información.

Ver, <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/indicadores/IndicadoresNacion2012.pdf>

Tabla IV.1. Evolución de la Cantidad de Obras Sociales y Beneficiarios según naturaleza institucional. Argentina, 1995-2010

	Total	Sindicales	Personal de Dirección	Administración mixta	Otros tipos
1995	281	216	24	6	35
1996	281	216	24	6	35
1997	281	216	24	6	35
1998	276	215	23	6	32
1999	275	205	23	1	46
2003	271	196	24	2	49
2004	276	199	25	2	50
2005	290	205	27	2	56
2006	288	205	27	2	53
2007	288	205	27	2	53
2008	283	206	27	1	49
2009	287	206	27	3	51
2010	292	207	27	3	55

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INDEC.

Responsividad

La noción de *responsividad*

La *responsividad* es una dimensión de extrema importancia para evaluar sistemas de atención a la salud. En ella se concentra y hace pie la legitimidad de los servicios, puesto que *responsividad* no quiere decir sino la satisfacción de las expectativas de la población. Existe, por cierto, un largo debate en el ámbito sanitario concerniente a la misma legitimidad de esas expectativas en lo que al cuidado de la salud respecta. La población, se dice, no es necesariamente consciente de sus necesidades de atención, ni de los medios más idóneos para solventarla. Puede demandar del modo más vociferante lo que no necesita, así como llamarse silencio en cuanto a exigir lo que de verdad le hace falta.

Sin embargo, esa añeja disputa no se refiere al concepto de *responsividad* –a veces, también denominada “capacidad de respuesta”-, puesto que lo que importa en este caso es la satisfacción de las expectativas razonables de una población como usuario o cliente de un servicio. Así, un procedimiento relativamente cruento o invasivo puede ser realizado con respeto a la dignidad y confort del paciente o bien sin consideración para con estos aspectos. En el primer caso, se supone que se ha actuado *responsivamente*; en el segundo, no.

Por esto, la conceptualización de la OMS (2000, p. 33) señala:

La *capacidad de respuesta* no es un indicador de la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, lo que se refleja en los resultados sanitarios, sino del desempeño del sistema en relación con aspectos que no están vinculados a la salud: la satisfacción o insatisfacción de las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir de proveedores de servicios preventivos, curativos o no personales.

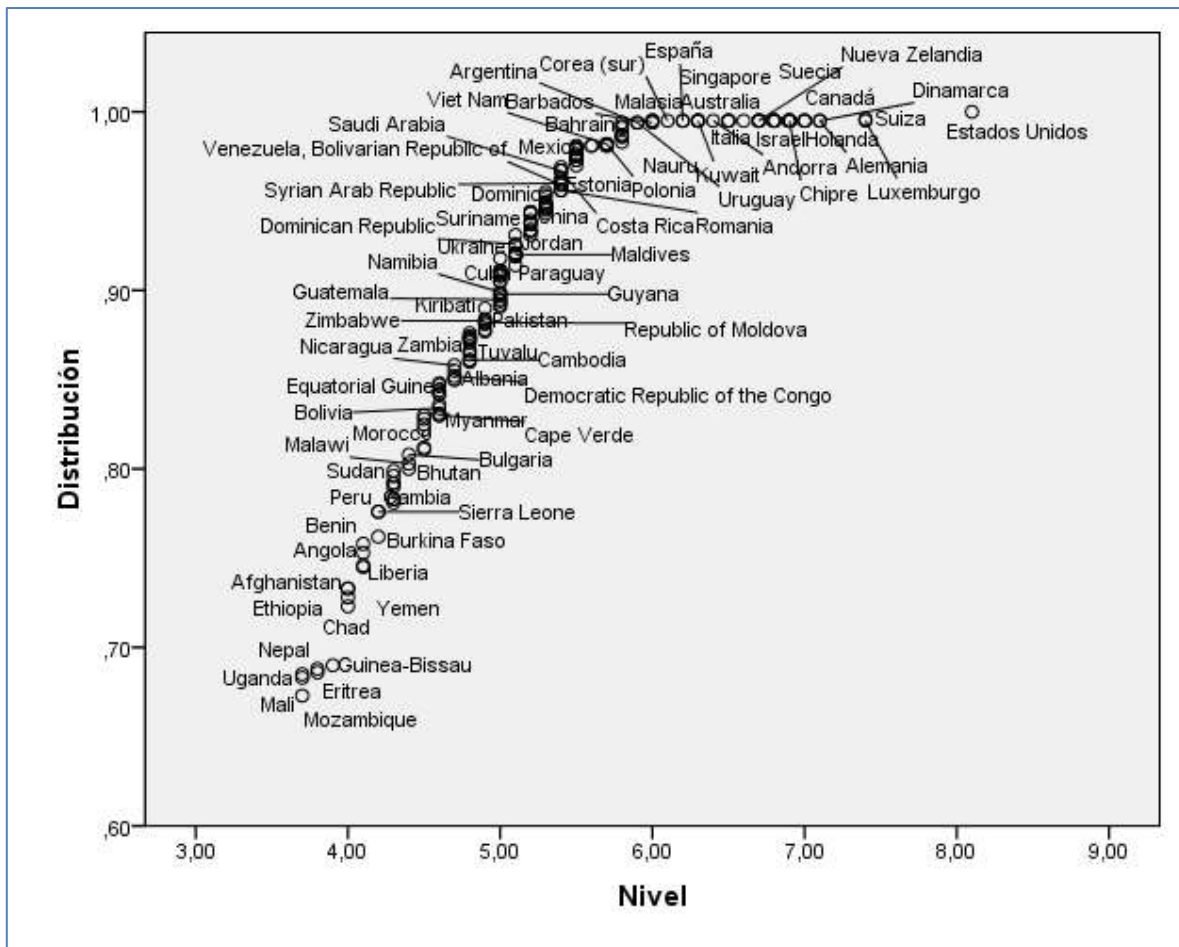
La OMS sugiere que este concepto tiene dos aspectos más relevantes, uno que concierne a elementos de tipo subjetivo y otro de tipo objetivo. En el primero, enlista el respeto a personas, y abarca lo siguiente: respeto a la dignidad de la persona –que lleva, por ejemplo, a rechazar el encierro de pacientes contagiosos; y en general el rechazo de cualquier trato humillante o degradante-; carácter confidencial –es decir, el derecho a determinar quién tiene acceso a la información sobre el estado de salud-; y autonomía para participar en decisiones sobre la propia salud –lo que incluye el acceso a la información necesaria y oportuna-. Sobre lo segundo, se enlista: atención oportuna; comodidades adecuadas; acceso a soporte socio-familiar; y libertad para elegir el prestador de los servicios.

Sin duda, se trata de un conjunto de aspectos deseables en cuanto a la atención de la población. Desafortunadamente, no se dispone de la información necesaria para dar cuenta con el necesario pormenor de estas cuestiones. Por otra parte, los datos y análisis que se conocen son dispersos, esporádicos y, en exceso, heterogéneos, lo que inhabilita a un expedito escalamiento en una imagen global. ¿Cómo sumar en ese tipo de imagen a partir de elementos tan heterogéneos como una evaluación de la Obra social de los Obreros de la Construcción, de la satisfacción con los servicios de guardia en dos hospitales de Corrientes, un caso de programas como el “Programa de Recuperación del Niño en Riesgo Nutricional” en Santa Fe y de las apreciaciones que sobre la atención realizan los usuarios de un hospital en Chubut?

Lo que hace falta, sin duda, es disponer de estudios denominados de “satisfacción del usuario”, tanto en general como en los aspectos específicos enlistados por la OMS. Con más precisión, para poder interpretar una dimensión tan compleja hace falta una *serie* de estudios; esto es, un panorama longitudinal y sistemático de información. Mientras que este tipo de evaluación es de uso común en muchos países –por ejemplo la serie periódica de *Barómetros Sanitarios* que ejecuta el CIS en España-, en Argentina todavía hace falta un impulso más decidido en este sentido.

A los efectos de evaluar la responsividad del sistema en Argentina, conviene iniciar con la información recogida por la OMS con ocasión del informe mundial del año 2000. Como se apuntó en el capítulo 1, se trata de un indicador que recibió relevantes críticas en cuanto a su sensibilidad –en buena medida porque se trató de una encuesta a informantes clave, y no por encuestas a población-.

Gráfica IV.6. Ubicación de los Países según Grado de Responsividad y Distribución del Indicador, circa 2000. Total 190 países, Somalia y República del África Central excluidos



Fuente: Elaboración propia con base en *Informe de la Salud en el Mundo*. OMS, 2000. Anexo de datos.

La información de la OMS señala que Argentina se ubicaba con un nivel de responsividad mediano-alto, un valor 5,9 para un valor máximo –el caso de EEUU- de 8,1. El valor alcanzado por Argentina se ubicaba así en el cuartil más elevado –si bien, su ubicación es la número 40-. En cuando a la distribución; es decir, la equidad con la que se alcanza ese valor, el país lograba el máximo rango. En suma, al menos en términos de responsividad, Argentina mostraba para inicios del año 2000 una situación satisfactoria.

Con ese punto de partida, qué otra información se puede acercar a los efectos de aproximar un panorama de la responsividad en Argentina. Existe, afortunadamente, una fuente de información sistemática y periódica, si bien no del todo específica. Desde hace más de una década, siguiendo la línea ya señalada para los países europeos, se lleva a cabo una encuesta latinoamericana que

releva actitudes y opiniones de la población en casi todos los países de América Latina. La información así producida es razonablemente sistemática, si bien en ocasiones la encuesta ha discontinuado preguntas o modificado el sentido de la misma. A esto hay que añadir, como otra complicación, el hecho de lo escueto de la información referida a lo sanitario y el sistema de salud –un par de preguntas por barómetro-. No obstante, se trata de la única fuente con las características ya mencionadas para proveer idóneamente de información para este tópico.

La siguiente tabla es una elaboración de los datos contenidos en el Latinobarómetro entre 1995 y 2009. Se trata de dos series diferentes pero sustancialmente afines. La primera, entre 1995 y 1998, indaga sobre la “calidad” de la salud a la que el entrevistado tiene acceso –con diferentes rangos de recordación en la respuesta, como se hace constar en la última columna de la derecha. Ver, panel A-. La segunda, entre 2003 y 2009, pregunta sobre la “satisfacción” con la atención a la salud a la que se tiene acceso –en el panel B

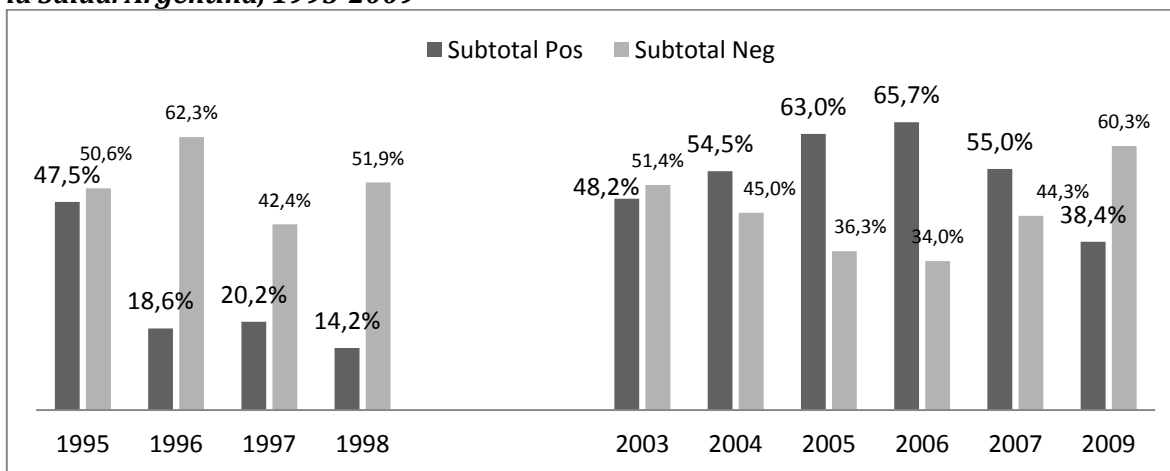
Tabla IV.2. Evolución de las Opiniones sobre la Calidad y Satisfacción con la Atención de la Salud. Argentina, 1995-2009

A	La calidad de la salud a la que accede ...						C	Subtotal Positivo	Subtotal Negativo	Rango			
	Ha aumentado		Igual	Ha disminuido		NS/NR							
	Mucho	Un poco		Un poco	Mucho								
1995	4,7%	16,0%	26,8%	31,3%	19,3%	1,9%	47,5%	50,6%	5 años				
1996	7,7%	10,9%	17,8%	35,9%	26,4%	1,3%	18,6%	62,3%	5 años				
1997	2,4%	17,7%	34,4%	35,8%	6,6%	3,1%	20,2%	42,4%	12 meses				
1998	2,1%	12,0%	31,7%	41,6%	10,4%	2,2%	14,2%	51,9%	12 meses				
B	Satisfecho con la salud a la que tiene acceso ...						C	Subtotal Positivo	Subtotal Negativo	Rango			
	Mucho	Un poco	No muy	Nada	NS/NR								
	2003	13,2%	35,0%	36,0%	15,4%	0,4%					48,2%	51,4%	
	2004	14,8%	39,8%	31,7%	13,3%	0,5%					54,5%	45,0%	
	2005	20,3%	42,7%	29,0%	7,3%	0,8%					63,0%	36,3%	
	2006	17,8%	47,8%	25,1%	8,9%						65,7%	34,0%	
	2007	12,0%	43,0%	32,9%	11,4%	0,3%					55,0%	44,3%	
2009	7,6%	30,8%	42,5%	17,8%	1,3%	38,4%	60,3%						

Fuente: Elaboración propia con base en la base de datos del Latinobarómetro, serie 1995-2009.

Un modo más sencillo de observar esta información es lo apuntado en el panel C. Allí se elabora una serie de modo de hacer relativamente equivalentes las opiniones de los entrevistados, que puede ser llamada “nivel de aceptación”, concepto que entonces reuniría la percepción sobre la calidad y la satisfacción. Para esto, se calculan subtotales en los que se discierne entre respuestas positivas y negativas. La información del panel C se ilustra en la gráfica a continuación.

Gráfica IV.7. Evolución de las Opiniones sobre la Calidad y Satisfacción con la Atención de la Salud. Argentina, 1995-2009

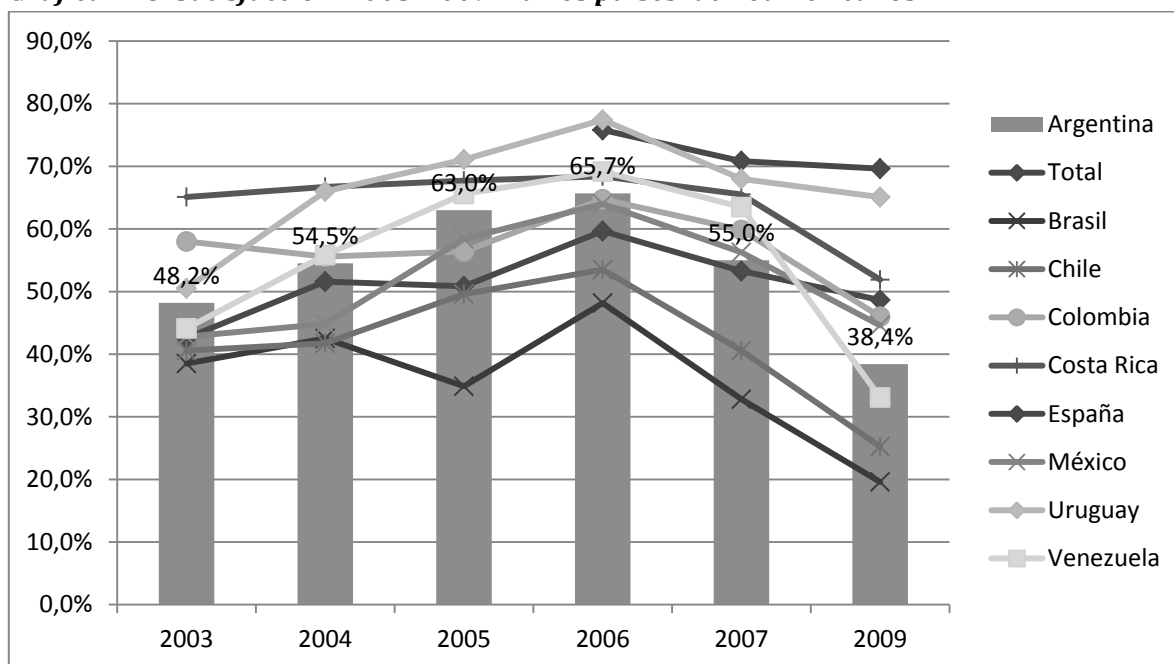


Fuente: Elaboración propia con base en la base de datos del Latinobarómetro, serie 1995-2009.

Con las precauciones para la interpretación de la información ya mencionadas, se imponen dos conclusiones relativamente claras. Por un lado, el nivel de aceptación es bajo en términos comparados; proveyendo una rectificación a la más auspiciosa información recolectada por la OMS. Por otra parte, y lo que es más importante, se observa una clara declinación en los valores en ambas series; esto es, la calidad percibida y la satisfacción muestran una tendencia en descenso.

Un análisis comparado de la satisfacción de la población arroja resultados similares para Argentina, poniendo en evidencia la posibilidad de un patrón global, probablemente relacionado con un despegue o *boom* económico, y una espiral ascendente de expectativas, que se tornan luego en frustraciones. Hay también que tener presente que el año 2009 fue especialmente difícil en términos económicos, con caídas abruptas y considerables de la actividad económica en los países, impulsadas por la recesión capitalista global que inició con la crisis hipotecaria en Estados Unidos.

Gráfica IV.8. Satisfacción. 2003-2009. Varios países latinoamericanos

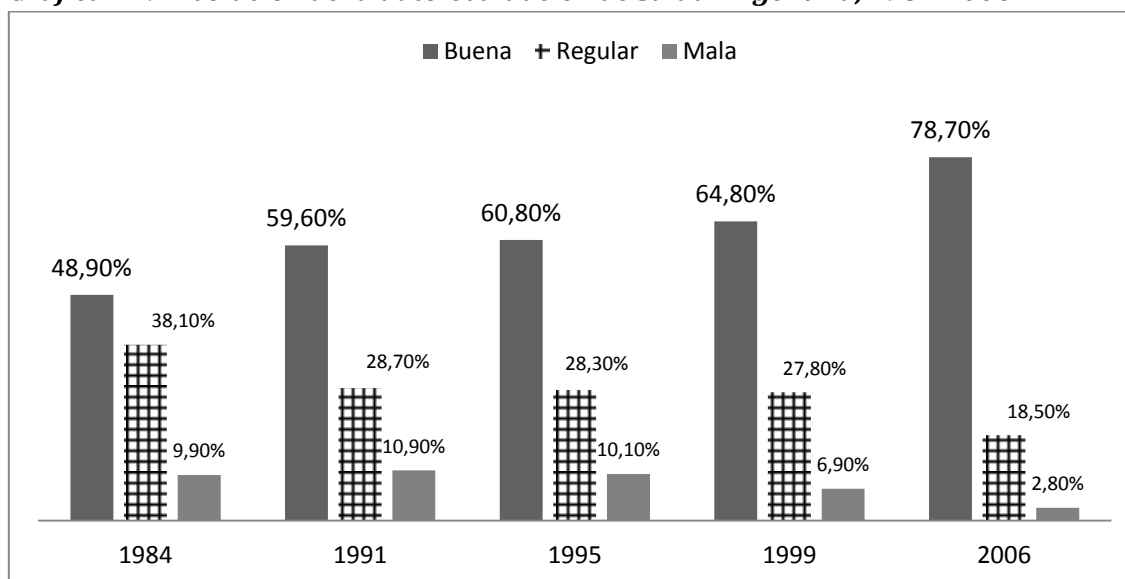


Nota: Satisfacción = suma de valores “muy satisfecho” y “satisfecho”.

Fuente: Elaboración propia con base en la base de datos del Latinobarómetro, serie 1995-2009.

Si esta interpretación es correcta, desafortunadamente, esto implicaría una pérdida de sensibilidad del indicador puesto que no mide de modo directo la percepción del desempeño del sistema sino mediada por las expectativas en alza o en baja que impulsa la trayectoria socio-económica. Esto puede ser abonado por la tabla siguiente, que con información de la *Encuesta Mundial de Valores* informa sobre la auto-evaluación de salud física en Argentina en un rango de veinte años.

Gráfica IV.9. Evolución de la auto-evaluación de salud. Argentina, 1984-2006



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Mundial de Valores, serie 1984-2006.

Puesto que, no obstante lo que se ha venido apuntando, el Latinobarómetro es la única fuente disponible de información sistemática, periódica y razonablemente sensible, vale la pena intentar una interpretación del escenario que se exhibe en la gráfica IV.7. En él se observa que los valores de los países muestran, en Argentina y en casi todos los casos, una disminución respecto del año 2003 de alrededor del 10%. En función de esta, puede todavía mantenerse la idea de un declive del rendimiento del sector en términos de satisfacción; declive no obstante que debe apreciarse como menos pronunciado que el que emergería de una lectura directa y no precavida de la información.

Conclusiones del capítulo IV

El capítulo ha estudiado las potencialidades de la política pública en salud atendiendo a dos rasgos cruciales de la misma: la información y capacidad decisoria del sector. En ambos *ítems* se encuentran importantes falencias o dificultades. En lo que respecta a la información con la que se conduce el sector, se ha podido establecer que la misma no alcanza un rango estratégico, en términos de oportunidad o especificidad.

A su vez, la capacidad decisoria ha sido largamente evaluada como entorpecida por la estructura federal o *bismarckiana* del sector. No obstante, ese diagnóstico debe ser mejorado. Por un lado, no es cierto –al menos en la experiencia comparada– que la naturaleza federativa produzca

necesariamente bloqueo e indecisión. Por otra parte, en lo atinente al *bismarckismo*, se ha podido establecer que el problema de fragmentación y complejidad viene menos de la inexistencia misma de ese formato que de su efectiva instalación.

Finalmente, se abordó la cuestión de la *responsividad* del sistema, ámbito de muy difícil aproximación dada la escasez de información adecuada. Apelando entonces a mediciones en buena medida indirectas, fue posible arribar a una conclusión que debe ser utilizada con las debidas precauciones, no obstante: el sistema ha venido perdiendo sostenidamente la confianza de sus usuarios.

Anexo IV

Tabla A.IV.1. Gasto según Sub-sector de Atención a la Salud. Argentina, Francia y Alemania. Años seleccionados entre 1960 y 2008.

	OS / S. Público			S. Público			Ob. Sociales			Hogares			Gasto /PBI		
	Arg	Francia	Alem	Arg	Francia	Alem	Arg	Francia	Alem	Arg	Francia	Alem	Arg	Francia	Alem
1960	1,1	6,3	sd	19,5	9,5		20,5	60,1	sd	60,0	30,4		sd	3,9	4,8
1970	1,2	13,6	4,0	19,5	5,7	14,5	22,8	77,3	58,3	57,7	17,6	21,4	7,8	5,4	6
1980	1,2	24,2	5,7	30,1	3,1	11,7	35,8	75,0	67,0	34,1	12,8	16,2	6,7	7,0	8,4
1985	1,7	sd	5,9	22,7	sd	11,2	39,2	sd	66,2	38,1	14,4	17,7	8,2	8,0	8,8
1997	1,6	30,8	9,8	20,8	2,4	7,0	33,7	73,8	68,3	45,7	22,8	23,1	8,4	10,3	10,3
2000	1,5	30,7	11,1	21,7	2,4	6,2	32,0	73,6	68,9	46,3	23,0	23,1	8,4	10,1	10,4
2008	1,3	14,2	7,5	27,3	5,2	9,0	36,5	73,8	67,8	36,1	21,0	23,1	10,2	11,0	10,7

Fuente: Elaboración propia con base en Ginés González García y colaboradores para 1970-1985; Ministerio de Economía y Ministerio de Salud *Estimaciones del gasto en salud, 1997* y Proyecciones, para 1997-2000; OPS-CEPAL-PNUD “Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. 2011” para 2008. Estimaciones propias para 1960, con base en FIEL “El Gasto Público en Argentina. 1960.1985”. Datos de Alemania y Francia obtenidos de OECD Health Data 2002 y 2012. Datos de Francia compatibilizados con <http://www.drees.sante.gouv.fr/60-annees-de-depenses-de-sante,11093.html>

Tabla A.IV.2. Establecimientos asistenciales según sub-sector. Evolución del indicador para Argentina y datos comparativos con Alemania y Francia. Años seleccionados entre 1958 y 2008

		Total	Sector			Var%	Sector		
		(número)	Oficial	Obra Social	Privado		Oficial	Obra Social	Privado
1958	Total	3651,0	67,8	3,0	29,2				
	c_int	1820,0	59,2	2,0	38,8				
	s_int	1831,0	76,3	4,1	19,6				
1969	Total	6469,0	57,5	4,1	38,4	1958-69	77,2	50,4	137,8
	c_int	2864,0	40,1	3,0	56,8		57,4	6,7	141,7
	s_int	3605,0	71,3	4,9	23,8		96,9	84,0	136,0
1980	Total	9051,0	51,4	4,0	44,6	1969-80	39,9	24,9	37,9
	c_int	3013,0	39,1	3,8	57,2		5,2	2,4	29,9
	s_int	6038,0	57,5	4,2	38,4		67,5	35,0	41,8
1995	Total	16085,0	43,3	1,4	55,2	1980-95	77,7	50,0	-39,0
	c_int	3310,0	37,2	1,7	61,1		9,9	4,6	-51,3
	s_int	12775,0	44,9	1,3	53,6		111,6	65,4	-33,5
2012	Total	19787,0	48,3	1,6	50,1	1995-12	23,0	37,0	39,6
	c_int	5477,0	28,6	0,9	70,5		65,5	27,1	-9,1
	s_int	14305,0	55,8	1,8	42,3		12,0	39,2	55,7
Alemania									
1991	Total		46,0	39,1	14,8				
2004	Total		36,0	38,4	25,6				
Francia									
2006			31,0	35,0	34,0				

Nota: "c_int" = con internación; "s_int" = sin internación.

Fuentes: Elaboración propia con base en los Catastros Sanitarios correspondientes -1946, 1958, 1969 y 1980-. Para 1995, ver *Anuario INDEC 1997*. Para el año 2012, la información de base se ha tomado de Ministerio de Salud *Sistema SISA*. Francia: Alemania: Datos tomados de Immergut (2009) y Schulten (2006).

Tabla A.IV.3. Dotación de camas según sub-sector. Evolución del indicador para Argentina y datos comparativos con Alemania y Francia. Años seleccionados entre 1946 y 2008

Años	% Camas según sub-sector		
	Sector Público	Obras Sociales	Privado
1946	64,2	sd	35,8
1951	63,9	1,8	34,3
1954	66,8	1,8	31,4
1958	80,3	0,0	0,0
1969	73,6	3,7	22,7
1980	62,1	5,5	32,5
1995	54,0	2,8	43,2
2000	53,4	2,6	43,9
Francia 1998	64,8	13,4	21,8
Francia 2001	65,0	12,5	22,5
Francia 2007	64,9		35,2
Francia 2010	38,1	8,5	14,3
Alemania 2003	53,1	37,6	9,4
Alemania 2006	49,1	35,8	15,0

Fuentes: Elaboración propia con base en los Catastros Sanitarios correspondientes -1958, 1969 y 1980-. Para 1995, ver *Anuario INDEC 1997*. Para el año 2012, la información de base se ha tomado de Ministerio de Salud *Sistema SISA*. Francia: Alemania: Datos tomados de Immergut (2009) y Schulten (2006).

Bibliografía

- Bonoli, Giuliano y Palier, Bruno. 1996. "Reclaiming Welfare: The Politics of French Social Protection Reform". En Martin Rhodes ed. *Southern European Welfare States*. London. Frank Cass.
- Castles, Francis. 1998. *Comparative Public Policy*. Cheltenham, UK: Edward Elgar
- Esping-Andersen, Gosta ed. 1996. *Welfare States in Transition*. London: UNRISD-Sage
- Esping-Andersen, Gosta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press.
- Hacker, Jacob. 1998. "The Historical Logic of National Health Insurance". En *Studies in American Political Development*, Vol. 12.
- Hall, Peter. 1992. "The movement from Keynesianism to Monetarism. En Steinmo, Thelen y Longstreth eds. *Structuring Politics*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Huber, Evelyn; Ragin, Charles; Stephens, John D. 1993. "Social democracy, Christian democracy, constitutional structure, and the welfare state". En *The American Journal of Sociology*, Vol. 99. N° 3.
- Immergut, Ellen. 2009. "Le système de santé allemand: impasse ou revolution? En J. de Kervasdoué ed. *Carnet de Santé de la France 2009*. Paris. Dunod, Mutualité Française.
- Latinobarómetro. Banco de Datos. <http://www.latinobarometro.org/latino/LATDatos.jsp>
- Medici, André. 2003. "La desregulación de las Obras Sociales. Un episodio más de la reforma de salud en Argentina. ¿Qué vendrá luego?". *Publicación electrónica IIGOV*. http://www.iigov.org/documentos/?p=4_0124.)
- Mera, Jorge. 1988. *Política de Salud en la Argentina*. Buenos Aires. Hachette.
- Obinger, Helmut, Leibfried, Stephan y Castles, Francis. 2005. *Federalism and the Welfare State*. Cambridge. Cambridge University Press.
- OMS. 2000. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Washington. WHO.
- Palier, Bruno. 2006. "The Politics of Reform in Bismarckian Welfare States". Ponencia presentada la Conferencia A Long Good-Bye to Bismarck. *Center for European Studies*, Harvard.
- Pierson, Paul. ed. 2001. *The New Politics of the Welfare State*. New York. Oxford University Press.
- Scharpf, Fritz. 1988. "The Joint Decision Trap". En *Public Administration*, Vol. 66.
- Schulten, Thorsten. 2006. "Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals". *PIQUE Working Paper*. http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_CountryReports_Health_Germany_November2006.pdf
- Simon, Herbert. 1999 [1946]. "Los proverbios de la administración", en Shafritz y Hyde *Clásicos de la Administración Pública*. México. FCE.
- Skocpol, T. y Weir, M. 1986. "States Structures and the possibilities for the keynesian Responses to the Great Depression". En Evans, Rueschmeyer y Skocpol, eds. *Bringing the State Back In*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Tobar, Federico; Olaviaga, Sofía y Solano, Romina. 2011. "Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino". *CIPPEC*. Documento de Políticas Públicas N° 99.
- Veronelli, Juan Carlos y Veronelli, Magalí. 2004. *Orígenes Institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires. OPS.
- World Value Survey. Banco de Datos. www.worldvaluessurveys.org