

III Bienal del Coloquio de Transformaciones Territoriales
De la Asociación de Universidades del Grupo Montevideo (AUGM)
Buenos Aires, 25 al 27 de Agosto de 2010

Autor:

Tessmer, Germán. Instituto de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas y Estadística de la UNR, Becario Tipo I de CONICET, Rosario, g.tessmer@conicet.gov.ar

Título:

CUANDO LA LEY ES LA TRAMPA: SALUD Y DESARROLLO EN LA PROVINCIA DE SANTA FE, ANALISIS DE LA LEY PROVINCIAL SAMCO.

Resumen:

En el transcurso de los últimos veinte años, se ha demostrado que existe una relación directa entre el nivel de desarrollo de una región y los servicios de salud que se brindan a su población objetivo. Pero lo mismo no se aplica en relación directa entre el desarrollo de un territorio y el sistema de salud pública que en él opera. Precisar ese impacto requiere un análisis del entramado de actores e instituciones, que gravita alrededor del sistema de salud público de un territorio.

El objetivo de este trabajo será el de aportar elementos que sirvan para dilucidar la relación del desarrollo territorial al interior de la Provincia de Santa Fe, al respecto de su sistema de prestación de servicios públicos de salud. Se pondrá foco en el estudio de los efectores de salud tipo SAMCo; reglamentados por un diseño institucional de larga data, que posee la particularidad de contener elementos de participación democrática de actores locales. El análisis del proceso de toma de decisiones que se promueven desde dicha institución, se considerará como un indicador de la capacidad del estado provincial de poder gestionar su agenda de políticas públicas.

Palabras Clave: Salud pública – Acción Colectiva – Instituciones – Conformación de políticas.

I - A manera de introducción

Esta ponencia surge a partir del Proyecto de Investigación y Desarrollo (PID) “La construcción de la agenda pública en la Provincia de Santa Fe en el período 2008-2010. La estructura orgánica de la Región Centro”, financiado por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Rosario.

El modo de gobernar ha experimentado profundos cambios, lo que motivó la búsqueda de formas alternativas de participación a través de distintos actores estatales y no estatales. El caso de la Región Centro en Argentina compuesta por las provincias de Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos, se traducirá en una red de actores que conforman, a través de modalidades particulares de interacción, una dinámica de juego que redundará en la creación de la necesaria sinergia social.

Cuando las nuevas formas de participación se involucran en actividades pre-existentes al interior de los territorios de cada una de las provincias, no debe suponerse una puesta en marcha de forma automática, sino que debe esperarse que se desencadene un proceso de negociaciones donde las instituciones y actores de cada localidad, harán sentir su peso en las nuevas instancias de participación.

Dado su alto impacto social, la coordinación de las políticas sanitarias de las provincias, puede postularse como un tema de importancia para la integración regional, en paralelo a los objetivos de lograr mayor desarrollo local. El presente estudio revela que aún queda un largo camino que recorrer en materia de coordinación de políticas sanitarias. Será a través del estudio de la ley N° 6312 de la provincia de Santa Fe, sobre los Servicios de Atención Médica a la Comunidad (SAMCo), que norma sobre gran parte de los efectores de salud del territorio, que se buscará ejemplificar las dificultades previas a la hora de brindar el servicio sanitario

La elección de la ley no es fortuita, sino que responde a un punto fundamental de este trabajo: la participación que la ley promueve de las organizaciones locales del territorio santafecino en la toma de decisiones sobre la administración de los efectores de salud, y la compatibilidad de dicha participación con la noción de desarrollo local.

El estudio concluye, con el impacto de este entramado en la captación de necesidades de salud para la formación de la agenda pública.

II – Acorralando al problema: Relaciones generales entre Salud y Desarrollo

Con unos objetivos menos ambiciosos -aunque no por eso menos complejos-, las teorías de crecimiento económico han volcado sus esfuerzos en estudiar las condiciones y causas que promueven el aumento del producto de una economía; en consecuencia, el aumento de los así llamados factores productivos, siendo el trabajo uno de estos, y categorizado en la relación a su aporte a la producción potencial.

Simplificando las relaciones entre conceptos, las teorías sobre desarrollo amplían el abanico de objetivos, incorporando mejoras en la calidad de vida de la población de una economía determinada. Así, la valoración del factor trabajo se complejiza desde ser *imput* de un proceso productivo, a ser objetivo de las propias políticas de desarrollo. Pero eso no es todo, la modificación en la percepción de la influencia positiva de la propia calidad de vida de la población en el proceso productivo, dilucidó la relación fundamental entre causas y efectos, entendidas ahora como una suerte de círculo virtuoso que se retroalimenta a los fines de lograr el desarrollo de una población.

Coherente a esto último, el estudio de las condiciones de salud de la población de un territorio determinado, son también el estudio de una de las condiciones previas a ser consideradas a la hora de promover la utilización y asignación de recursos para desencadenar un proceso de desarrollo a nivel local.

Sin embargo, postular esto último, genera la exigencia de considerar los elementos contextuales propios de esa localidad, con el riesgo de utilizar una noción operativa del desarrollo que sea inaplicable a la realidad en la que se pretende intervenir. Al respecto de las economías latinoamericanas, Katz (2007) argumenta que:

“son muy diferentes a las que implícitamente pretende describir la Moderna Teoría del Crecimiento. Son menos maduras económica e institucionalmente, tienen profundas carencias iniciales de capacidades sociales, tecnológicas e institucionales, y son escasas en bienes públicos que permitan contrarrestar dichas carencias. En adición a todo ello, sufren ciclos recurrentes de creación y destrucción de capacidades productivas y tecnológicas que impiden la consolidación de procesos estables y acumulativos de desarrollo de las fuerzas productivas”

En otras palabras, la provisión de bienes meritorios¹ como salud, educación y protección social no pueden darse por descontados, sino que por el contrario, al ser solidarios a los objetivos y medios que promueven al desarrollo, deben ser puestos en foco de los estudios de las localidades al interior de estos países.

Lo mismo se aplica a las definiciones conceptuales. Acorde a esto, Costamagna (2007) postula que “por *desarrollo económico territorial* se entiende la capacidad de una sociedad local para formularse propósitos colectivos de progreso material, equidad, justicia y sostenibilidad, y movilizar los recursos locales endógenos necesarios para su obtención²”.

En términos fácticos, de las iniciativas impulsadas desde el ámbito público al interior de la provincia de Santa Fe, los objetivos que se están promoviendo ponen énfasis en los aspectos productivos del desarrollo. En efecto, las acciones más relevantes que se registran, son la puesta en marcha del “Programa *Municipios Productivos* en el ámbito de la Dirección de Desarrollo Regional y Local (DDRyL) de la Secretaria de Industria del Ministerio de la Producción el que, desde el inicio, propone crear nuevas formas de vinculación entre diferentes agentes, instalar mecanismos de concertación y articulación y una nueva visión del desarrollo, así como también convertir a las secretarías en polea de transmisión de las políticas provinciales” (Costamagna, 2007). La misma observación puede hacerse para el plan general de la Dirección en la actualidad³.

Con respecto a la Región Centro, esto es, la unión de las provincias de Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos, en una institución de coordinación de políticas económicas y sociales a nivel territorial; las políticas prioritarias se refieren a la construcción de infraestructura a gran escala.

¹ Es decir, un tipo de bien que por su alto contenido social, debe proveerse públicamente con el aval supuesto de la sociedad misma. En términos económicos, el bien meritorio resuelve -en términos generales- el problema de revelación de preferencias de la población, en tanto existe per se, y con independencia de procesos económicos. En términos económicos, la definición de bien meritorio plantea un problema de expectativas; si éstas cambian, el bien deja de ser catalogado como tal.

² Asimismo, por *Políticas e Instituciones para el DET* se entiende el conjunto de programas, proyectos públicos o privados, organizaciones y reglas del juego relacionadas con la promoción del desarrollo económico territorial, la promoción de empresas, la generación de empleo y la competitividad en un territorio determinado.

³ Para ver un resumen de los objetivos explícitos de la DDRyL puede consultarse la correspondiente página web, en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/content/view/full/2591>

Que en el discurso de las agencias de desarrollo santafecinas no haya una mención explícita a las cuestiones sanitarias, no debe hacernos caer en el error de considerar que estas no hayan sido contempladas en la visión general de la política de las últimas gestiones. Por ejemplo, podría usarse la hipótesis de que el discurso de las agencias responde a una especialización de funciones y que, por ende, las cuestiones sanitarias con respecto al desarrollo deben buscarse en la dependencia correspondiente.

En todo caso, el objetivo de este trabajo no apunta a determinar directamente el proceso de formulación de políticas provinciales, sino en analizar si las instituciones existentes en el ámbito de la salud –específicamente, el estudio de los SAMCo-, promueven o inhiben procesos de desarrollo a nivel local; y solo a partir de estos, en como son captadas las necesidades de salud en la conformación de agenda, es decir, en una de las etapas del proceso de formación de políticas públicas.

Profundicemos entonces en los marcos conceptuales que justifican la relación entre desarrollo y salud. Según Tobar (2010), se pueden reconocer tres grandes etapas:

- La primera concepción se encuentra centrada en la explicación de un círculo vicioso (pobreza-enfermedad, enfermedad-pobreza), donde se asumió que lo primordial era el crecimiento de la economía, lo que derivó en considerar a la salud como un gasto, el cual puede ser ajustado para reasignar fondos a programas de crecimiento, o por recortes coyunturales.
- Una inversión de los términos casuales, se genera en la segunda etapa, con la aparición de la Teoría del Capital Humano, concebido como las habilidades y destrezas que posee un agente económico, como así también las posibilidades de poder ejercerlas en el proceso productivo. En lo que refiere a nuestro tema, la idea central de esta teoría es que invirtiendo en salud⁴ se generan retornos y beneficios en términos de crecimiento económico.
- En línea al aporte anterior, una tercera etapa se inaugura con el aporte de evidencia que respalda la afirmación de que no solo la salud contribuye al crecimiento, sino que genera mayor impacto cuando se mejora la equidad en la distribución de salud. Modificando, en consecuencia, las formas de pensar las

⁴ Debe hacerse notar, que la defensa de la inversión en salud adquiere carácter instrumental. La salud pasa a ser un “medio” para impulsar procesos de desarrollo. En otras palabras, no es una defensa a través de valores y objetivos que las sociedades se proponen alcanzar, como puede leerse de la clasificación de la salud como bien meritario.

políticas públicas y disminuyendo la confianza en los efectos derrame⁵ que se generarían con el crecimiento económico.

Sentadas las relaciones e implicancias entre salud y desarrollo, en los apartados siguientes, se comenzará a situar el problema del análisis de la institución SAMCo, desde los niveles más generales, hasta llegar al nivel de detalle de la misma. Al respecto, se utilizará el término de *institución* como las define North (1993); “las reglas de juego formales e informales que estructuran las relaciones entre grupos, individuos, gobiernos, enmarcando posibilidades de vinculación e intercambio entre los distintos sectores”, las que constituyen un aspecto central de la capacidad estatal para identificar, diseñar y gestionar la participación de los distintos actores.

III - El subsistema público de salud. Desde el nivel nacional al provincial.

El término sistema de salud “hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica. En sentido estricto el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud” (Tobar, 2000). Lo importante de este concepto, es que el sistema de salud, en tanto institución, no es el fruto de un proceso de diseño e implementación racionalmente guiado desde sectores políticos y de la burocracia del estado, sino el resultado de un proceso que va conformando una serie de instituciones formales e informales (a veces solapadas, a veces contradictorias) a partir de las cuales se van a ir moldeando las distintas actividades de ese sector y sus capacidades.

Acorde a lo anterior, “la Argentina es un país federal con un profundo proceso de descentralización que ha terminado por definir una parte sustantiva de la política pública de salud en manos de los gobiernos provinciales” (Cetrángolo et al, 2007). “La actual configuración de los subsistemas de salud públicos provinciales –en general- y de la Provincia de Santa Fe –en particular-, debe rastrearse en la “transferencia de instituciones de salud dependientes del nivel nacional, a entidades provinciales y/o

⁵ Es decir, del goteo de ingreso, hacia las capas de menores recursos de la sociedad, que generaría el propio crecimiento económico.

municipales que comienza en el año 1957 y culmina en el año 1992, en el Marco Global de la Reforma del Estado y la ley de Emergencia Económica” (Stolkiner et al, 2003).

En el último período de reformas de los años 90’, Belmartino (2005) reconoce tres fenómenos simultáneos relacionados con la descentralización hospitalaria⁶: la transferencia de los últimos hospitales públicos nacionales a las provincias; la reconfiguración de sistemas provinciales de salud, con experiencias de centralización en el ámbito provincial y de descentralización hacia los municipios, conformando un conjunto de situaciones provinciales heterogéneas; y la puesta en marcha de cierta descentralización microeconómica en el ámbito de los hospitales bajo la figura del Hospital de Autogestión.

Por ende, y a diferencia de otros sectores, según Repetto y Alonso (2004) el panorama de la salud pública actual en la Argentina reviste una alta complejidad por diversas razones:

- No existe una definición constitucional sobre las potestades de la Nación en el acceso a este servicio.
- Existe una fuerte oferta de servicios de salud por parte de la seguridad social, mayormente en manos de organizaciones sindicales de organización centralizada.
- No existe una normativa que defina claramente los lineamientos de la política sanitaria para todo el país.
- La existencia de un mercado privado de la salud de características muy diferenciadas en cada región del país introduce una seria condicionalidad a cualquier proceso de reforma pensado exclusivamente desde el sector público.

Condicionada por múltiples factores, la provincia de Santa Fe ha transitado el desarrollo de los últimos años con escasas modificaciones activas en la organización del Ministerio de Salud, como en la de sus efectores.

La falta de mecanismos de coordinación entre los distintos niveles gubernamentales, tanto en el financiamiento, como en la provisión de servicios; la puesta en marcha de servicios municipales como respuesta unilateral a los problemas de salud de sus

⁶ Suele utilizarse de manera indistinta autonomía hospitalaria por descentralización hospitalaria, según el marco teórico que cada autor utilice. En este trabajo se utiliza el primer concepto; sin embargo se ha preferido transcribir de forma textual el fragmento aquí citado.

respectivas poblaciones; la sobre oferta relativa de servicios de salud provinciales en departamentos con bajos niveles de necesidades estructurales en la población; son indicadores de la capacidad del estado provincial para brindar salud, simultáneamente a la de coordinar esta actividad en el marco de un proceso de desarrollo.

Ante este cuadro descriptivo, las relaciones propuestas en el primer apartado comienzan a hacerse visibles. En palabras de Cetrángolo y Jimenez (2004), “las posibilidades de mejorar los servicios sociales descentralizados están delimitadas por el grado de desarrollo socioeconómico y productivo y la capacidad de financiamiento de cada una de ellas. A su vez, las potencialidades de desarrollo de cada jurisdicción están determinadas en buena parte por el estado y nivel de su capital humano y cultural, lo cual se vincula directamente con las posibilidades que tenga su población de acceder a buenos niveles de educación y salud.”

Sin embargo, en el mismo, estudio se observa que la estructura de gasto provincial ha pasado a estar cada vez más dominada por los servicios sociales. Los diversos esfuerzos de saneamiento fiscal emprendidos por diferentes jurisdicciones provinciales que enfrentaron problemas fiscales y financieros debieron, necesariamente, prestar atención a las posibilidades de reducir sus erogaciones en salud y educación.

Habiendo sentado las bases de la descripción del sistema público de salud de la Argentina, y de las relaciones que entre los distintos niveles de gobierno se derivan; en el apartado siguiente, pasaremos a analizar la organización del subsistema público de salud de la provincia de Santa Fe, para posteriormente llegar al estudio del diseño institucional SAMCo.

IV - Brindar salud pública en la provincia de Santa Fe. Historias y problemas.

En términos generales, la organización del subsistema público de la Provincia de Santa Fe depende del Ministerio de Salud, el cual se encuentra organizado administrativa y territorialmente en cinco Nodos, que incluyen departamentos de número variable, agrupados así, obedeciendo a criterios de mayor amplitud que los estrictamente sanitarios, pero con la intencionalidad manifiesta de agilizar la toma de decisiones a nivel territorial. Asimismo, el sistema de asignación de recursos se realiza

vía presupuesto, correspondiendo la dedición sobre monto anual de recursos compartida con el Ministerio de Hacienda.

Por otra parte, la organización de los efectores de salud⁷ de la provincia de Santa Fe, y por lo tanto, una parte sustancial de la gestión de los recursos asignados al sector; se asientan sobre dos dispositivos institucionales que aún no han sido modificados desde su implementación:

- El Hospital Público Provincial, regido por la ley N° 10.608, que depende administrativa y presupuestariamente del Ministerio de salud provincial en sus distintos niveles.
- Los Servicios de Atención Médica a la Comunidad (SAMCo); entidades locales creadas por la Ley Provincial N° 6312, en principio autárquicas, aunque dependientes funcionalmente del Ministerio, y con dependencia presupuestaria parcial.

Como se había adelantado en la introducción de este trabajo, no se contemplará la totalidad de las instituciones de salud, sino que se centrará en el estudio sobre la Ley de Hospitales Provinciales N° 6312/67, Servicio de Atención Médica a la Comunidad (S.A.M.Co.) y su correspondiente Reglamentación, Decreto N° 04321/67. Nace de la inquietud de considerar que es una ley que norma sobre la provisión y financiamiento del servicio de salud definiendo -por un lado- los actores y reglas de juego relevantes; pero por otro lado, habilitando un abanico de posibilidades de autonomía, que no quedan determinadas únicamente por las generales de la ley, sino también, por la participación efectiva de las organizaciones de cada localidad.

En otras palabras, es una ley compatible con la noción de desarrollo local expuesta en el primer apartado, pero también puede considerarse un caso de estudio tentativo sobre los elementos que deben estar presentes a la hora de delegar poder de decisión a nivel local, suponiendo que con su implementación se está buscando conseguir resultados satisfactorios de acción colectiva, en la obtención de salud de los distintos territorios de la Provincia de Santa Fe.

⁷ Entiéndase por efector de salud, a cualquier organización provincial que cumple funciones de prestador de servicios sanitarios.

Puesta en funcionamiento en el año 1967, la ley provincial SAMCo, posee la particularidad de haber sido aprobada bajo un gobierno militar, pero inspirada en casi su totalidad, en la ley nacional del mismo nombre promovida en el gobierno de Arturo Illia por su Ministro de Salud, Arturo Oñativia; y que solo obtiene media sanción antes del golpe militar de 1966 (Belmartino, 2005). Recuperada por el secretario de Salud Pública del gobierno surgido del gobierno militar, queda traducida en la Ley Nacional N° 17102, el 30 de septiembre de 1966.

Imbuidas ambas leyes de las ideas sanitaristas de la época -que habían comenzado a difundirse desde 1950 en varios informes de organismos internacionales- promueve la participación de la población en los esfuerzos por mejorar su calidad de vida (Testa et al, 1994). En ese sentido, el artículo 2º del Decreto Reglamentario aquí citado, dice: *el objeto fundamental que se pretende lograr, es el de dar intervención a la comunidad en la solución de uno de los problemas que interesan a la misma, mediante su activa participación, tendiente al logro de una más eficaz y económica prestación de los servicios médicos en beneficio de toda la comunidad.*

En términos operativos esta concepción queda ligada a la descentralización de servicios desde la Nación hacia las Provincias, y de éstas, a los Municipios; con la finalidad de acercar el proceso de toma de decisiones a los lugares en donde se generan dichas demandas. La cuestión que se pretende examinar, entonces, es si el diseño de los SAMCos “podrían inducir a los actores individuales –ya sean agentes económicos, políticos o burócratas– a conducirse de modos colectivamente beneficiosos”. Posicionándonos en una perspectiva donde “muchos de los problemas que conlleva el diseño de las instituciones estatales se plantean porque los políticos electos y los burócratas designados pueden tener intereses y objetivos propios” (Przeworski, 2007).

Es necesario hacer una aclaración sobre esto último. La cuestión central del análisis no está puesta en el comportamiento efectivo de los agentes, sino en el potencial. Vale decir, más allá de que si los SAMCos -y las instituciones en general- estén bien o mal diseñadas con respecto a los objetivos sociales que pretender perseguir, no existe ningún impedimento para que los agentes no fueran a actuar de

modo colectivamente beneficioso. El problema se plantea, porque tampoco existe un impedimento formal⁸ para que no lo hagan.

Puesto desde esta perspectiva, para que la acción colectiva sea efectiva, será necesario tener una base de acuerdo sobre los fundamentos de los objetivos que se persiguen, un código común de entendimiento que oriente la formulación de los objetivos. El problema es que *la salud* es un término polisémico y por ende abordable desde distintas disciplinas. Luego, la tipificación que se propone, posee un carácter manifiestamente parcial al enfoque adoptado en este trabajo, buscándose resaltar aquellos generales que se consideran más importantes⁹.

Es un hecho recurrente, en las publicaciones sobre temas de salud pública, encontrar la afirmación inaugural de que *la salud es un derecho*; lo cual supone la organización, por parte del Estado, de la prestación del servicio; y la posibilidad - siempre disponible- para cualquier ciudadano de acceder al mismo, como la de accionar judicialmente en caso de que la prestación no se concrete en los términos que la propia asignación de derechos disponga.

Sin embargo, en lo referente a las posibilidades ciertas del Estado para brindar salud, existe una categoría que es anterior a la noción de derecho, y es aquella donde se entiende que la prestación de los servicios poseen todas las características de ser un bien económico, es decir, quedan sujetos a un problema de escasez. Categorizar de esta forma a los servicios de salud, no es un mero ejercicio retórico o técnico, sino que por el contrario, pone de manifiesto el problema efectivo que se le presenta al estado provincial para cumplir con su obligación.

Así, una primera cuestión general para rodear el problema económico, es indagar si la prestación de servicios de salud debe ser tipificada como de bienes privados o de bienes públicos. Vale aclarar que la diferenciación no recae sobre el prestador, sino que se realiza considerando las características del consumo, en relación a los incentivos que se generan para la provisión del producto; siendo un bien clasificable de público, cuando posee las características de ser no-rival y no-excluyente en el consumo.

⁸ Se insiste en la característica *formal*, para no anular de la explicación general, la posibilidad de que estén operando valores y significaciones sociales, abordables desde una perspectiva sociológica o antropológica, pero ajenas a las posibilidades y enfoque de este trabajo.

⁹ Un trabajo clásico sobre las características del sector salud puede encontrarse en Arrow (Dec., 1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". Véase bibliografía para ampliar la cita.

La provisión de servicios de salud no parece ser de tipo excluyente, debido a que es posible de realizar sin que el costo asumido sea más alto que el beneficio reportado al proveedor del servicio¹⁰. Sin embargo, este requisito no es determinante en la definición de bien público en tanto no afecta las condiciones de empleo eficiente de los recursos.

Pero tampoco cumple el requisito de no-rivalidad, el de ser un bien donde la participación de un agente en los beneficios del consumo, no reduce los beneficios obtenidos por todos los demás consumidores. Siendo así, la prestación de servicios de salud posee las características de un bien privado, con el consecuente incentivo que genera para la provisión y captación de recursos.

Además de lo anterior, el análisis de los servicios de salud, requiere un mayor nivel de complejidad de los que se aplica a un bien de consumo corriente. La dificultad radica en la definición misma del *bien salud*, que en la literatura recibe el nombre de *producto sanitario*. Si es cierto que *no hay enfermedades, sino enfermos*, una definición rigurosa se torna imposible, por ser el producto sanitario el resultado de un proceso en que los costos sólo se pueden evaluar caso a caso.

En consecuencia, este bien no puede valorarse sino como el agregado de varios sub-procesos donde intervienen distintos factores según la necesidad puesta en juego. Inevitablemente, esto último nos lleva a inquirir sobre las modalidades de contratación que rigen el empleo de dichos factores y, por tanto, las formas en las que se encuentran disponibles. Si tanto el pago de sueldos y salarios para el personal, como la disponibilidad de insumos, se ponen a disposición a través de un proceso presupuestario, como sumas fijas para un período determinado, los factores que generan el producto sanitario estarían disponibles para ser utilizados de forma no-rival, hasta no se llegue a niveles de congestión del servicio.

Sin embargo, el argumento del párrafo anterior, no es la mejor defensa en términos de eficiencia para la provisión de un producto sanitario. En todo caso hace un llamado de atención sobre las consideraciones que han de tenerse en cuenta en caso de establecer un escenario de consumo no-rival, a saber:

¹⁰ Nótese que no se están realizando connotaciones morales y/o éticas sobre la conveniencia o no de prestar dicho servicio sin excluir a persona alguna, solo se está evaluando el hecho desde la perspectiva económica, de un análisis de costo-beneficio.

- Generar un sistema de información apropiado para la revelación de preferencias y necesidades de los agentes, en su doble papel de usuarios y de financiadores de los servicios públicos de salud.
- Considerar la relación entre la población objetivo (la demanda) y la disposición de los servicios (la oferta) para no alcanzar niveles de congestión.
- Asegurar que los mecanismos de contratación del personal médico y no-médico se alineen a los objetivos del sub-sistema.

Otro tema de suma importancia en lo que respecta a la provisión eficiente de servicios de salud, tiene que ver con la dimensión territorial del mismo. Para que el involucramiento de las organizaciones locales -al interior de la provincia- en la toma de decisiones de los SAMCos¹¹ sean eficientes, es también necesario que el diseño institucional de la provisión descentralizada, persiga simultáneamente criterios de eficiencia.

En el marco del Federalismo Fiscal, Oates (1972) expone en su teorema de la descentralización que “cada servicio público debe ser provisto por la jurisdicción que tenga control sobre la mínima región geográfica capaz de internalizar los costos y beneficios de esa provisión”. Argumenta que la falta de correspondencia entre la jurisdicción de cada gobierno y la demanda que satisface crea externalidades que tienen que ser compensadas entre sí. La prestación de servicios de salud públicos es más eficiente cuando se realiza de forma descentralizada que centralizada, en tanto integra todas las preferencias independientemente de sus diferencias territoriales. El límite a la profundización de la descentralización estaría marcado por los beneficios relativos entre este tipo de provisión y los generados por las economías de escala de una gestión centralizada.

Volviendo al estudio del SAMCo en tanto institución, el establecimiento de una norma que abarque un territorio amplio, en el sentido que contemple dentro de sí distintas realidades socio-económicas, cae en el dilema de ser lo suficientemente plural como para poder concretarse en las distintas realidades que abarca, es decir, en prácticas o actividades que se correspondan con lo establecido en la norma; como así

¹¹ En este caso, el término SAMCo se usa para referirse a efectores –organizaciones- particulares distribuidas en todo el territorio provincial, y no como institución formal, como se estaba utilizando a lo largo del estudio. El cambio de términos se sigue especificando a lo largo del texto.

también, contemplar cierto grado de especificidad en el objeto o realidad sobre la que está normando, para que ésta sea operativa.

Sin embargo, dichas realidades cambian. De lo anterior se sigue que la norma no puede operar como una suerte de contrato completo, sino como un marco de entendimiento, que soporte tanto la diversidad al interior del territorio, como los cambios que se vayan dando en el tiempo. Consecuentemente, los distintos agentes encargados de la operativización de la norma lo harán dentro de dicho marco y por las expectativas que éste ofrece pero, simultáneamente, estarán acumulando experiencia sobre la realidad concreta en donde ejercen su actividad.

Si esto fuera así, a medida que la experiencia acumulada de los agentes situados en los distintos territorios y, por lo tanto, las distintas capacidades de dar respuesta en cada uno de estos, difieran y sobrepasen al marco ofrecido, se generan fuertes incentivos para abandonarlo -como criterio de resolución- para casos particulares y excepcionales.

Así, ante situaciones que no se encuentren contempladas en el marco institucional, se supone que los distintos agentes actuarán informalmente según su criterio. De esta forma, las discontinuidades entre lo formal estandarizado y lo informal particularizado, serán fuertes indicadores de tensiones entre lo que debería hacerse dentro de un marco general e incompleto, y lo que efectivamente se hace para casos particulares.

Si a este escenario de provisión territorial, se le suman baches en el diseño de los mecanismos de control para que se logren los resultados esperados de la acción colectiva, los SAMCOs -considerados de nuevo como organizaciones- pasan a ser potenciales *arenas políticas* de cada localidad, y una puerta de entrada a intereses con fuerte base territorial al sub-sistema; especialmente, para aquellos efectores con presupuesto relativamente elevado.

V – Leer la letra chica: Análisis del SAMCo como institución formal.

Explicitadas las bases conceptuales, referencias y problemas de la provisión del producto sanitario, finalmente se analizará el diseño formal de la institución SAMCo,

para poder vincularlas con las temáticas anteriormente desarrolladas. Las tablas¹² que figuran a continuación ofrecen una visión sintética de la normativa.

La primera muestra la composición y organización del órgano de gobierno de los efectores. Debe hacerse notar el papel que cumple el Director Médico, quien tiene voz pero no tiene voto en la toma de decisiones del efector. Las mismas recaen sobre el *Consejo de Administración*, órgano conformado por ocho miembros de instituciones de la comunidad, las cuales no necesariamente tienen que desarrollar actividades relacionadas a la salud pública.

Entonces, es el propio juego de normas, las que generan el antecedente para que los tomadores de decisión desconozcan potencialmente las implicancias y dificultades existentes a la hora de brindar salud al interior de un sistema planificado. Pero no sólo eso, dado que los SAMCos tienen capacidad para contratar y ejecutar gasto, sin contemplarse ninguna modalidad específica para hacerlo, es la propia ley la que perjudica los efectos positivos de la acción colectiva, al mismo tiempo que genera el incentivo a la entrada de interés locales, ya sea desde el ámbito privado de la salud o de la política partidaria o extra partidaria.

A más de 40 años de haberse implementado la ley 6312/67, conocer las causas que originaron la heterogeneidad de situaciones y falencias de la prestación del servicio, son insuficientes. Una reforma de la normativa hacia mayores niveles de coordinación y eficiencia, implica la modificar las reglas de juego de una multiplicidad de arenas políticas locales, que no se dirimen en el plano de lo legislativo o de lo económico, sino en el plano de lo político, para lo cual es válido preguntarse sobre las capacidades del estado.

En términos de Evans (2007), “abundan los organismos normativos o administrativos, pero la mayoría no tiene la capacidad de perseguir metas colectivas de un modo predecible o coherente, ni el interés de hacerlo”. Tener *capacidad* significa contar con organizaciones aptas para una acción colectiva sostenida, y no meramente con la libertad para tomar individualmente decisiones que sigan la lógica de la situación económica. La capacidad del estado es un bien escaso.

¹² La segunda tabla no incorpora el rubro “Fondos de Otras fuentes”, como ser: 1-Aportes, subvenciones o subsidios. 2- Prestaciones efectuadas y 3- Herencias, legados o donaciones. Vale aclarar que si bien, los SAMCos tienen capacidad de cobrar por prestaciones a particulares y a obras sociales, las formas no han sido especificadas.

Tabla N° 1: Dirección y ejecución por ley N° 6312/67 - SAMCo - Composición, elección, atributos y responsabilidades.

Dirección y ejecución	Director Médico	Representantes		Comisión Ejecutiva		
		Del Estado	Instituciones de la Comunidad	Presidente	Secretario	Tesorero
Composición y número	Un solo titular	Interventor (caso excepcional).Un solo titular	Un representante y un suplente de cada institución. 8 titulares como mínimo, que conforman el Consejo de Administración.	Un solo titular	Un solo titular	Un solo titular
Elección/designación/conformación	Designado y rentado por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud	Designado y rentado por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud, previo sumario administrativo	Por libre elección en participar, las instituciones de bien público de reconocida solvencia moral y económica que no persiguen fines de lucro; existentes en la localidad respectiva	Por elección -en asamblea- de todas las instituciones que conforman el Consejo de Administración, a simple pluralidad de sufragios		
Atributos	Asesoría técnica hacia el Consejo de Administración, con voz pero sin voto en sus deliberaciones	Concentra los atributos y responsabilidades del Consejo de Administración y de la Comisión Ejecutiva.	1. Gobierno del hospital 2. Remoción de la Comisión Ejecutiva por simple pluralidad de sufragios	1. Plena representación legal 2. Órgano ejecutivo 3. Liberación de cheques y órdenes de pago con cargo a la entidad 4. Dictado de reglamentaciones internas para el personal 5. Designar, contratar, promover y sancionar al personal 6. Aceptar legados, donaciones y herencias con beneficio de inventario 7. Vender bienes muebles que no sean necesarios y/o que deben ser renovados		
Responsabilidades	Conducción técnica del servicio		Designará al Consejo de Administración que saldrá de su propio seno	1. Proyectar y elevar anualmente el presupuesto general y cálculo de recursos al Ministerio de Salud 2. Elevar Memoria y Balance ejecutados para aprobación al Ministerio de Salud 3. Ejecutar el presupuesto 4.Ejecutar las decisiones del Consejo de Administración		
Duración del mandato	S.R.	Por la duración del período de normalización	2 años, siendo renovables por mitades de año	Se renuevan cada 2 años. Son reelegibles indefinidamente		

S.R. Sin referencia

Fuente: Ley N° 6312/67 -S.A.M.Co.- Servicio de Atención Médica de la Comunidad

Tabla N° 2: Recursos por origen y dimensiones varias - Ley N° 6312/67 - SAMCo				
Dimensiones	Fondos de Organismos Oficiales			
	Nacionales	Provinciales	Municipales y/o Comunales	Universidades y/o entes oficiales
Restricciones	S.R.	Los recursos ingresarán a una cuenta especial a depositarse en un Bco. Oficial sino la hubiere en la plaza o lugar más cercano al domicilio legal del ente, dentro de las 48hs. De haber sido recibidos		
Afectación específica	S.R.	Solamente podrán ser utilizados para atender los gastos que demanden las prestaciones gratuitas a que el ente esté obligado según sus fines y propósitos, de la presente ley en ese sentido, si de otra manera no fuere posible cubrir esos gastos, con otros recursos		
Control y fiscalización	S.R.	El Ministerio de Salud pública, por intermedio del organismo técnico administrativo que fuere de lugar, ejercerá vigilancia en todos los aspectos administrativos, económicos-financieros y patrimoniales de estos entes, verificando el movimiento de fondos, valores y especies.		
S.R. Sin referencia				
Fuente: Ley N° 6312/67 -S.A.M.Co.- Servicio de Atención Médica de la Comunidad				

Así presentada, la cuestión excede ampliamente a las gestiones de turno. Además de los vaivenes económicos que todos los sectores dependientes del gobierno provincial deben transitar, las relaciones de agencia¹³ entre políticos y burócratas son determinantes a la hora de generar políticas proactivas en materia de salud. Según el orden de lo expuesto, un estudio más exhaustivo que contemplara la situación efectiva de la prestación del servicio debería apuntar en esa dirección.

VI – A modo de conclusión: Conformar la agenda de necesidades considerando las restricciones

¹³ El modelo Principal-Agente propone un principal con objetivos específicos, y agentes que son necesarios para implementar las actividades necesarias para alcanzar esos objetivos. Estos agentes, mientras pueden compartir algunos de los objetivos del principal, simultáneamente, poseen otros intereses -por lo general personales-, como incrementar su propio ingreso. Existe entre ambas instancias asimetrías de información y recursos, que exigen -por parte del principal- generar mecanismos de regulación para que los agentes cumplan con los objetivos de las instancias superiores.

Para analizar las demandas sociales que emanan de la sociedad civil, se utiliza la clasificación que realiza Hirschman (1984) sobre agenda gubernamental, institucional o formal que “es el conjunto de problemas, demandas, cuestiones y asuntos depurados y aceptados para la consideración por parte de los encargados del ejercicio del poder político, no todo asunto público es urgente o descuidado. La agenda decisoria o política está constituida por el conjunto de los asuntos o temas que son objeto de decisión o no decisión del gobierno”.

Para avanzar sobre este punto, analicemos el estado de la situación del sub-sistema de salud. Según la información suministrada de fuentes primarias por miembros de la actual gestión del Ministerio de Salud Provincial, se confirman los problemas de coordinación entre los mandos centrales de la provincia con respecto a sus propios efectores, como así también las dificultades para poder avanzar en un intento de reforma o modificación de la ley actual.

A partir de esto último, empieza a ser claro que la incumbencia de las organizaciones locales en la toma de decisiones no bastan por sí solas para lograr las condiciones necesarias que permitan un buen desempeño de la acción colectiva. La operativización de la participación democrática de los actores locales requiere consolidar un juego de reglas claro con agentes y funciones identificables, con autonomía para llevar a cabo sus actividades, pero sin dejar de comprometer la participación sistemática en la política sanitaria global.

Caso contrario a lo que buscaba el espíritu de la norma, el modelo de gestión para cada una de las entidades SAMCo ha resultado en una heterogeneidad de situaciones dependientes de las condiciones e intereses locales. Son pocos los SAMCos que han logrado generar su propio flujo de caja, siendo los efectores del norte de la provincia de Santa Fe, los que en peores condiciones de financiamiento se encuentran; en tanto que en las ciudades importantes del sur de la provincia –el caso paradigmático es la ciudad de Rosario- las gestiones municipales reaccionaron a esta situación generando sus propios servicios de salud, pero profundizando el esquema regresivo de asignación de recursos para la salud, y aumentando la inequidad del sistema provincial.

Al analizar los componentes de la capacidad estatal política, la “que se interpreta como la capacidad de los gobernantes para problematizar las demandas de los grupos

mayoritarios de la población, tomando decisiones que representen y expresen los intereses y las ideologías de los mismos (Repetto, 2004)”; fuentes primarias confirman que ante los obstáculos para dinamizar el sistema de información epidemiológico de la población, y dadas las restricciones presupuestarias por las que atraviesa actualmente la provincia, la conformación de la agenda pública se ha volcado a reaccionar en satisfacer necesidades sanitarias de alto impacto mediático –como por ejemplo, la campaña de prevención del dengue-, viéndose relegadas aquellas cuestiones que avanzan en la consolidación de un sistema más equitativo de salud.

Nótese que este último punto, según la experiencia internacional reciente, es condición favorable al desarrollo de la población. Finalmente, por todo lo expuesto a lo largo de este trabajo, no deben caerse en el error de adjudicar las falencias del desempeño del sistema de salud a una gestión en particular. Sean éstas del signo político que sean, si pretenden modificar la ley SAMCo, se encontrarán con problema de comenzar el camino de la reforma, con la misma estructura burocrática y la obligación de seguir brindando salud a la población.

Queda planteada la pregunta, de si la institucionalización de la Región Centro, sería favorable para derribar los obstáculos de la coordinación de la política sanitaria, o si por el contrario, va a ser detenida por la inercia de las instituciones de ésta, y las demás provincias que la conforman.

Bibliografía

ARROW, K.J. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *The American Economic Review*, Vol. 53, No. 5. (Dec., 1963), pp. 941-973, disponible en: <http://links.jstor.org/sici?sici=00028282%28196312%2953%3A5%3C941%3AUATWEO%3E2.0.CO%3B2-C>

BELMARTINO, S. (2005). "La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos". Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires.

CETRÁNGOLO, O. y JIMÉNEZ, J.P. (2004). "Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina", *Revista de la CEPAL* 84 (Diciembre): 117 - 134.

CETRÁNGOLO, O.; LIMA QUINTANA, L. y SAN MARTÍN, M. (2007). "Situación del sector salud en Argentina – Análisis en el contexto de un sistema descentralizado". Informe para el Banco Interamericano de Desarrollo. Buenos Aires, Marzo de 2007.

COSTAMAGNA, P. (2007). "Políticas e instituciones para el desarrollo económico territorial. El caso Argentina", (Octubre), disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/32042/sdt1.pdf>.

EVANS, P. (2007). "El estado como problema y solución". Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual. Carlos H. Acuña: Compilador. Buenos Aires.

HISCHMAN, A. (1984). "De la economía a la política más allá", FCE, México.

KATZ, J. (2008). "Una nueva visita a la teoría del desarrollo económico". Documento de Proyecto, CEPAL.

NORTH, D. (1993) "Instituciones, cambio institucional y desempeño económico, FCE, México.

OATES, W.E. (1972). "Fiscal federalism". New York, Harcourt Brace Jovanovitch, 1972.

PRZEWORSKI, A. (2007). "Acerca del diseño del Estado: Una perspectiva principal-agente". Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual. Carlos H. Acuña: Compilador. Buenos Aires.

REPETTO, F; (2004): "Capacidad estatal: requisito necesario para una mejor política social en América Latina" en Documentos de Trabajo del INDES, Serie Documentos de Trabajo I-52, Washington, D.C

REPETTO, F. y ALONSO, G. V. (2004). "La economía política de política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización". CEPAL, Serie Políticas Sociales 97. Santiago de Chile, octubre de 2004.

STOLKINER, A. et al. (2003). "Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense". Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Seminario II, Buenos Aires, Junio de 2003

TESTA, M. et al. (1994). "Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública". Lugar Editorial, Buenos Aires.

TOBAR, F. (2000) "Herramientas para el análisis del sector salud," ISALUD, disponible en: http://www.isalud.org/htm/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF.

TOBAR, F. (2007), "Salud y Desarrollo ¿quién ayuda a quién?", disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar/economia.php>