

# Un clásico latinoamericano: políticas sin capacidades. Las reformas de salud en Argentina y Brasil durante la década de 1990

## *A Latinoamerican classic: powerless policies. Health policy reforms in Argentina and Brazil during the 1990s*

### **GUILLERMO V. ALONSO**

Professor do Instituto de Investigaciones Políticas (IIP)-CONICET/ Escuela de Política y Gobierno, UNSAM, Argentina.

Buenos Aires – Argentina

orcid.org/0000-0002-8755-7519

alonso@unsam.edu.ar

### **VALENTINA SUÁREZ BALDO**

Professora do Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil.

RJ – Brasil

orcid.org/0000-0002-0895-7582

valentinasb@hotmail.com

### Resumen

No es infrecuente en nuestra región la frustración de políticas como consecuencia de los déficits de las capacidades estatales necesarias para alcanzar sus objetivos. Los casos de las políticas de salud en Argentina y Brasil desde fines de los años ochenta, aunque recorriendo distintos senderos, nos ilustran sobre este reiterado problema. En el plano de la política de salud ambos países enfrentaron desafíos distintos: en Brasil llegaba el momento de pasar de la formulación a la implementación de la reforma universalista triunfante en 1988. En Argentina, en cambio, se inauguraba una etapa de iniciativas específicas para cada sector en que se divide el sistema de salud: desregulación para el seguro social y descentralización para el sistema público de salud. Nuestro propósito es mostrar, sin embargo, que ambos casos compartieron a la hora de implementar los cambios un mismo tipo de problema, que en cierta medida limitaría o distorsionaría los objetivos iniciales de las políticas; esto es, los déficits de capacidades estatales. Además, buscaremos responder cuánto de ello se pudo deber a la contingencia de la crisis fiscal, a restricciones institucionales o a la orientación predominante de las respectivas coaliciones de gobierno.

Palabras-Clave: Reformas sanitarias; Capacidades estatales; Argentina; Brasil.

### Abstract

In our region the failure of policy as a result of state capacity deficits is nothing uncommon. Argentina's and Brazil's health policies, since the end of the eighties, work as example of this recurring problem. Even when representing diverging paths. Policy-wise both countries were challenged by different events: Brazil handled the transition into the application of the universalist reform victorious in 1988; meanwhile, Argentina was inaugurating an era of precise sectorial initiatives -deregulation and decentralization in the public health system. Our aim is to show, nevertheless, that both cases shared the same kind of issue when it came to implementing policies, which in a way limited or distorted the original goals of those policies (meaning the state capacity deficits). Moreover, we will try to answer how much of that is owed to the eventuality of the fiscal crisis, institutional obstacles or the dominant political orientations of the corresponding government coalitions.

Keywords: Health policy reforms; State capacity; Argentina; Brazil.



<http://dx.doi.org/10.51861/ded.dmvdd.3.044>

Recebido em: 23 de julho de 2022. Aprovado em: 27 de agosto de 2022.

## INTRODUCCIÓN

Toda política pública implica una definición, se haga explícita o no, en términos de lo que Max Weber llamaba racionalidad material o sustantiva; esto es, respecto de cuáles son los fines u objetivos hacia los que se encaminará el curso de acción seleccionado, los valores que buscan ser realizados a través de una política. Junto con ello, la otra dimensión esencial de un proceso de formulación de políticas reside en la definición de cuál es el instrumento o conjunto de instrumentos más adecuados para realizar los fines preferidos. A modo de ejemplo, pueden considerarse aquí las definiciones sobre si la estrategia más adecuada para un sistema de educación o de salud es una mayor o menor descentralización; o bien, resolver de un modo u otro el dilema entre reparto o capitalización para realizar los objetivos perseguidos por la seguridad social, o si se trata de introducir competencia o establecer un asegurador único en un esquema de seguro de salud.

En la mayoría de los casos, la energía política desplegada en los procesos de formulación de políticas tiende a concentrarse exclusivamente en las dos dimensiones señaladas arriba, quedando en un segundo plano, o a veces totalmente omitida, la pregunta esencial de si están disponibles las capacidades estatales necesarias para realizar los objetivos de las políticas diseñadas, y, en ausencia de ellas, cuáles serían las estrategias para cerrar la brecha entre capacidades y objetivos, sin malograr a éstos. En los países latinoamericanos, periódicamente afectados por crisis fiscales y con déficits históricos en el desarrollo de sus burocracias, la pregunta parece tanto más pertinente como, sin embargo, escasamente considerada al momento de la formulación de políticas. El resultado puede ser la frustración de las políticas o la distorsión de sus objetivos iniciales, una vez que las capacidades ausentes condicionan el proceso de implementación. Los casos seleccionados en nuestro trabajo permitirán ilustrar una situación de este tipo.

Tanto Argentina como Brasil intentaron reformar sus sistemas de salud durante la segunda mitad de los años ochenta en dirección al logro de un sistema nacional de salud. Mientras en Brasil se alcanzó el éxito en la etapa de la formulación, lográndose la aprobación del proyecto en 1988, en Argentina el proyecto decantó en la ratificación del *bismarckismo* como eje de un sistema dividido en tres subsistemas (público, seguridad social y privado) (ALONSO, 2020). En el plano de la política de salud ambos países enfrentaron desde comienzos de la década de los noventa desafíos distintos: en Brasil llegaba el momento de pasar de la formulación a la implementación de la reforma universalista. En Argentina, en cambio, se inauguraba una etapa de iniciativas específicas para cada subsector en que se divide el sistema de salud; en especial, las principales reformas se intentaron en el campo de la seguridad social en salud, el sistema de las *obras sociales*. Sin embargo, es nuestro propósito mostrar que ambos casos compartieron a la hora de implementar los cambios un mismo tipo de restricciones, que en cierta medida limitarían o distorsionarían los objetivos iniciales de las políticas; esto es, los déficits de capacidades estatales. Además, buscaremos responder cuánto de ello se debió a

la contingencia de la crisis fiscal, a restricciones institucionales o a la orientación predominante de las respectivas coaliciones de gobierno.

En este artículo focalizamos en la década de los años noventa como primer paso en una perspectiva analítica interesada en considerar los vaivenes que manifestaron las políticas de salud regionales durante la democracia. Fue en la década de 1990 cuando los déficits de capacidades fiscales y regulatorias, en el contexto de un emergente paradigma remercantilizador, favorecieron el inicio de una trayectoria dependiente que llevó a la segmentación de los sistemas de salud, incumpliendo con la promesa universalista en Brasil y debilitando aún más la solidaridad grupal en el caso del bismarckismo argentino, así como profundizando la fragmentación del sistema público de salud.

La política de salud es uno de los ámbitos de lo público más exigente en cuanto al desarrollo de una adecuada capacidad de acción estatal. El estado debe cumplir funciones de financiamiento, prestación y regulación -combinadas en distintos equilibrios según los diferentes modelos y sistemas- para garantizar el acceso equitativo a la cobertura sanitaria entendida como un derecho de ciudadanía. En el contexto de procesos de descentralización serán necesarias políticas compensatorias entre regiones de desiguales niveles de desarrollo, que eviten la desarticulación y fragmentación de los sistemas de salud. Entre los bienes públicos que debe producir el Estado está la necesidad de definir una política nacional de salud, que garantice niveles de coordinación entre las entidades subnacionales. Por todo ello, la política de salud es un espacio de observación muy adecuado para indagar acerca de cómo y por qué las políticas pueden ser condicionadas por las capacidades disponibles.

Los dos casos se ubican entre los países latinoamericanos de mayor producto per cápita y fueron algunos de los que más tempranamente desarrollaron sistemas de seguridad social y de salud en la región (GARAY, 2016). Los dos casos convergieron también en el predominio del bismarckismo en el desarrollo histórico de esos sistemas; así como compartían la organización en tres subsistemas: seguridad social, sector público y sector privado. Los dos países comparten un rasgo institucional relevante: Argentina y Brasil son estados federales, siendo este un factor que impone soluciones descentralizadas por mandato constitucional antes que por definición de las políticas.

En Brasil, el modelo *universal*, aprobado con la reforma constitucional de 1988, mantiene y fortalece la responsabilidad e intervención pública en el sistema de salud. El sistema público de salud se financia desde una caja única y no introduce competencia en la esfera del aseguramiento. En el caso de Brasil, se produce una fuerte descentralización del sistema dando mayor autonomía al nivel estadual y municipal. También era un propósito de la reforma brasileña regular al sector de los seguros privados, que operaban en un marco de amplia desregulación, y que contiene a alrededor de un 25% de la población de ese país, pero este objetivo se demoró considerablemente. Al punto que el modelo brasileño podría ser conside-

rado dual *por defecto*, habiéndose frustrado el objetivo inicial de un sistema efectivamente único. El caso de Argentina, donde pervive el *seguro social bismarckiano* como sector predominante de su sistema de salud, se mantiene la fragmentación en tres subsectores: el público, el de seguridad social, y el privado. El fracaso de la reforma sistémica de sustitución del bismarckismo a mediados de los años ochenta legó una persistente tendencia a ensayar reformas parciales y desarticuladas. Durante los años noventa del siglo pasado, se promovieron sendos tipos de soluciones según el subsistema respectivo: para el sector público de salud la estrategia predominante fue la descentralización, mientras que para el subsistema de las obras sociales se buscó la desregulación del sector.

Tomamos como punto de partida el respectivo resultado de reforma de salud de los años ochenta: triunfo del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil y ratificación del bismarckismo en Argentina. Sobre ese legado de *policy* nos vamos a detener en principio en las reformas de los años noventa, que en Brasil coinciden con los primeros años de implementación del sistema reformado. Vamos a tomar los dos ejes de reforma que caracterizaron a las iniciativas en el campo de la salud durante esos años: uno, tendiente a desplazar competencias desde el nivel central a los niveles subnacionales; el otro, tendiente a definir un nuevo *mix* público-privado, buscando incrementar el peso de este último sector.

El trayecto analítico se orientará a través de distintos interrogantes. ¿De qué dependieron las demoras y dificultades en la implementación de la reforma brasileña? ¿Fueron las nuevas restricciones que impuso la irrupción de la crisis fiscal a fines de los ochenta y comienzos de los noventa? ¿O fueron las orientaciones político-ideológicas de los poderes ejecutivos con posterioridad a la reforma, menos comprometidos o abiertamente adversos a los valores y objetivos prometidos en la reforma universalista? En el caso argentino, ¿la derrota del intento de implantar un seguro nacional de salud, canceló definitivamente la posibilidad de un cambio sistémico e integrador del sistema de salud? ¿Solo pudieron contemplarse reformas parciales y desarticuladas, contribuyendo a retroalimentar la fragmentación y desarticulación que caracterizan al sistema?

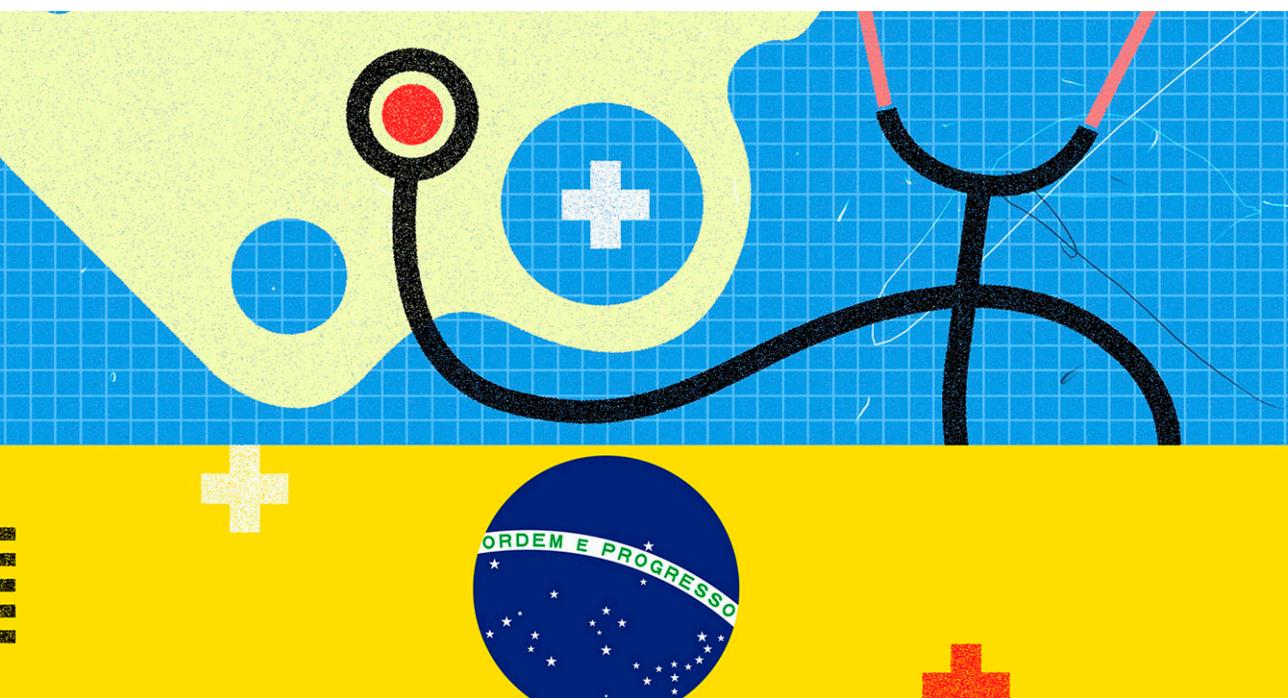
¿En qué medida los nuevos legados de *policy* emergentes desde los años ochenta condicionaron las opciones estratégicas de los actores promotores de nuevos cambios? ¿Las políticas implementadas crearon nuevos actores y desplazaron a las arenas políticas que tuvieron centralidad en la etapa de formulación? ¿Depende de la capacidad de articulación coalicional o de la concentración de poder decisorio de los ejecutivos que los proyectos de nuevas políticas alcancen y avancen en la fase de implementación sin alterar sustancialmente su contenido?

## EL CASO ARGENTINO. ENTRE LA DESREGULACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SUBSISTEMA PÚBLICO DE SALUD

El sistema de *obras sociales* argentino constituye un sistema de seguro social de salud. Como toda institución de seguro social, sus servicios y prestaciones están dirigidos a cubrir al trabajador formal ante distintas contingencias; en el caso en cuestión, frente al riesgo de enfermedad propia y de sus familiares directos. Las obras sociales de jurisdicción nacional son entidades administradas en la mayoría de los casos por los sindicatos laborales correspondientes a cada rama de actividad.

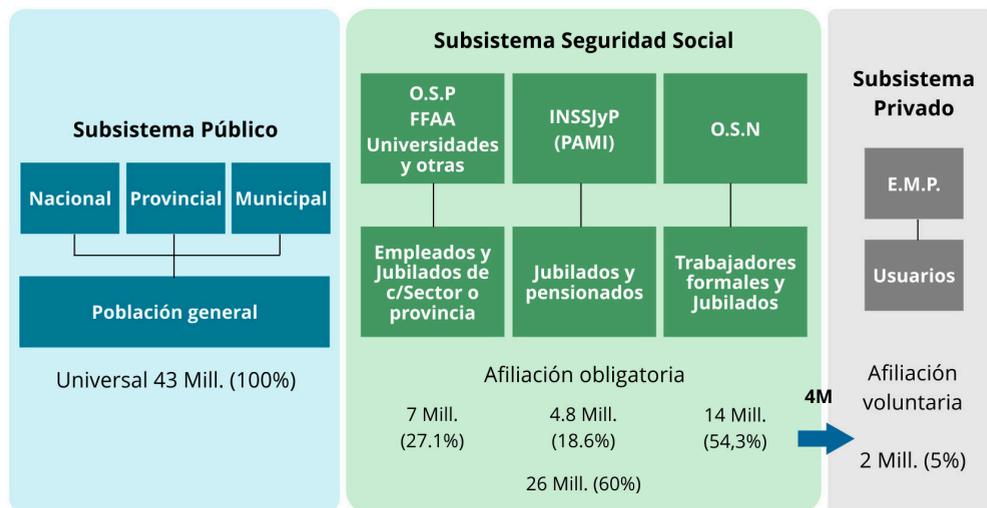
En los años de 1970 la definitiva consolidación del sistema de obras sociales en la Argentina tendió a configurar un sistema de salud fragmentado en tres subsectores, diferenciados por la población a la que brindan cobertura y por el tipo de financiamiento que los caracteriza. El sistema se estructuró en tres subsectores: uno público, un segundo sector de seguros privados (empresas de medicina prepaga, EMP) y otro comprendido dentro de la seguridad social (*obras sociales*). El rasgo más evidente del sistema en su conjunto es la desarticulación entre los distintos subsectores que lo conforman y la fragmentación que tiende a manifestarse dentro de ellos (CETRÁNGOLO et AL., 2018; LIEUTIER, A. et AL., 2021).

Aunque tomando datos poblacionales de 2015, es decir posteriores a los procesos que analizamos, el esquema presentado más abajo permite graficar claramente la estructuración del sistema de salud argentino en tres subsistemas, y cómo cada uno de ellos, a su vez, se fragmenta en su interior. Si bien la cobertura del sistema público de salud es universal y por lo tanto su cobertura abarca nominalmente al 100% de la población argentina, en los hechos es la población de menores ingresos y excluida del mercado de trabajo formal la que tiene solamente cobertura pública,



representando ésta alrededor del 35% de la población total. La seguridad social es el subsistema de más extensa cobertura, abarcando también el fenómeno de la doble cobertura superpuesta con seguros privados (circa 4 millones, ver esquema 1).

Esquema 1 – Cobertura de los distintos subsistemas de salud de Argentina, 2015<sup>1</sup>



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit, 2018

La crisis del mercado de trabajo que afectó a la Argentina en el último cuarto del siglo XX planteó al sistema de obras sociales serios problemas de financiamiento y cobertura, ya que el mismo se financia con aportes del trabajador y contribuciones patronales sobre la nómina salarial. Junto con el crecimiento del desempleo y la caída del salario real se agregó el problema de la alta evasión observada en la economía, aspecto que se encontraba vinculado a la creciente informalización del mercado de trabajo así como a la ausencia de adecuadas capacidades estatales, lo cual originaba serios problemas en la recaudación de aportes y contribuciones.

Cada trabajador quedaba afiliado a la obra social correspondiente a su rama de actividad, a favor de la cual se destinan los aportes obligatorios y proporcionales al salario. El sistema de obras sociales se organizó siguiendo las líneas de rama de actividad, con lo cual reprodujo las segmentaciones de la estructura productiva pero con prestación homogénea dentro de cada obra social. Es decir, todo trabajador perteneciente a una rama de actividad recibía la misma prestación independientemente de su nivel de aporte. Al interior de cada obra social, la redistribución se opera desde los trabajadores con mayor salario hacia los de menor ingreso, y desde los que tienen menor riesgo hacia los que presentan mayor riesgo. Pero el distinto nivel de ingreso medio por rama implicó una distribución muy desigual del gasto per

<sup>1</sup> Siglas del esquema: OSP (obras sociales provinciales); FFAA (Fuerzas Armadas); INSSJyP (Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados); PAMI (Programa de Atención Médica Integral); OSN (obras sociales nacionales); EMP (empresas de medicina prepaga).

cápita por obra social. La desigualdad en la disponibilidad de recursos heterogeneizó en cantidad y calidad las prestaciones que recibían los beneficiarios del sistema.

El Fondo de Redistribución del sistema se creó con el propósito de otorgar subsidios inversamente proporcionales a los ingresos promedios por beneficiario. Sin embargo, este no fue el criterio que prevaleció en la práctica. El Fondo no cumplió con el objetivo redistributivo *entre* obras sociales, consolidándose la lógica de un sistema que muestra solidaridad plena dentro de cada rama pero con bajo nivel de solidaridad entre ramas de actividad. La afiliación obligatoria a la obra social correspondiente a cada rama de actividad fue el aspecto organizativo del sistema que se constituyó en el centro de los diagnósticos y críticas predominantes sobre el régimen durante los años noventa del siglo pasado. Según éstas, el flujo asegurado de recursos, que implicaba la afiliación obligatoria, y la ausencia de competencia hizo que las entidades no buscaran eficien- tizar el gasto ni mejorar la calidad de los servicios.

En los años de 1990, durante el gobierno de Carlos Menem (1989-1999), se impulsó una política de reforma del sistema de obras sociales. Esta consistió fundamentalmente en la introducción de nuevas reglas de juego (*la libre elección*). En 1993 el Poder Ejecutivo Nacional estableció la desregulación del sistema de obras sociales, que permitiría la elección de las entidades aseguradoras por parte de los afiliados del sistema. La nueva disposición tenía alcance sobre los trabajadores formales bajo cobertura del sistema, pero a diferencia de una propuesta oficial del año anterior, la libre elección por parte del afiliado quedaba limitada al universo de las obras sociales y no eran incorporadas a la competencia las empresas de medicina pre-paga (seguros privados). Este primer impulso desregulador entró en un impasse a la espera de su efectiva implementación.

Durante 1995 se reactivaron las iniciativas de política en el proceso de reforma del sistema de obras sociales. En mayo de 1996 se aprobó el *Programa Médico Obligatorio* (PMO, el paquete común de prestaciones para todos los beneficiarios) y también se creó la Superintendencia de Servicios de Salud, que sería el organismo regulador y de control del nuevo sistema desregulado. Respecto de las funciones que ya habían detentado los anteriores organismos de control, la nueva Superintendencia agregaba, además de la atención directa al beneficiario, el control y garantía del derecho a elección de obra social por parte de los afiliados y la fiscalización del PMO<sup>2</sup>. Y éstas eran funciones que exigían por definición una mayor capacidad de control y fiscalización estatal para lograr su cumplimiento efectivo.

Durante cuatro años la desregulación no tuvo vigencia. Recién a partir de enero de 1997 comenzó a darse un proceso de “libre afiliación” de obra social. Alguna normativa posterior al avance de la desregulación producido en 1997 no sólo falló en contrarrestar las debilidades en términos de equidad del sistema sino que, además, introdujo incentivos para profundizarlas. Así ocurrió con un decreto del año 1998

---

<sup>2</sup> Para un análisis sobre los déficits de capacidades heredados de los anteriores organismos de control del subsistema de obras sociales y de la trama de relaciones de poder entre éstos y su entorno sociopolítico, puede consultarse Alonso (2004).

que habilitó a las obras sociales a contraprestar a los nuevos afiliados solamente un PMO, aun cuando ésta fuera una cobertura ubicada por debajo de la que brindaba a sus afiliados de origen. Es decir que la lógica desreguladora conllevó en su normativa la posibilidad de ahondar aún más los elementos de fragmentación y desigualdad del sistema, pues mediante la práctica de los planes diferenciales estos factores se introdujeron también dentro de cada obra social, y tendió a quebrarse la solidaridad intra-rama característica del subsistema.

No se alcanzó durante los años noventa un marco regulatorio efectivo que permitiese evitar estrategias de “descreme” (selección de los mejores riesgos) mediante la diferenciación de planes al interior de cada obra social. Esta dinámica se acentuó con las asociaciones *de facto* entre algunas obras sociales y empresas de medicina prepaga (seguros privados), que comenzaron a competir mediante la oferta de planes de servicios diferenciales para captar la demanda de mayor poder adquisitivo<sup>3</sup>. Estas tendencias tendieron a cristalizar la dualización del sistema entre obras sociales “ricas” y “pobres”. Es que tanto la introducción de la libre elección de obra social como el establecimiento del “piso” común de acceso definido por el PMO presuponían como *conditio sine qua non* la necesidad de un eficaz Estado regulador y fiscalizador. Al igual que lo observado en las privatizaciones de las empresas públicas durante los años noventa, la introducción de cambios en las reglas de juego avanzó sin tomar en cuenta si existían previamente las agencias capaces de hacerlas cumplir e incluso los marcos regulatorios integrales más adecuados<sup>4</sup>. Entre la excesiva confianza en los mecanismos de mercado (competencia) y la ausencia de las capacidades estatales necesarias<sup>5</sup>, el resultado emergente de la política desregulatoria en el sector resultó en un equilibrio claramente subóptimo, no sólo desde la perspectiva de la equidad y la solidaridad sino que tampoco favoreció una dinámica sistémica de mayor eficiencia. El asegurador que “descrema” no hace más que desplazar costos hacia otros aseguradores o al sistema público de salud. De este modo, el resultado agregado no representa ganancias en términos de bienestar social.

Una manera eficaz de contrarrestar estrategias de selección de riesgos es mediante el establecimiento de un sistema de compensación automática según cápitas ajustadas por riesgo por parte del organismo encargado del control del

---

3 Dada cierta ambigüedad del marco normativo algunas obras sociales comenzarían a operar como “prestadoras de matrícula”, de tal modo que los afiliados trasladarían sus aportes hacia la medicina prepaga.

4 Sobre este punto ver Oszlak (2002).

5 Los enfoques pro-mercado han considerado como un factor fundamental para proteger el interés de los beneficiarios de un sistema de seguro de salud el otorgarles a éstos capacidad de salida, a efectos de que puedan impedirse, mediante la activación de mecanismos de competencia, comportamientos rentísticos por parte de los aseguradores o prestadores. Sin embargo, los efectos de individualización y atomización que promueve la introducción de la salida pueden fortalecer, en ausencia de eficaces instrumentos compensatorios y equilibradores por parte del Estado, asimetrías de mercado en detrimento del beneficiario.

sistema. Esto consiste en ajustar los subsidios de acuerdo a las diferencias en riesgos de salud que presentan las poblaciones de cada obra social. Los sistemas de ajuste por riesgo son considerablemente complejos tanto en su diseño como en su operación, y exigen la elaboración de un padrón de afiliados al sistema que incorpore variables de índole demográfica (edad, sexo, lugar de residencia) que pueden servir como adecuados predictores de riesgos de salud. Un sistema de ajuste por riesgo hubiera requerido de una Superintendencia constituida en un ámbito de discusión técnica, con un sólido núcleo de técnicos (actuarios, sanitarios, economistas, epidemiólogos, especialistas en estadística, etc.), capaz de estudiar las particularidades y formular diagnósticos de los mercados de salud, elaborar propuestas de nuevas regulaciones y diseñar los mecanismos de control más eficaces de éstas. Pero la posibilidad de establecer dicho sistema al comienzo de la implementación de la desregulación enfrentaba serias restricciones vinculadas a los déficits de capacidades técnicas que caracterizaban a la Superintendencia (ALONSO, 2007, p. 171-200).

Mirado en perspectiva, lo que se destaca del proceso de la reforma del seguro social de salud es que la introducción de la libre competencia entre obras sociales no fue acompañada por los prerequisites necesarios en cuanto a un marco regulatorio adecuado – sobre todo en los aspectos dirigidos a garantizar la equidad del sistema – ni de suficientes capacidades estatales de control y fiscalización. No bastaba con introducir competencia para subsanar los problemas del sistema, como supuso el optimismo neoliberal de los noventa, sino ante todo una mejor regulación y control del sistema.

Los reformadores más convencidos de la necesidad de introducir mecanismos de mercado aceptaron restringir sus objetivos iniciales, cuando limitaron la desregulación a la competencia entre obras sociales solamente, pero no a modificar el *timing* de la política. Ante todo se trataba de introducir alguna forma de competencia entre obras sociales, aun cuando no existiera previamente el marco regulatorio más adecuado ni estuvieran disponibles las capacidades estatales para hacerlo cumplir. Esto confirmaría que la *libre elección* operó fundamentalmente como un instrumento político, dirigido antes que nada a alterar las relaciones de poder en el sector, en lugar de ser una opción fundada en sus – reales o supuestas – potencialidades *eficientizadoras*.

La incorporación de facto de las prepagas al sistema – y el consiguiente efecto *descrime* derivado – fue posible a consecuencia de la concurrencia de sendos déficits observables a nivel de capacidades regulatorias del sistema. Por un lado, fue posible porque las ambigüedades del marco normativo permitieron que las empresas de medicina prepaga funcionaran en los hechos como aseguradoras, habilitadas por una normatización laxa de la figura de contratación por parte de las obras sociales. Por otro, y fundamentalmente, por la falta de regulación legal de estas empresas, algo que recién se lograría en el año 2011, varios años después de lanzada la desregulación del sistema de obras sociales.

La segmentación del sistema entre obras sociales “ricas” y “pobres” fue posible por la ruptura que representó la política desregulatoria. Pues la normativa que disparó el proceso a partir de 1993 estableció la propiedad individual del aporte del trabajador, el cual podía ser trasladado en su totalidad a la obra social de su elección. Esta lógica contribuyó a alterar el mecanismo redistributivo propio del seguro social, donde opera una solidaridad grupal plena al menos dentro de cada rama de actividad o categoría ocupacional. Esa ruptura disparó una trayectoria de política cuya reversión se volvió crecientemente más difícil en el largo plazo. Pues entre los “ganadores” surgidos de la reforma del sistema del seguro de salud durante la década de los años noventa puede considerarse también a los afiliados de mayor ingreso (actualmente estimados en 4 millones, ver esquema 1), que en los hechos derivaron sus aportes superiores hacia prepagas y maximizaron individualmente la posibilidad de obtener coberturas más sofisticadas. La consecuencia de largo plazo ha sido la dificultad para lograr una solución consensuada que incluya el retorno al sistema solidario de estos aportes. Las consecuencias de la reforma incrementaron no sólo los niveles de complejidad técnica de la intervención pública requerida, sino también la complejidad política del sistema. La persistencia de los déficits regulatorios derivan en déficit de capacidad política para gestionar los posibles cambios.

## **EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

La reforma del sistema de salud argentino durante los noventa no representó una estrategia de cambio integral y con alcance general sobre el conjunto del sistema. Se ha supuesto que la preferencia por una estrategia de reforma parcial emergió de un diagnóstico político que partía de considerar el frustrado intento de crear un Seguro Nacional de Salud durante el gobierno de Alfonsín (LLOYD SHERLOCK, 2004), y asumió como conveniente evitar los potenciales vetos de los distintos actores involucrados. En este contexto político predominaron las preferencias ideológicas y los objetivos priorizados por el actor que demostró un interés más sostenido en promover las reformas – en ésta y otras áreas -: la coalición articulada en torno a la tecnocracia del Ministerio de Economía. Esta ala de la coalición menemista promovía una agenda de gobierno que no sólo priorizaba reformas en las áreas económicas y fiscales, sino que también desplazaba hacia el ámbito de los servicios sociales estrategias unilaterales y lógicas extrasectoriales. Esta lógica política también se manifestó en el proceso de descentralización de los servicios sociales universales (salud y educación).

Durante la década de 1990 se completó un proceso de descentralización de los servicios de salud hacia las provincias, que había comenzado desde hacía décadas. Se trató de la transferencia de hospitales y de recursos humanos desde la jurisdicción nacional hacia las provincias, en la expectativa, además, que las transferencias de recursos coparticipables mantendrían un nivel creciente y permitirían compensar el financiamiento de los nuevos servicios asumidos por las provin-

cias. La descentralización de servicios durante los años noventa no fue diseñada atendiendo a la lógica de la propia política sectorial, sino que fue una estrategia impulsada unilateralmente desde el estado nacional con el objetivo de redefinir la relación financiera entre Nación y provincias. La motivación inmediata de la descentralización de servicios fue la de descomprimir la carga fiscal del Estado nacional (BISANG & CETRÁNGOLO, 1997). Como consecuencia de los procesos de descentralización casi toda la infraestructura hospitalaria del país quedó bajo jurisdicción provincial y en menor medida municipal. Mientras en 1990 Nación era responsable del 60,80% del gasto en salud, en 2001 había pasado a administrar el 48,72% de ese gasto (casi todo ello concentrado en el gasto de seguridad social en salud). Las provincias, en cambio, pasaron a gestionar entre esos mismos años de un 36,64% a un 45,10% de dicho gasto respectivamente, siendo la diferencia el gasto municipal (REPETTO & ALONSO, 2004, p. 29).

Entre los cambios que acompañaron el proceso de descentralización sanitaria debe considerarse la creación del régimen de los Hospitales Públicos de Auto-gestión, el cual respondía en el diseño a un propósito de dotar de autonomía a los hospitales para mejorar su administración y para la obtención de recursos propios. En los hechos, el nuevo régimen resultaba funcional a la finalidad de descargar de responsabilidades fiscales a la jurisdicción nacional y provincial. El impacto de esta iniciativa también resultó heterogéneo, dependiendo de las capacidades previas de las provincias receptoras. En las jurisdicciones donde preexistía un proyecto propio de descentralización, la provincia pudo adaptar el modelo del Hospital Público de Autogestión a las estrategias locales y beneficiarse de su implementación. En aquellas provincias que carecían de una estrategia propia de descentralización la implementación del modelo de autonomía hospitalaria no superó lo meramente formal (REPETTO & ALONSO, 2004).

Motivado por un propósito de redefinición de las relaciones fiscales entre Nación y provincias, el proceso de descentralización de los servicios sociales universales, entre ellos el de salud, soslayaron la cuestión de cuáles eran las capacidades administrativas disponibles en las provincias para asumir los nuevos servicios, así como se descuidó el diseño de las necesarias funciones de articulación y compensación por parte del estado nacional para evitar una creciente fragmentación del sistema de salud. Una vez transferidos los servicios, y dada la heterogeneidad fiscal, socioeconómica y político-administrativa de las jurisdicciones subnacionales receptoras, el resultado último fue una creciente dispersión en las formas de diseñar, financiar e implementar las políticas sociales, entre ellas las de salud.

En un balance global sobre el impacto que tuvieron los procesos de descentralización de los servicios sociales de salud y educación durante los años noventa, Cetrángolo y otros (2002) formulan el siguiente juicio:

Este peculiar proceso ha generado una desarticulación de las políticas mucho mayor a las existentes antes de las reformas y, adicionalmente, ha puesto de manifiesto el predominio que han tenido en la política fiscal de cada período

las necesidades de atender los reclamos de derechos adquiridos de generaciones pasadas (endeudamiento y previsión social) en detrimento del gasto en desarrollo del capital humano. Además, las políticas instrumentadas en Argentina no han tenido en cuenta la necesidad de contar con sólidos andamiajes institucionales en las jurisdicciones que reciben nuevas responsabilidades. Los diferentes episodios de transferencia de servicios se han decidido sin contemplar la deficiencia y diversidad de los ministerios y demás organizaciones normativas provinciales, lo que ha derivado en nuevas inequidades e ineficiencias (2002, p. 29).

El enfoque predominantemente fiscalista que predominó en el proceso de descentralización, desatento a las necesidades de la propia política sectorial y a las restricciones de capacidad estatal existentes en las jurisdicciones receptoras de los servicios, muestra de nuevo la primacía política que en la coyuntura de los años noventa había alcanzado en el interior del gobierno menemista la coalición articulada en torno al Ministerio de Economía. En el proceso de descentralización de los servicios sociales durante los años noventa se descuidó en el caso argentino la elaboración de una política nacional por parte del estado central, que evitara la desarticulación y fragmentación del sistema, además de estrategias encaminadas a lograr mayores niveles de coordinación entre las distintas jurisdicciones.

## **EL CASO DE BRASIL. LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

También en el caso de Brasil, cuando comienza la implementación de la reforma de 1988, se presentaron déficits importantes en términos de capacidad estatal, que terminaron generando una deriva del sistema hacia la dualización, frustrando el propósito inicial de lograr un sistema único y universal. Un problema de capacidad fiscal, cuando la reforma exigía más gasto público para alcanzar sus objetivos, junto con la ausencia de regulación de los seguros privados, generó un desplazamiento en gran medida de las clases medias y altas hacia este sistema desregulado. Por otro lado, la estrategia de descentralización con la que fue diseñado el nuevo sistema de salud también quedó condicionada por las múltiples realidades locales, caracterizadas por la heterogeneidad de las capacidades administrativas disponibles.

El período posterior a la promulgación de la Constitución de 1988 impuso restricciones para la implementación de la reforma sanitaria: fue una coyuntura marcada por la crisis fiscal y un ambiente económico-político neoliberal, que no era favorable a la implementación de políticas universalistas y al aumento del gasto público; apoyándose, por el contrario, el desarrollo del sector privado. Esas circunstancias comprometieron el financiamiento de servicios públicos y del propio SUS, que desde el principio fue afectado por la inestabilidad e insuficiencia de capacidades financieras para garantizar el funcionamiento tal como fue establecido en la Constitución. Además, tampoco se priorizó la construcción de las capacidades regulatorias necesarias para una adecuada integración del sector privado a un sistema único.

Si bien la coyuntura económica de hecho no era favorable para la implementación del SUS, el problema no era únicamente la falta de capacidad financiera y regulatoria. La reforma sanitaria no estaba entre los objetivos de los gobiernos que siguieron a su aprobación. Después de la redemocratización asumieron gobiernos con orientaciones político-ideológicas conservadoras, poco comprometidos o abiertamente adversos a las políticas universalistas, que llevaron adelante procesos de ajuste y reformas estructurales pro-mercado, asumiendo lineamientos en sentido contrario a las disposiciones constitucionales que promovían la intervención estatal y la ampliación de derechos (MENICUCCI, 2006). Al igual que en otros países de América Latina, en Brasil la década de 1990 se caracterizó por la emergencia de un paradigma remercantizador en las políticas de salud (MESA LAGO, 2007 *apud* Barba Solano, 2012, p. 74), con un proceso de crecimiento y consolidación del sector privado concomitante a la lenta implementación de una reforma universalista en el sector público.

La transición de la formulación a la implementación plena, un proceso que se prolongó a lo largo de diez años, constituyó una etapa crítica para la reforma del sistema de salud, con impacto en los objetivos con que fue diseñada inicialmente. Entre la promulgación de la Constitución y la aprobación de la Ley Orgánica de la Salud, en 1990, que reglamentó la reforma sanitaria, “la fuerza del sector privado condujo a una negociación legislativa que estableció el sector como complementario al público” (COHN, 2008, *apud* Laurell, 2016. p. 304), logrando que los seguros de salud pasaran a componer lo que se denominó como *salud suplementaria*. Los representantes de las instituciones privadas tuvieron significativo poder de veto y, a pesar de no haber conseguido impedir los cambios institucionales más importantes, garantizaron la preservación de arreglos previamente establecidos en favor del sector privado (MENICUCCI, 2017). Como consecuencia, a pesar de la intención de ser único, el sistema de salud permaneció segmentado después de la reforma; en él coexisten los subsistemas público y privado, además de perdurar en menor medida coberturas médicas específicas para los integrantes de las Fuerzas Armadas y de otros empleados públicos, que se mantuvieron corporativistas (SUÁREZ BALDO & MATTOS, 2021).

El proceso de implementación de la reforma implicó un desplazamiento de la arena parlamentaria a la arena política del poder ejecutivo, que a partir de 1990 estaría en manos de una nueva coalición de gobierno encabezada por Fernando Collor de Mello (1990-1992). En la fase de implementación, la presidencia dispuso de herramientas institucionales para excluir de la toma de decisiones de la política de salud a actores que habían cumplido un papel relevante en el proceso de la reforma, como expertos sanitarios y autoridades subnacionales (ARRETCHE, 2004). El cambio de gobierno de 1990, al implicar el desplazamiento de la coalición que había promovido la creación del SUS fue un factor que, convergiendo con la irrupción de la crisis fiscal, tendió a debilitar el diseño universalista de la reforma y

buscó preservar mayores espacios para el sector privado<sup>6</sup>. En 1990, fue aprobada la Ley Orgánica de Salud (n° 8.080), primera norma de reglamentación del SUS, que, sin embargo, apenas sancionada, sufrió 25 vetos del presidente Collor, que alteraron el proyecto original, principalmente en relación al control y la participación social, al financiamiento y a la estructura del Ministerio de Salud. Como consecuencia fue presentado un nuevo proyecto, que resultó en la Ley 8.142/1990, que trata de los mecanismos de control y participación social (consejos y conferencias) y de la asignación y transferencia de recursos del Fondo Nacional de Salud (FNS) para los fondos estatales y municipales (RODRIGUES & SANTOS, 2011). Aunque la Constitución establecía un sistema universal, la regulación del SUS se limitó principalmente al sector público, y el sector privado permaneció sin regulación hasta 1998.

Posteriormente, las Normas Operacionales Básicas (NOB) de 1991, 1992 y 1993 reglamentaron principios constitucionales del SUS: respectivamente, dispusieron sobre los Consejos de Salud, sobre los criterios para la transferencia de recursos para los municipios y sobre las normas y procedimientos reguladores del proceso de descentralización de la gestión de acciones y servicios de salud. La operacionalización del sistema terminó recién en 1998, cuando la NOB 1996 – cuya ejecución fuera demorada por dos años – efectivizó el SUS, al reglamentar las transferencias de recursos “fondo a fondo”<sup>7</sup> entre el gobierno federal, los estados y los municipios, poniendo en práctica el principio de descentralización administrativa (SUÁREZ BALDO & MATTOS, 2021).

A pesar de los avances en la reglamentación observados en la primera década, el SUS enfrentó la inestabilidad de las fuentes de financiamiento y la insuficiencia de recursos desde su creación. La implementación de los preceptos constitucionales implicaba gastos crecientes que los gobiernos del período no estaban dispuestos a asumir. Entre 1989 y 1992, el gasto público federal en salud se redujo casi a la mitad, cayendo de 11.320,3 a 6.571,2 millones de dólares, representando 2,55% y 1,54% del PBI, respectivamente (MEDICI, 1997).

Después de la reforma sanitaria no fueron definidas asignaciones presupuestarias explícitas para el sector salud, siendo que la definición del volumen del financiamiento y de las formas de transferencia de recursos a estados y municipios era muy importante para la implementación del SUS, debido a que la estrategia de descentralización fue pensada a partir de recursos del nivel federal. Los recursos federales representaban 80% de los recursos totales del sistema hasta fines de la década de 1980, y cayeron a 70% en los años de 1990 (MENICUCCI, 2006).

---

6 Cabe igualmente recordar que ya en la Asamblea Constituyente el movimiento sanitario no había logrado imponer sus objetivos de máxima en cuanto a lograr una nacionalización gradual de todo el sistema prestacional de salud. Este punto logró ser exitosamente impugnado por el sector de los prestadores privados, y la creación del SUS no implicó el desplazamiento de la fuerte posición que éstos ocuparon tradicionalmente en el sistema de salud brasileño.

7 Transferencias intergubernamentales del Fondo Nacional de Salud para los fondos estatales y municipales de salud (OUVERNEY & FLEURY, 2017).

En 1993, el presidente Itamar Franco (1992-1994), que asumió después de la destitución de Collor, vetó el artículo de la Ley de Directrices Presupuestarias que destinaba 30% de los recursos del Presupuesto de la Seguridad Social para la salud, tal como había sido previsto en las disposiciones transitorias de la Constitución de 1988 (SOARES & SANTOS, 2014; MENICUCCI, 2006). En ese mismo año, el ministro de Previsión Social, en un contexto de crisis del sector, canceló la transferencia de recursos para el financiamiento de las acciones de salud. Esa decisión desencadenó la mayor crisis de financiamiento del sector salud desde la reforma, debido a que los aportes provenientes de esa fuente representaban 55% de los recursos del presupuesto del Ministerio de Salud en 1992 (OUVERNEY & FLEURY, 2017). Estos tempranos incumplimientos presagiaron la inestabilidad e incertidumbre de las fuentes de financiamiento que acompañarían al SUS a lo largo de su trayectoria (GOULART, 2001).

Durante el período de las presidencias de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), simultáneamente a la expansión del SUS fueron desviadas y extinguidas fuentes de recursos del sistema, creados y retirados mecanismos de contribución e introducidos cambios en las reglas de financiamiento; siendo todos ellos factores que colaboraron para el subfinanciamiento crónico del SUS y su inestabilidad financiera, por lo menos hasta la reglamentación de la Enmienda Constitucional n° 29/2000, en 2012 (SUÁREZ BALDO & MATTOS, 2021). Esos problemas adquirieron visibilidad y entraron en agenda propuestas de fuentes de recursos alternativas. Por presión del ministro de Salud de ese momento fue creada la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros (CPMF), cuya recaudación iría a ser destinada integralmente al financiamiento del SUS (MENICUCCI, 2006; DRAIBE, 2003; DAIN, 2007). A pesar de la existencia de una nueva fuente de recursos para el sistema, por otro lado fueron retiradas otras fuentes del presupuesto de la Seguridad Social que se destinaban en gran parte al sector salud, como la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social (Cofins) y la Contribución Social sobre el Lucro de Personas Jurídicas (MENICUCCI, 2006). Finalmente, los recursos de la CPMF dejaron de ser exclusivos para el sector salud, pasando a ser compartidos con el sistema previsional, en 1999, y con el Fondo de Combate a la Pobreza, en 2001, hasta la abolición del impuesto, en 2007.

Por otra parte, fueron creados dispositivos para retirar recursos destinados a la salud, como la Desvinculación de Recetas de la Unión (DRU), en 2000; la cual, en la práctica, permite que el gobierno utilice los recursos que serían para áreas como educación, salud y previsión social para cualquier otro gasto considerado prioritario, como la formación de superávit primario o el pago de intereses de la deuda pública. La DRU fue prorrogada diversas veces y tiene vigencia prevista hasta 2023, pudiendo desvincular del destino establecido por la Constitución, actualmente, 30% de la recaudación (AGÊNCIA SENADO, 2021).

En 2000, fue aprobado un hito en la historia del SUS, que garantizó recursos mínimos y otorgó alguna estabilidad al financiamiento del SUS (GOMES, 2014):

la Enmienda Constitucional n° 29 (EC 29/00) alteró la definición de las fuentes de financiamiento originales, establecidas en la Constitución de 1988, fijando los porcentajes presupuestarios que estados y municipios deberían destinar al sector salud. Para el nivel nacional, por el contrario, no definió una asignación explícita. La EC 29/00 recién fue reglamentada en 2012, es decir más de veinte años después de la creación del SUS.

El déficit de capacidad financiera del sistema, derivado tanto de la ausencia de una fuente de financiamiento regular como de la pérdida de prioridad política que le otorgaron los gobiernos posteriores a la reforma, generaron consecuencias de largo plazo que tendieron a la dualización del sistema de salud brasileño. Durante la primera mitad de la década del noventa se produjo una notable reducción del nivel del gasto en salud pública, pasándose de un gasto per cápita de 81,43 dólares en 1989 a 54,33 dólares en 1991. Recién en 1995 se superarían los niveles de gasto per cápita de los años ochenta, alcanzándose los 100,5 dólares (FLEURY, 2002). El ajuste en el financiamiento frustraría la promesa de la reforma de sostener un sistema de salud que diera cobertura de calidad a todos los ciudadanos, y ello derivó en la autoexclusión del sistema público de los usuarios de mayor nivel de ingreso. Según una encuesta de 1998 realizada por el *Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística* (citada por ARRETCHE, 2004, p. 180-81), sólo el 14% de las personas con educación universitaria utilizaban de manera frecuente o de manera exclusiva el SUS. En cambio, el 74% de quienes tenían educación elemental incompleta y el 63% que no había completado el nivel medio de educación lo utilizaban.

El objetivo inicial de la reforma de alcanzar un sistema único de cobertura universal terminó segmentándose en un sistema público (SUS) que concentra su cobertura en los más pobres, es decir en aquellos que no tienen ingreso suficiente para adquirir seguros privados de salud, y que representan alrededor del 70% de la población (FLEURY, 2002). Al mismo tiempo, los seguros y las prestaciones privadas de servicios se expandieron después de la reforma, y la tasa de cobertura de seguros privados pasó de 20% en 1987 a 25% de la población en 1994 (ALMEIDA, 1998).

Uno de los factores que también favoreció este proceso de desplazamiento hacia los seguros privados consistió en el subsidio fiscal derivado del descuento por los gastos de seguro de salud en el Impuesto a las Ganancias brasileño (*imposto de renda*) – creado en el período de la dictadura y ampliado en los gobiernos de Fernando Henrique Cardoso–, que en la práctica funciona como un incentivo estatal a la salud privada. A través de este mecanismo, se reduce el monto del impuesto a las ganancias que deben pagar personas o empresas en función de los gastos de seguros de salud, médicos y similares (MENDES & WEILLER, 2015).

En 1998 se completó el proceso regulatorio de los seguros privados de salud. Para la regulación y control de los seguros privados se creó la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS), en la órbita del Ministerio de Salud pero con un alto grado de autonomía. A pesar de que esta regulación sectorial no implicó grandes cambios en la política de salud, contribuyó a fragilizar los principios del SUS, par-

ticularmente la universalidad y la igualdad de acceso, y consolidó formalmente la segmentación del sistema. El Ministerio pasó a regular dos subsistemas opuestos desde el punto de vista conceptual y jurídico: el SUS, fundado en la concepción del derecho a la salud, y por lo tanto, universal e igualitario; y la salud suplementar, basada en la lógica mercantil y cuyo nivel de acceso y cobertura depende de la capacidad adquisitiva individual (MENICUCCI, 2017).

## PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SUS.

El funcionamiento del SUS es orientado por un conjunto de principios y directrices establecidos en la Constitución y en la Ley Orgánica de la Salud. Uno de ellos es la descentralización político-administrativa, con dirección única en cada esfera de gobierno. La descentralización, asociada al comando único en cada ente federado, que otorga autonomía relativa para elaborar las propias políticas, buscó redefinir responsabilidades entre los niveles gubernamentales, reforzando la importancia de estados y municipios en la política de salud.

Históricamente en la trayectoria de las relaciones intergubernamentales subyacentes a la política de salud de Brasil hubo un patrón centralizador del poder, con los recursos financieros y la *expertise* situados en el nivel nacional. Este patrón de desarrollo centralizador fue establecido en los gobiernos de Getúlio Vargas (1930-1945 y 1951-1954) y profundizado radicalmente por los gobiernos de la dictadura militar posterior a 1964, y recién sería cuestionado a partir de la crisis económica internacional de los años 1970 y de la emergencia de un proyecto descentralizador. Este último proyecto fue sustentado por la articulación de actores como el movimiento sanitario, gobernadores, intendentes, gestores estaduais y locales, parte de la burocracia federal, movimientos sociales y sindicatos (OUVERNEY & FLEURY, 2017).

Así, en el contexto del proceso de redemocratización, la propuesta de descentralización, con la transferencia de recursos, competencias y responsabilidades hacia los gobiernos subnacionales, se asoció al movimiento político contra el régimen militar y el autoritarismo, y a favor de la ampliación de la democracia y de mayor eficiencia gubernamental. En la década de 1990, en cambio, en un contexto de reforma del Estado y restricciones fiscales y financieras, la descentralización se adecuó como una estrategia funcional a los objetivos del momento, que perseguían la desresponsabilización del Estado y la estabilización macroeconómica (LIMA et AL., 2012). En esa misma línea, Paim y otros (2011) resaltan que la descentralización del sistema de salud estuvo vinculada a un proceso más amplio de transición política y de reconfiguración de la federación brasileña, iniciado por los movimientos democráticos de la década de 1980 y moldeado, posteriormente, por los programas de ajuste macroeconómico.

En los comienzos de la década de 1990, con el SUS iniciando su implementación, el rumbo de la descentralización pretendida en la Constitución no estaba definido acabadamente, siendo posible adoptar diferentes configuraciones:

- a. Una primera alternativa era la de estructurar el sistema de salud a partir de la desconcentración del instituto nacional responsable por administrar la medicina previsual del ex-modelo bismarckiano (INAMPS – Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social), fortaleciendo las relaciones entre las oficinas regionales del INAMPS y las secretarías de salud estatales y municipales, y manteniendo las funciones principales bajo control del nivel nacional. Esa vía de descentralización era apoyada por los prestadores privados, que eran contratados por el INAMPS, y por la burocracia del instituto, que buscaba resguardar las posiciones adquiridas;
- b. Una segunda configuración posible era a través de la vía estadual, por la cual las secretarías estatales de salud serían responsables de la implementación de todo el proceso de descentralización, alternativa en la que tenían interés los secretarios estatales y una parte del movimiento sanitario;
- c. Otro camino de descentralización, que era el proyecto mayoritario del movimiento sanitario, era el formulado en la Constitución y en las leyes orgánicas de salud. Según esta vía, el nivel nacional se ocuparía de las políticas estratégicas; los estados, de la planificación y la coordinación regional, y los municipios serían los encargados de la programación, la gestión, el financiamiento y la regulación del sistema de salud en cada uno de los territorios;
- d. Una última posibilidad, que aunque no formaba parte de la agenda de los actores en aquel momento fue la alternativa de descentralización finalmente implementada, consistía en la ampliación de la participación de los municipios, el mantenimiento del papel preponderante del nivel nacional y la menor responsabilidad de los estados en la prestación de servicios y la coordinación regional (OUVERNEY y FLEURY, 2017).

El proceso de redistribución de responsabilidades y recursos se acopló de esa forma al diseño federativo brasileño (LIMA et AL., 2012), teniendo como objetivo esencialmente a los municipios, mientras los estados reducían su papel en la provisión directa de servicios y mostraban dificultades para asumir las funciones de planificación y coordinación regional. Esta dinámica intergubernamental introdujo una polarización de las relaciones federativas en el SUS, caracterizada por relaciones más directas entre Nación y municipios (OUVERNEY & FLEURY, 2017). El gobierno central concentra autoridad en el proceso decisorio y en la reglamentación de la política de salud, además de ser el principal responsable por el financiamiento de las acciones, mientras los gobiernos subnacionales, particularmente los municipios, asumen la ejecución (MENICUCCI, 2017). Medici (1997) señala que la descentralización tutelada impuesta durante el gobierno de Collor destruyó la tendencia homogeneizadora que proponía el SUS y transformó el proceso en un gran espacio de intercambio de favores políticos. Esa dinámica fragilizó el papel de los estados en la conformación de las políticas de salud, en la promoción de la equidad y en la redistribución de los recursos.

Aunque el proceso de descentralización fue promovido por un diseño sistémico y atento a la lógica de la propia política de salud, sus resultados fueron contradictorios y altamente dependientes de las condiciones previas locales, reflejando las desiguales capacidades financieras, administrativas y operacionales para la atención a la salud de los niveles subnacionales y las distintas disposiciones políticas de gobernadores e intendentes. Más allá de los impactos positivos, como la ampliación del acceso a servicios de salud, perduraron problemas relacionados a las desigualdades regionales y la fragmentación y desorganización de instituciones y prácticas (LIMA et AL., 2012). Arretche (1999) muestra cómo en el caso de Brasil, un país federal caracterizado por profundas desigualdades estructurales de naturaleza económica, social, política y de capacidad administrativa de sus gobiernos, el proceso de descentralización no fue homogéneo, sino variado, en función de determinantes asociados a la capacidad fiscal y administrativa de las esferas locales, a los requisitos institucionales impuestos por la política de salud, y a las estrategias de inducción adoptadas por los niveles de gobierno interesados en la descentralización de responsabilidades, destinadas a compensar obstáculos derivados de la falta de capacidad fiscal y/o administrativa de los gobiernos locales.

## CONCLUSIONES

Los dos casos analizados muestran procesos en que la ausencia o debilidad de las capacidades estatales limitaron la realización de las políticas implementadas o derivaron hacia una distorsión de los objetivos con que habían sido diseñadas. En el caso argentino, la pretensión de introducir competencia en la esfera del seguro social de salud (las obras sociales) suponía la existencia de capacidades regulatorias y de fiscalización públicas que estaban ausentes al momento de la implementación de la política. Asimismo, en el ámbito del sistema público de salud la transferencia de los hospitales, al igual que lo observado en el sistema educativo, se hizo sin valorar si las entidades subnacionales receptoras disponían de las capacidades administrativas necesarias para gestionar los servicios, y eso profundizó tendencias a la fragmentación del sistema.

En el caso de Brasil, en el momento crítico de los primeros años de la implementación de la reforma universalista – fuertemente exigente en recursos fiscales para su financiamiento – se hizo evidente la caída en las capacidades financieras del nuevo sistema, y la incertidumbre sobre cuáles serían las fuentes de financiamiento regulares permaneció durante varios años. Aunque en el caso de Brasil, a diferencia de Argentina, la descentralización fue diseñada en base a una lógica propiamente sanitaria, su impacto también quedó condicionado por las desiguales capacidades administrativas que presentaban los niveles subnacionales receptores, y por ende tampoco pudo escapar a producir efectos de fragmentación del sistema público de salud.

En ambos casos, el déficit de capacidad derivado de la ausente o inadecuada regulación de la entrada de los seguros privados al sistema de salud fue el factor

que introdujo consecuencias de largo plazo en términos de segmentación de los respectivos sistemas. Paradójicamente, la reforma universalista dirigida al logro de un sistema único en Brasil ocasionaría un alcance mayor de dualización sistémica, con el desplazamiento de las clases medias hacia un subsistema paralelo de seguros privados totalmente desregulado al menos hasta 1998. En el caso del bismarckismo argentino, en cambio, la segmentación resultante del ingreso de los seguros privados a la competencia por los mejores aportes permanecería contenida en el ámbito del subsistema de seguridad social, mientras se mantiene la desigual cobertura entre seguridad social y sistema público.

En ambos casos se observa la misma secuencia temporal por la cual se incorporaron los seguros privados *antes* que se diera la regulación de éstos. El proceso que llevó a la segmentación complejizó la economía política de los sistemas, pues se tendió a definir un espacio de mercado que coaliga a los seguros privados y a los sectores de clase media que satisfacen demandas más sofisticadas de cobertura médica al constituirse en sus usuarios, y ambos sectores pueden convertirse en actores de veto potenciales. La secuencia señalada disparó una dependencia de la trayectoria que ha ido alejando crecientemente la evolución del respectivo sistema de salud de los propósitos iniciales, volviendo cada vez más improbable retomar el sendero previsto. Desde entonces, ni en Brasil ha parecido políticamente factible que las clases medias retornen al redil universalista, ni en Argentina ha parecido viable que los mejores aportantes desplazados hacia la cobertura ofrecida por las asociaciones de facto entre algunas obras sociales y prepagas se plegaran a una solución para que sus aportes retornen a la lógica redistributiva del seguro social de salud.

Los déficits de las capacidades estatales necesarias condicionaron la realización de los objetivos perseguidos por las reformas. Ello resulta evidente en Brasil, al no cumplirse con el objetivo de un sistema único y universal, y en Argentina la introducción de un cuasimercado en la seguridad social presuponía capacidades de regulación y control que no estuvieron disponibles al momento de la implementación, y eso generó pérdidas de equidad en el sistema. ¿Fue la coyuntura signada por la crisis fiscal de fines de los años ochenta lo que explica la brecha entre objetivos y capacidades? Ello puede plantearse como una explicación parcial pero insuficiente para el caso de Brasil en el momento inicial de la implementación; mientras que en el caso argentino solo podría resultar limitadamente explicativo con posterioridad y respecto del proceso de descentralización de servicios, cuando a mediados de la década encontró un freno la expansión de los recursos coparticipables hacia las provincias.

Pero como hemos mostrado en el análisis de los casos, tanto la insuficiencia de recursos fiscales, en el caso brasileño, como la descentralización desatenta a las capacidades subnacionales disponibles y los déficits regulatorios de la “libre elección” de obra social, en el caso argentino, fueron procesos determinados antes que nada por la lógica política de las coaliciones de gobierno. Por lo cual,

para encontrar una clave analítica de las motivaciones políticas que gestionaron las políticas puede ser más adecuado descartar una explicación economicista en términos de crisis fiscal y considerar, en cambio, el efecto de factores institucionales o coalicionales.

La interacción de las políticas de reforma con la estructura institucional federal generó una dinámica política tendiente a favorecer la capacidad de acción unilateral de los ejecutivos nacionales y, por lo tanto, de las coaliciones en el gobierno. En el caso brasileño, si bien la descentralización era un aspecto central de la reforma universalista, el proceso de implementación permitió el fortalecimiento del poder relativo del Ministerio de Salud federal, pues su gestión interactuaba con las débiles capacidades subnacionales disponibles en el sistema de salud. Este factor contribuyó al fortalecimiento de la arena política del Ejecutivo en detrimento de la parlamentaria – como había sido durante la formulación –, lo que haría, por un lado, perder influencia política al movimiento sanitario en la fase de implementación, y, por otro, redistribuir poder hacia coaliciones adversas al fortalecimiento de las capacidades estatales, al menos en los términos que la reforma universalista exigía. A su vez, esta nueva dinámica política es lo que permitió que las coaliciones que se sucedieron en el gobierno durante los años noventa establecieran “desde arriba” a los municipios como el actor subnacional principal en la gestión descentralizada del sistema, a pesar que en el diseño original de la reforma en ese rol se había considerado fundamentalmente a los estados.

En el caso argentino también los cambios fueron impulsados desde la arena del Ejecutivo. La desregulación de las obras sociales fue impulsada por una serie de decretos, y la descentralización de los servicios sociales, entre ellos los de salud, también fue impuesta “desde arriba” por el estado nacional. Tanto la política de desregulación de las obras sociales, donde primó el imperativo político de introducir alguna forma de competencia, como en la descentralización de los servicios sanitarios públicos, motivada en imperativos fiscales de corto plazo, expresaron las opciones ideológicas y políticas de los sectores predominantes de la coalición de gobierno. Para la cual, la desregulación de mercados y la estrategia de descomprimir la carga fiscal del estado central aparecían en el centro de su agenda.

Dado el contexto económico-político e ideológico de la década de 1990, que se proyectó como estrategia de *remercantilización* en el ámbito del sistema de salud, tanto en Brasil como en Argentina la pregunta por las capacidades estatales necesarias para la realización de las políticas había encontrado un entorno político escasamente favorable.

## Referencias

- AGÊNCIA SENADO. DRU. 2021. Disponible en: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>. Consultado: 19 jun. 2021.
- ALMEIDA, C. O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Texto para discussão* n. 599. Brasília, IPEA, novembro de 1998.
- ALONSO, G. La Superintendencia de Servicios de Salud y su herencia institucional (o la reforma del estado se hace cargo de la historia). In: BERTRANOU et al. *En el país del no me acuerdo*. (Des)memoria institucional e historia de la política social en la Argentina. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2004.
- ALONSO, G. (ed.). *Capacidades estatales, instituciones y política social*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2007.
- ALONSO, G. Transiciones desde el *bismarckismo*. Los proyectos de reforma universalista en los sistemas de salud. España, Brasil y Argentina. *Desarrollo Económico*, Buenos Aires, v. 59, n 229, 2020.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, pp. 111-141, jun. 1999.
- ARRETCHE, M. Toward a Unified and More Equitable System: Health Reform in Brazil. In: KAUFMAN, R. & NELSON, J. (eds.). *Crucial Needs, Weak Incentives, Social Reform, Democratization, and Globalization in Latin America*. Washington, D.C.: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 2004.
- BARBA SOLANO, C. La reforma de los sistemas de salud en América Latina: los casos de las reformas de tempranas, intermedias y de tercera generación en México y Chile. In: MIDAGLIA et al., coordinado por FIDEL, C y VALÈNCIA LOMELÍ, E.: *Desencuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO; Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2012. pp. 61-96.
- BISANG, R.; CETRANGOLO, O. *Descentralización de los servicios de salud en Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL, 1997.
- CETRANGOLO, O; JIMÉNEZ, J; DEVOTO, F. & VEGA, D. *Las finanzas públicas provinciales: situación actual y perspectivas*. Serie “Estudios y Perspectivas” n. 12, Argentina. CEPAL, 2002.
- CETRANGOLO, O. & GOLDSCHMIT, A. *Obras sociales en Argentina*. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual. Documento de trabajo. Buenos Aires: CECE, 2018.
- DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 12 (Sup), pp. 1851-1864, 2007.
- DRAIBE, S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social*, São Paulo, v. 15, n. 2, pp. 63-101, nov. 2003.
- FLEURY, S. *¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina*. Washington: INDES, 2002.
- GARAY, C. *Social Policy Expansion in Latin American*. Cambridge: Cambridge University Press, 2016.
- GOMES, F. B. C. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, pp. 6-17, jan/mar. 2014.
- GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 292-298, 2001.
- LAURELL, A. C. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuad. relac. Labor*, v. 34, n. 2, p. 293-314, 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3TciRHT>. Acceso: 19 may. 2021.

LIEUTIER, A.; LUZURIAGA, M.; GARCÍA, E. & PÉREZ, E. El sistema de salud argentino: consideraciones desde una mirada de la economía política. In: GOLLAN, D.; KREPLAK, N.; GARCÍA, E. (comp.). *La salud sí tiene precio*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores, 2021. pp. 86-106.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V. & IOZZI, F. L. Regionalização da Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, CEBES, 2012. pp. 1270-1320.

LLOYD SHERLOCK, P. Ambitious Plans, Modest Outcomes. The Politics of Health Care Reform in Argentina. In: KAUFMAN, R.; NELSON, J. (eds.). *Crucial Needs, Weak Incentives, Social Reform, Democratization, and Globalization in Latin America*. Washington, D.C.: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 2004.

MENDES, A. & WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr-jun 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3KpMxOf>. Acceso: 19 jun. 2021.

MEDICI, A. C. *A dinâmica do setor saúde no Brasil: transformações e tendências nas décadas de 80 e 90*. Cuadernos de la Cepal, n. 82. Santiago: Naciones Unidas; CEPAL, 1997.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 72-87, maio-ago 2006. Disponible en: <https://bit.ly/3POSfKj>. Acceso: 30 jun. 2021.

MENICUCCI, T. M. G. Federalismo e Política de Saúde na Argentina e no Brasil. 9º Congreso Latinoamericano de Ciencia Política. Associação Latino-americana de Ciência Política (ALACIP). Montevideo, 26-28 jul. 2017.

OSZLAK, O. Privatización y capacidad de regulación estatal: una aproximación teórico-metodológica. Documento de trabajo presentado en el VII Congreso Internacional del CLAD, 2002.

OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 6, pp. 1085-1103, nov./dez. 2017.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L. & MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, pp. 1778-1797, May 2011.

REPETTO, F. & ALONSO, G. La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización. *Serie Políticas Sociales*, n. 97, Santiago de Chile: CEPAL, 2004.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. *Saúde e cidadania*. Uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2011.

SOARES, A. & SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, pp. 18-25, jan/mar. 2014.

SUÁREZ BALDO, V. S. & MATTOS, A. L. C. Notas sobre capitalismo dependente brasileiro e política de saúde (1988-2020). In: MORAES, C. A. S. (Org.). *Serviço social e trabalho profissional na área da saúde*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2021, pp. 27-46.

