

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Descentralización, política y agenda sanitaria en el contexto de la crisis 2001/0 en Argentina.

Magdalena Chiara.

Cita:

Magdalena Chiara (2009). *Descentralización, política y agenda sanitaria en el contexto de la crisis 2001/0 en Argentina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/970>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Descentralización, política y agenda sanitaria en el contexto de la crisis 2001/03 en Argentina

Magdalena Chiara
Instituto del Conurbano de la UNGS
magdachiara@fibertel.com.ar
mchiara@ungs.edu.ar

PRESENTACIÓN

Toda respuesta estatal contiene -- casi por definición -- elementos vinculados con su eficacia y eficiencia a la vez que expresa objetivos relativos a la acumulación política y la legitimidad. En las políticas sanitarias en Argentina, esta combinación presenta una complejidad constituida históricamente.

Sobre una trama de competencias constitucionales en materia de salud radicadas en la arena provincial, pero asumidas 'de hecho' desde el estado nacional hacia mediados del siglo pasado, los recientes procesos de descentralización contribuyeron con el modelado de una matriz compleja y fragmentada de responsabilidades en el diseño y la implementación de la política sanitaria.

Así, la descentralización en el sector salud se escribió en la tensión derivada de dos factores: por una parte, ser una cuestión no delegada por las provincias en el Estado nacional y, por la otra, haber

formado parte del proceso de constitución del Estado Social hacia mediados de siglo XX, a partir de la construcción de hospitales.

Como resultado, las tensiones entre la nación y las provincias se complejizaron, creando nuevos actores en el nivel subnacional con dificultades diferentes para asumir el ejercicio efectivo de los servicios transferidos, fenómeno fuertemente influido por las brechas regionales.

Este trabajo busca indagar en los desafíos que supuso la crisis de diciembre de 2001 a la reconstrucción de estas relaciones y las dinámicas y lógicas que convivieron en uno de sus espacios de coordinación intergubernamental (el COFESA)..

1 . LOS IMPACTOS DE LA CRISIS EN EL SECTOR SALUD: DESAFÍOS PARA LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES (RIGS)

a) Una aproximación a la crisis

Apenas celebradas las elecciones del mes de octubre y finalizando el año 2001, Argentina enfrentó una profunda crisis económica, social y política. La economía que venía sufriendo los avatares de los mercados internacionales de capitales desde el año 1998, entró en una fase recesiva que se extendió por tres años, poniéndose en evidencia la crisis del modelo económico basado en la convertibilidad y el colapso de la respuesta estatal frente a la creciente y generalizada acción colectiva (Gomez; 2006: 8-12).

La renuncia del Presidente De la Rúa fue sucedida por distintos presidentes designados, culminando el 2 de enero de 2002 con el nombramiento como Presidente de la Nación del Dr. Eduardo Duhalde, senador por la Provincia de Buenos Aires.

El nuevo gobierno enfrentó una situación crítica. El derrumbe del Plan de Convertibilidad, el default en la deuda externa, la inmovilidad de los depósitos bancarios, las altas tasas de inflación, la contracción de la actividad económica y la devaluación del tipo de cambio, impactaron severamente en los sectores medios y en aquellos de menores ingresos.

La caída Plan de Convertibilidad trajo como consecuencia una marcada depreciación del peso y Argentina comenzó a experimentar una significativa inflación por primera vez desde 1991. El brusco descenso de la actividad económica y la depreciación de la moneda agravaron severamente las ya difíciles condiciones sociales del país a partir de una devastadora pérdida de puestos de trabajo. (Fiszbein, Giovagnoli y Adúriz, 2003: 150).

Aunque la coyuntura que estamos analizando muestra rasgos comunes a todos los campos de las políticas, la dinámica que enfrentó el Estado con respecto a la *cuestión sanitaria* estuvo signada – adicionalmente -- por procesos particulares:

- a) Corte de los servicios y reducción de la cobertura de la Seguridad Social.
- b) Ruptura de la cadena de pagos en el sector.
- c) Aumento en los costos de medicamentos e insumos biomédicos importados.
- d) Incremento de la demanda de servicios en la red pública.
- e) Mayor riesgo epidemiológico.
- f) Demoras en el pago de salarios de los trabajadores del sector salud en las provincias y en los municipios.

La situación de crisis se institucionalizó con la declaración de “emergencia sanitaria” en marzo de 2002 con el propósito de dar respuesta inmediata a los problemas que afectaban al sector (DNU 486/02).

b) Lo “nuevo” y lo “viejo” en la trama de las relaciones intergubernamentales (RIGs)

En el concierto de demandas que animaban la acción colectiva en aquellos tiempos, la cuestión sanitaria no se encontraba en la agenda de la “acción directa”; devenía más de la acción pública de distintos actores gubernamentales, gremiales y políticos que de demandas planteadas por la ciudadanía.

En aquellos meses, la “condensación de insuficiencias” que culminaron en la crisis (siguiendo a Botana, 2006) se advertía muy particularmente en el plano político. La puesta en marcha de la “Mesa de Diálogo Argentino” fue un intento por construir un escenario desde el cual comprometer actores que, aunque no formaban parte de la denominada “nueva política”, parecían contar con una

aceptación mayor entre la población (Iglesia católica, PNUD, organizaciones sociales y culturales); de ella participó también el Ministerio de Salud de la Nación.

Mientras funcionaba la “Mesa de Diálogo Argentino” y comenzó a instalarse la agenda de la Reforma Política (Botana; 2006: 33), los emergentes de la “vieja política” seguían siendo los protagonistas de una parte importante de las respuestas a las demandas y, a su vez, eran quienes sufrían la mayor erosión en la confianza de la ciudadanía. Coexistían así emergentes de lo “nuevo” y de lo “viejo” de la política argentina.

La complejidad de la descentralización en el sector salud comprometía en los distintos escenarios de articulación intergubernamental a representantes del gobierno nacional, de las provincias y, en algunos casos provinciales, de los municipios. En ella, parecían convivir tres lógicas diferenciadas: las relaciones formalizadas entre niveles de gobierno; la coordinación informal entre representantes y responsables de los distintos niveles de gobierno a través de sus partidos políticos; y los efectos emergentes producidos por la creación de redes intergubernamentales entre las comunidades profesionales que dirigen y gestionan las políticas públicas descentralizadas (Jordana, 2001: 29/30). En su dimensión más política, la crisis y los esfuerzos por recomponer la legitimidad estatal parece haber impactado en las dos primeras lógicas.

Los recursos de poder de que dispone el Gobierno nacional en Argentina encuentran “contrapesos” en los gobiernos provinciales y en la estructura federal de los partidos. Aunque la arena más evidente en que pueden celebrarse estas coaliciones es el Parlamento nacional, no cabe duda que la trama allí tejida impacta en los espacios sectoriales de coordinación intergubernamental; en especial en un sector como salud, que presenta tal particular distribución de sus competencias.

El despunte de la economía que tuvo lugar en el segundo semestre del año 2002 constituye un factor clave para recuperar aquella primacía del gobierno nacional frente a las provincias.

La modalidad de gestión centralizada de los planes sociales jugó un papel central en este “cambio de timón”. El caso paradigmático lo constituyó el Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados, propuesta originada en la “Mesa de Diálogo Argentino” que fue inaugurada en los primeros días del gobierno de E. Duhalde, acompañando la gestión del Gobierno nacional hasta iniciada la presidencia de N. Kirchner. Desde un esquema de gestión centralizado, se volvieron a activar desde el PJJHD las estructuras estatales y las políticas tradicionales en tanto puntos de referencia del acceso a los

recursos de parte de las poblaciones pobre. Haciendo explícitos parte de estos objetivos, la estrategia mediática del programa hacía referencia a “una Argentina de pie y en paz”.

Si reconocemos – tal como ya hemos señalado -- que las relaciones intergubernamentales están animadas por lógicas institucionales formales y también por lógicas que anidan en la dinámica partidaria, la búsqueda por evitar la declinación de aquel lazo histórico de subordinación entre presidentes y gobernadores debe haberse instalado en el centro de las RIGs. Frente a la necesidad de montar coaliciones en el sistema federal, todas las instancias podrían llegar a ser valiosas (y también válidas).

2. LAS DINÁMICAS EN LOS ESPACIOS DE ARTICULACIÓN INTERGUBERNAMENTAL EN SALUD

Los actores gubernamentales responsables de la política sanitaria en los distintos niveles interactúan en distintos escenarios de coordinación. En el nivel nacional, el escenario más relevante desde aquellos tiempos pasó a ser el Consejo Federal de Salud (COFESA).

En los estudios consultados (Rodríguez y Tobar; 2003 y Potenza, 2004), se constata que su desempeño estuvo condicionado por la relevancia y el liderazgo de las autoridades sanitarias del país¹, así como por cuestiones relativas a las relaciones políticas entre el gobierno nacional y las provincias. Según estos trabajos ha sido un espacio “expositivo” o bien “reclamativo”; la “participación y el diálogo tuvieron lugar por momentos, cuando las condiciones políticas (extra sectoriales) lo permitieron o cuando el debate sanitario lograba hacer aparición” (Rodríguez y Tobar; 2003: 39).

Aunque se trata de una línea de interpretación posible, a nuestro juicio esta aproximación encuentra ciertas dificultades para comprender la relación entre los alineamientos partidarios que tienen lugar en los espacios de coordinación intergubernamental y el debate sanitario.

Interesa hipotetizar que, en el contexto analizado, los acuerdos generados en estos espacios de coordinación no podrían estar fundados de manera exclusiva en la racionalidad abstracta (técnico-sanitaria, en este caso). En ese sentido y dada la naturaleza de las relaciones entre el gobierno

¹ Cabe destacar que el Ministro Ginés González García estuvo a cargo de la cartera sanitaria nacional en el gobierno de E. Duhalde (2001/2003) y de N. Kirchner (2003/2007).

nacional y los gobiernos provinciales, la conformación de “bloques” puede no ser concebida como un “factor exógeno” a la dinámica de la política sanitaria sino como aquella dimensión donde se libra (también) la construcción de la respuesta estatal en salud.

Iniciado el año 2002², el COFESA cobró particular relevancia pasando a abordar cuestiones relativas al financiamiento del sector o hacia otros temas que atrajeron particularmente la atención, tales como el Plan de Emergencia para la Salud, la política de universalización del acceso a medicamentos y la ejecución en las provincias de los programas nacionales definidos como prioritarios. Los estudios y los actores entrevistados coinciden en destacar la definición de índices para la transferencia de recursos como uno de los principales logros de ese periodo.

Frente a los gobiernos provinciales, jaqueados en su capacidad de respuesta por la crisis monetaria y fiscal, la agenda se organiza desde los programas financiados desde la nación. La disputa pasaba no solamente por la magnitud de los recursos a ser asignados a cada jurisdicción, sino por mantener la soberanía en la gestión de los recursos para definir las condiciones de asignación hacia el interior de las provincias.

Los Compromisos Sectoriales (2002 y 2003) son instrumentos que permiten visibilizar en estos tiempos, los avances del COFESA. Más tarde y en un contexto de recuperación, la existencia del Plan Federal de Salud 2003/2007 con el Presidente N. Kirchner será un elemento a destacar en este análisis.

La posibilidad que se fue abriendo hacia mediados de 2002 de disponer de recursos financieros por parte del gobierno nacional definió un punto de clivaje en la recuperación de aquel equilibrio que caracterizó históricamente la relación entre la nación y las provincias a través de la figura de presidentes fuertes y gobernadores débiles (Faletti, 2004).

Los relatos aluden a una partida asignada por el Ministerio de Economía en los primeros meses de la crisis a salud de cuatro millones de pesos que se asigna en el contexto del COFESA (CIPPEC, 2008: 27). La definición de prioridades para la asignación de estos (muy magros, desde la perspectiva actual) recursos entre los ministros provinciales parece haberse constituido en un tema de agenda del

² Cabe destacar que las referencias al COFESA son indirectas ya que recién a partir mediados del año 2003 se dispone de las actas del organismo.

COFESA, aunque -- según los relatos -- no fue fácil la generación de acuerdos con los ministerios provinciales.

Tal como hemos planteado precedentemente, el incremento en los costos de medicamentos como consecuencia de la devaluación tuvo negativas consecuencias en materia de abastecimiento y acceso; la caída de licitaciones públicas y la falta de precios fueron alguno de sus emergentes más inmediatos.

En este contexto (y por abordar un aspecto paradigmático pero no único), uno de los ejes centrales se concentró en operar sobre el financiamiento de los medicamentos “con el objetivo de reducir el umbral de desembolso que las familias menos pudientes deberían afrontar para poder mantener o restaurar su salud” (CIPPEC, 2008: 23). Sin ahondar en la génesis y características de las estrategias que se modelaron para responder a este problema, la política de financiamiento de medicamentos no sólo iba acompañada de los instrumentos orientados a intervenir en el mercado³, sino que buscaba también “traccionar” desde un recurso crítico la organización del sector hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención (CAPS).

En este punto vale la pena detenernos, ya que se advierten distintas tensiones en torno a los intereses y agendas de los actores participantes; sucede que aquel acuerdo alrededor de la necesidad de priorizar el financiamiento de medicamentos, no alcanzaba a los criterios que el Ministerio nacional asumía para hacer efectiva su distribución en los efectores de salud. La priorización de la Atención Primaria de la Salud, eje indiscutido de política sanitaria en contextos de crisis desde una lógica técnica, no parecía expresar (ni recoger) los problemas que constituían entonces la agenda sanitaria de las provincias (expresada por los Ministros provinciales y los Gobernadores).

En las arenas provinciales parecía prevalecer la “perspectiva hospitalaria” sostenida también desde otros actores del sistema como los Directores de Hospitales y los representantes gremiales. El “sentido de la urgencia” de la demanda hospitalaria le confiere una jerarquía política que tensiona con las propuestas que emanaban entonces del Ministerio nacional.

La política se debatía entonces en una tensión entre, por una parte, una perspectiva que buscaba abordar un problema estructural aprovechando la “oportunidad” para fortalecer la Atención Primaria de la Salud expresada por el Ministerio nacional y, por la otra, aquella que reducía (por la urgencia que supone su jerarquía en la agenda pública) la política sanitaria a la gestión hospitalaria.

³ Ley 25.649/02 Prescripción de Medicamentos por su nombre genérico.

En ese contexto, la capacidad para liderar y gestionar otras relaciones desde fuera del COFESA parece haber sido decisiva. Nos referimos a cómo jugó (o se hizo jugar) también la presión de los organismos de crédito (en el caso del financiamiento de medicamentos, el Banco Interamericano de Desarrollo – BID) y la Iglesia Católica; el primero como un actor que definía (por fuera del espacio del COFESA) reglas de juego que eran presentadas desde la lógica técnica y la segunda en un rol de auditoría al que se sumaría – posteriormente -- la Cruz Roja en una dinámica que buscaba inscribir la política sanitaria en la estrategia de recomposición de legitimidad inaugurada con la “Mesa de Diálogo Argentino”.

3. PASANDO EN LIMPIO...

Esta reconstrucción preliminar pone en evidencia que en el COFESA, espacio de articulación intergubernamental, se fueron procesando los conflictos desde cuatro lógicas diferentes:

- En primer lugar, la lógica técnica de la cual parece ser portador el Ministerio nacional y alguno de sus aliados externos como el BID; las batallas por las reglas de juego a través de las cuales se distribuirían los medicamentos – en este plano -- fue decisiva.
- En segundo lugar, una lógica más directamente vinculada a los problemas de la agenda pública de las provincias y las demandas originadas en la crisis hospitalaria, sostenida desde los Ministros de salud provinciales. Si bien esta lógica parece estar menos fundada desde lo técnico se sostenía desde el sentido de la urgencia que primaba en los días de la crisis.
- Una tercera lógica tenía que ver con la necesidad de recuperar la primacía del Estado nacional frente a las provincias, característica del régimen político argentino. Esta lógica estaba en cabeza de las figuras políticas, el Ministro de Salud de la nación y los Gobernadores. En este sentido, conciliar la primera lógica con la segunda resultaba clave para llevar adelante este imperativo.
- Por último, una cuarta lógica refiere a la necesidad de “actualizar” esta trama tradicional (erosionada en su consenso social) de las instituciones protagonistas del diseño y gestión de la política sanitaria; en esta línea se introduce la movilización de 3000 voluntarios de Cáritas y Cruz Roja recorriendo los Centros de Atención Primaria de la Salud como parte del Consejo Asesor

Intersectorial, del que también formaban parte otros “nuevos actores” como UNICEF, la Confederación Médica y la Confederación Farmacéutica Argentina.

En este contexto complejo, constituido tanto desde la coyuntura de la crisis como de la propia historia del sistema federal argentino, la reconstrucción de la legitimidad estatal se libró en la capacidad por “navegar” y conciliar en propuestas viables estas cuatro lógicas. En la gestión de esta complejidad, algunos factores parecen haber resultado clave:

- a. la recuperación de recursos de parte del gobierno nacional a partir de mediados del año 2002 y la posibilidad de reorientar crédito externo, factor indispensable, como hemos visto, para alinear la relación entre la nación y las provincias;
- b. el liderazgo del Ministro de Salud de la nación entre los Gobernadores y la existencia de un equipo de cambio (Belmartino, 2008);
- c. contar con lineamientos estratégicos para orientar las apuestas frente a las oportunidades que la crisis abría y gestionar los conflictos que de ellas se derivaban; y
- d. la posibilidad de poner en valor en los espacios de articulación intergubernamental otras relaciones que resultan de una trama de actores más amplia (Iglesia y BID en el ejemplo que analizamos).

La trama en la cual se desplegaban estas relaciones y conflictos estaba conformada por “viejos actores”; gobernadores, ministros y secretarios de estado, formaban parte de aquel elenco sancionado desde la consigna del “que se vayan todos”. Desde esta necesidad de recomposición, la política debía -- a su vez -- abrirse a los “nuevos aires” del espíritu de la llamada “Mesa del Diálogo Argentino”: en esa línea Cáritas y la Cruz Roja entran en escena como actores desde propuestas que buscaban innovar en formas de auditoría social.

En la complejidad que supone conciliar estas lógicas tan diferentes, se jugaba la recomposición de la legitimidad estatal; en este proceso el liderazgo, los recursos materiales, contar con una estrategia para el sector y con “equipos de cambio” parecen haber sido factores cruciales para lograr aquella recomposición que, a juicio de quien escribe y considerando los hechos recientes, tiene aún final abierto.

Bibliografía

- Belmartino, S. (2008) “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación” En: Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias Los Polvorines, UNGS. En prensa
- Botana, N. (2006) Poder y hegemonía. El régimen político después de la crisis. Emecé. Buenos Aires.
- CIPPEC (2008) Experiencias de gestión pública en salud. Primer ciclo. Buenos Aires.
- Gomez, M. (2006) “Crisis y recomposición de la respuesta estatal a la acción colectiva desafiante en la Argentina 1989-2004”. En: Revista Argentina de Sociología, Vol. 4, Nro 6, Buenos Aires, Ene/jun
- Faletti, T. (2004) “Federalism and Decentralization in Argentina: Historical Background and New Intergovernmental Relations”. En: Tulchin, J. and Selee, A. (eds.) Decentralization and Democratic Governance in Latin America, Washington, D.C.: Woodrow Wilson Center for Scholars
- Fiszbein, A; Giovagnoli, P. y Adúriz, I (2003) “El impacto de la crisis argentina en el bienestar de los hogares”, en Revista de la CEPAL, N° 79, Santiago de Chile, abril
- Jordana, J. (2001); Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: una perspectiva institucional. Serie Documentos de Trabajo I-22UE. INDES/ BID. Washington, D.C. www.indes.iadb.org
- Potenza, F. (2004) Coordinación intergubernamental en políticas sociales: el funcionamiento de los Consejos Federales de Educación y Salud en la elaboración de políticas sectoriales (1990-2004). Tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas. Universidad de San Andrés.
- Rodríguez Ricchieri, P. y Tobar, F. (2003) El Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.