

Protección social y sistemas de salud en perspectiva comparada. Una hipótesis de trabajo para las agendas políticas en Brasil y Argentina

Programa de Investigación Aplicada en Políticas Sanitarias (PIAPS)

rasga@ensp.fiocruz.br
mlangsam@isalud.edu.ar

Los docentes e investigadores Dr. Marcelo Rasga Moreira y Dr. José Mendes Ribeiro participan en el PIAPS por la ENSP/Fiocruz, mientras que por Isalud participan los investigadores Mg. Martín Langsam, Mg. Mauricio Monsalvo y Lic. Mariano Fontela.

1. Introducción

El Programa de Investigación Aplicada en Políticas Sanitarias (PIAPS), surgido de un acuerdo de cooperación académica y científica entre la Universidad Isalud de Argentina y el Departamento de Ciencias Sociales (DCS) de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) de Brasil, tuvo sus comienzos en el año 2017 y se ha consolidado durante el presente año. La agenda de trabajo del PIAPS tiene como objetivo principal el fortalecimiento de las funciones de investigación y docencia en ambas instituciones a partir de diversos proyectos y actividades conjuntas. En este caso, el proyecto “Sistemas de salud en perspectiva comparada: Brasil y Argentina de cara al siglo XXI” intenta comparar los sistemas de salud de ambos países desde un modelo analítico que complementa las categorías clásicas de la ciencia política con las discusiones propias de los estudios del Estado de bienestar, extrayendo posibles lecciones sobre la influencia de la configuración institucional en los resultados de la política sanitaria. A continuación se presentan las principales discusiones incluidas en el proyecto y se dan a conocer algunas de las hipótesis de trabajo preliminares que serán testeadas durante el mismo.

2. Desafíos de la comparación internacional de sistemas de salud

Los sistemas de salud de diferentes países son, en su gran mayoría, evaluados en su propio ámbito: características, trayectorias, mecanismos de financiamiento, agendas políticas, diseños insti-

tucionales, estructuras de incentivos y una larga lista de indicadores globales y sectoriales. Son conocidos además los diversos problemas de análisis comparados a partir de datos disponibles o recopilados directamente por investigadores. Para las comparaciones entre países y regiones distintas, o entre servicios de salud locales, la necesidad de ajustes de riesgos y de montaje de factores adecuados de comparación representa un desafío común entre los especialistas. Las ediciones tales como la de lezzoni (2013) son representativas sobre los ajustes de riesgo, o la de Julnes (2008) en cuanto a la evaluación de resultados en perspectivas comparadas.

Pese a estas dificultades, los análisis comparados son esenciales para el conocimiento de los sistemas de salud a escala global y local, y para el conocimiento adecuado sobre las necesidades en salud. Sin embargo, para aquellos interesados en el debate político esos enfoques funcionan especialmente como delineadores para los análisis fundados en aspectos institucionales, trayectorias políticas, agendas políticas y alternativas. También representan herramientas para el diseño de estructuras de incentivos en procesos de reformas sectoriales y para recomendaciones de políticas típicas de la literatura especializada en política y economía.

En este artículo introductorio el énfasis está, justamente, en destacar cuestiones de comparabilidad entre sistemas nacionales de salud a partir de los aspectos institucionales, de los cambios resultantes de las disputas entre intereses organizados, de las agendas y alternativas políticas observadas, y de los resultados sistémicos observados en cada país. De esta forma, el desafío de la comparabilidad deriva menos del ajuste de factores de riesgo, de renta, demográficos o epidemiológicos, y más del conocimiento de la configuración institucional de cada sistema y del alcance de los conflictos observados.

3. Ajustes y trayectorias en sistemas nacionales de salud

El telón de fondo sobre el cual las cuestiones políticas se establecen en términos de políticas públicas suele surgir a partir de la concepción sobre las funciones del sector público y sobre las nociones de convergencia o divergencia global en análisis comparados.

Con respecto a las funciones del sector público, se puede evitar el recurso a una literatura extensa y admitir las premisas consolidadas a partir de las soluciones keynesianas adoptadas en la crisis de 1929 y en la segunda postguerra, cuando el sector público aso-

cia sus funciones tradicionales de defensa nacional y de garantía de la propiedad, con las de regulación de mercados, gestión macroeconómica, redistribución de la renta y protección social.

Para fines de la línea de investigación en la que se inscribe este artículo, el foco principal se da con relación a las **funciones del sector público orientadas a la noción de protección social**.

Una vez que las principales herramientas de promoción de justicia social dependen directamente de las acciones del sector público, es fundamental que el aparato de Estado disponga de sólida capacidad de gobierno. Una tradición política reciente y desarrollada desde los años 1970 se orientó a la crítica del modelo burocrático, muchas veces denominado weberiano en sentido genérico, y se consolidó en torno al gerencialismo (bajo la noción de *new public management*). El estudio influyente de Hood (1991) estableció los términos de este debate y la crítica que acompañó a su difusión en la forma de 'gobernanza'. Muchos autores desarrollaron la crítica de la gobernanza en los debates que se multiplicaron a partir de ese momento (Williamson, 1996; Pollitt, 2000; Jossip, 2003). En términos resumidos, se puede decir que la búsqueda del fortalecimiento de la capacidad de gobierno para el desempeño de las funciones públicas de protección social involucra soluciones conflictivas que incluyen la propia reducción del aparato de Estado. El foco en la reducción del aparato de Estado usualmente se manifiesta por procesos de desregulación, de expansión del mercado y de privatización de activos.

Por otro lado, las estrategias de aumento de la capacidad de gobierno en medio de los conflictos sociales desde la segunda mitad del siglo XX enfatizaron soluciones tales como la autonomía de entes regulatorios, la administración pública orientada a resultados, la descentralización política y administrativa, la separación entre financiamiento y provisión, la contractualización o la focalización de políticas. **Es importante destacar que todas estas agendas y alternativas políticas están repletas de contradicciones, incluso en campos políticos adeptos del protagonismo del Estado en la promoción de la justicia social**. Por ejemplo, las estrategias de focalización de políticas a menudo se traducen en soluciones orientadas al 'Estado mínimo'. A su vez, el foco en minorías y grupos vulnerables representa uno de los principales ítems de la agenda política progresista en el mundo y hasta delimita el concepto de democracia en el siglo XXI.

Con respecto a **los sistemas de salud, uno de los aspectos esenciales de la protección social y de la redistribución de la renta**, dos puntos deben ser enfatizados en una línea de investigación que pretende nutrirse de una perspectiva comparada:

- a) Las trayectorias de carácter singular, en juego con las convergentes.
- b) Los perfiles institucionales de los sistemas analizados.

Con respecto a las trayectorias, se admite que enfoques como el establecido por Pierson (2004) y las nociones de retroalimentación positiva y dependencia de los recorridos históricos de las instituciones en cuestión (*path dependence*), dan cuenta de la dimensión singular de cada sistema nacional de salud. **De esta forma, en una perspectiva comparada, cada sistema de salud es singular y la divergencia global sería una sólida tendencia. Por otro lado, factores singulares no impiden que los patrones de convergencia combinados a la divergencia global sean observados a partir de los indicadores globales de resultados** (Clark, 2011). Igualmente, estudios comparados muestran cómo la convergencia global puede establecerse por medio de mecanismos institucionales de adaptación (Schmid, 2010).

Se puede considerar que, en lo que refiere a sistemas de salud, existe un tronco común en el origen de los sistemas de los países occidentales y, conforme a las trayectorias subsiguientes, ramales singulares específicos. En términos de orígenes comunes, la mayor parte de la atención a la salud en países occidentales, con América Latina nitidamente incluida, comenzó por la llamada medicina liberal asociada a la filantropía de base asistencial religiosa. Estos mecanismos de asistencia convergieron y cohabitaban con los sistemas corporativos de postguerra.

Una separación importante se dio a partir de la reforma *beveridgeana*, con la creación del universalismo británico, mientras los países europeos continentales, cuyos ejemplos más destacados fueron Alemania, Francia y Holanda, adoptaron estrategias de universalización a través del seguro social ampliado. En medio de este proceso, el caso norteamericano ejemplifica la cohabitación entre el seguro social, especialmente el *Medicare*, y los seguros privados. Estrategias de universalización a través de la expansión y subsidios crecientes al seguro privado son más recientes, representadas por el llamado *Obamacare*, pero su sostenibilidad está en etapa de prueba.

En esta línea de investigación el foco se da en el momento de las dimensiones transversales del análisis comparado. **Una base de datos debe organizarse para fines comparados y las dimensiones institucionales de los sistemas de salud pueden ser clasificadas a partir de criterios que tienen como base la capacidad del Estado para la protección social.** En la siguiente sección se analizan los modelos clasificatorios siguiendo los criterios dominantes en la literatura especializada.

4. Configuración y adaptación de los sistemas nacionales de salud

Los procesos históricos observados en cada país con relación a los servicios de atención a la salud deben ser considerados a partir de sus singularidades. Sin embargo, las regularidades existen. Pero igualmente se debe establecer patrones de comparación. De esta manera, criterios como la estructura de acceso y de financiación sectorial son buenos definidores de patrones de los sistemas sanitarios.

En líneas generales, los sistemas se configuran de modo tradicional en tres formatos principales, que pueden ser observados en la experiencia actual sólo cuando sus instituciones tienen gran alcance y se establecen de modo sistémico. Son los modelos reconocidos y utilizados ampliamente en análisis y cursos de formación:

- a) **Sistema universal:** ciudadanos beneficiarios del sistema basado en la financiación tributaria de carácter progresivo y donde la titularidad no es contributiva.
- b) **Seguro social obligatorio:** beneficiarios de sistemas contributivos del mercado de trabajo formal en el modelo empleador-empleado y dotado de coordinación y financiación gubernamental compartida.
- c) **Seguro privado:** beneficiarios contribuyentes individuales o según la situación de trabajo en la forma empleador-empleado y con subsidios fiscales variados.

Sin embargo, las trayectorias de carácter adaptativo —a nuevas situaciones fiscales, de demanda o de cambios demográficos— se desarrollan a lo largo del tiempo y poseen un carácter menos sistémico, y los mecanismos de acceso a los servicios de salud son menos coordinados. El factor de mayor impacto se refiere a los pagos por desembolso privado directo (*out-of-pocket*) y, en ambientes de sistemas menos protectores, adquiere las características del denominado ‘gasto catastrófico’. De naturaleza nitidamente regresiva, cuando el desembolso directo adquiere proporciones elevadas en la composición del gasto en salud, los sistemas pierden su característica tradicional y se vuelven fragmentados, en forma de mosaicos con superposiciones y subsidios perversos.

Autores como Schmid (2010) destacan el **carácter híbrido que los sistemas de salud maduros** adquieren al adoptar innovaciones típicas de diferentes sistemas, sin que se pierda su base original. **Varias formas de hibridismo pueden ser identificadas, y no sólo en el contexto europeo.** En América Latina, desde hace mucho tiempo, las reformas y los experimentos bien o mal logra-

dos contribuyen a tal hibridismo. Algunas combinaciones pueden ser identificadas:

- a) **Seguro social obligatorio más impuesto general:** políticas de ecualización de institutos y de beneficios efectuadas por la creciente participación gubernamental crean esta mixtura.
- b) **Sistema universal más copago:** crecientemente adoptado por gobiernos que introducen reglas contributivas directas a partir de la contribución de ciudadanos según padrón de consumo y capacidad de pago.
- c) **Sistema universal más gerencialismo:** restricciones fiscales crecientes y adopción de técnicas de atención administrada amplían las barreras de acceso en sistemas públicos.
- d) **Seguro privado más subsidios:** incentivos gubernamentales a los seguros privados amplían la estratificación de los sistemas nacionales.
- e) **Sistemas fragmentados y estratificados:** mezcla de seguros (sociales y privados), impuestos generales y desembolso directo.

5. Protección social y sistemas de salud en perspectiva comparada

En esta segunda década del siglo XXI la protección social como función del Estado enfrenta, en casi todo el mundo, intensas presiones políticas que pujan por su retracción. En nombre de ajustes fiscales y de austeridades en el gasto público –del cual la incertidumbre acerca de la justicia de sus resultados es directamente proporcional a la certeza de la concentración de la renta y de la ampliación de las desigualdades sociales– actores del mercado y de la sociedad política han tenido cada vez más éxito en asumir gobiernos e implantar programas que imponen severas restricciones a las políticas sociales. En este proceso, los sistemas nacionales de salud, por el volumen de recursos públicos que demandan, se constituyen en blancos preferenciales de los recortes, lo que genera fuertes impactos negativos en las condiciones de vida y salud de la población, sobre todo en sus segmentos más vulnerables. Ante esta situación se hace necesario el desarrollo de investigaciones que, teniendo como foco las relaciones entre protección social y sistemas de salud, evidencien problemas, lagunas y casos de éxito de tales sistemas. **Este esfuerzo debe viabilizar análisis en perspectivas comparadas, no para crear rankings, sino para permitir una mejor comprensión de cómo se abordan problemas similares en diferentes países, generando un conjunto de informaciones y evidencias que apoyen a los actores**

políticos y los gestores que tengan como objetivo mejorar los niveles de protección social proporcionados por los sistemas de salud.

En el presente artículo se presentan, de manera introductoria, la concepción metodológica y algunos de los criterios iniciales de este estudio, evidenciando las similitudes y especificidades de cada sistema de salud en relación a la protección social que son capaces de ofertar y promover.

6. Dimensiones de análisis e hipótesis preliminares

La investigación mencionada parte de una hipótesis básica: **si el sistema de salud es uno de los principales pilares del bienestar social, sus políticas y acciones deben promover la protección social, en especial de los grupos más vulnerables de la sociedad.** En consecuencia, el análisis de la capacidad de los sistemas de promover protección social debe tener como foco las normas e instituciones del sistema que protejan a los segmentos vulnerables, y los resultados que reflejen la protección social proporcionada por el sistema.

Se considera, así, que “buenas instituciones hacen la diferencia”, lo que debe ser ponderado, por un lado, por el análisis del comportamiento y de la dinámica de los actores políticos que pueblan y disputan el proceso de toma de decisiones que involucran a las instituciones, y, por otro, por la relación entre instituciones, actores y resultados. Estos son los que en definitiva definen el grado real de protección social.

Para elaborar un trabajo que abordara esos dos ejes: “normas e instituciones” y “resultados”, el equipo de investigación del PIAPS optó por operacionalizarlos en un conjunto de diez dimensiones (seis para el eje “normas e instituciones” y cuatro para el eje “resultados”), cuya información se planteó a partir de 17 dimensiones sistematizadas en un instrumento de investigación que orienta la recolección de datos sobre el sistema de salud argentino por los investigadores de la Universidad ISALUD y del sistema brasileño por los investigadores de FIOCRUZ. El cuadro 1 ilustra las variables y las preguntas, distribuyéndolas por sus respectivos ejes.

7. Elementos para la discusión

A continuación se presentan las caracterizaciones iniciales que han sido asumidas en la primera etapa de este estudio, destacándose las convergencias entre los sistemas de salud y sus es-

pecificidades. Estas caracterizaciones o hipótesis iniciales serán testeadas a partir de la recolección de datos secundarios de diversas fuentes y datos primarios recogidos a partir de entrevistas a informantes clave y expertos sectoriales (del ámbito académico, técnico y político) de cada uno de los países.

Para realizar un análisis como el propuesto para esta investigación, se hace necesario en primer lugar situar las principales características socio-políticas de cada país, así como las similitudes y diferencias de sus sistemas de salud. El cuadro 2 resume estos escenarios provisorios.

Un punto extremadamente importante para el análisis es que ambos sistemas de salud son híbridos y fragmentados, aunque el brasileño es legalmente universal y el argentino muestra un predominio de la seguridad social. En esta configuración, otra diferencia importante es que el sistema brasileño tiene un

elevadísimo grado de descentralización, mientras que el argentino está relativamente centralizado en su financiamiento, aunque los servicios están mayoritariamente descentralizados. Esto se refleja en el sector que más aporta recursos en la composición del gasto en salud: mientras que en Brasil son los gobiernos municipales, en Argentina es el gobierno central, aunque las obras sociales también aportan montos relativamente similares. En este escenario, la proporción del gasto privado disminuyó en la Argentina y en Brasil (aunque sigue siendo superior al gasto público): la mayor parte es, en ambos países, originado en la compra de medicamentos.

Esta configuración permite en la investigación ayudar a comprender en qué medida sistemas de salud diferentes protegen a sus usuarios, en particular a sus segmentos más vulnerables. Más aún: viabiliza un análisis en una perspectiva en la cual cada sistema puede aprender con las limitaciones y avances del otro, abriendo

Cuadro 1

Sistemas de Salud Comparados: Brasil y Argentina Variables de los ejes “resultados” y “normas e instituciones” distribuidas por sus preguntas de origen. 2018

Eje “resultados”	
Dimensiones	Preguntas
1) Inversión Pública en Salud	¿Qué ocurrió en el siglo XXI con respecto a la inversión pública en salud?
2) Gasto Catastrófico	¿Qué ocurrió en el siglo XXI con el gasto catastrófico?
3) Desigualdades Regionales	En el siglo XXI, la forma de relación entre el poder central y los entornos locales ¿Cómo ha afectado la reducción de las desigualdades regionales?
4) Proceso Decisorio	En el Siglo XXI, ¿Produjo la participación de la sociedad en el sistema de salud algún cambio significativo?
Eje “normas e instituciones”	
Dimensiones	Preguntas
5) Protección a las vulnerabilidades relacionadas con el género	¿Existen políticas de salud que atiendan específicamente a las cuestiones de género o sexualidades? ¿El aborto está permitido por la ley?
6) Protección a las vulnerabilidades relacionadas con las sexualidades	¿Hay políticas de salud que atiendan específicamente a las cuestiones transgénero? ¿El sistema de salud hace la cirugía de transexualización?
7) Protección de las vulnerabilidades relacionadas con las etnias	¿Hay políticas de salud que atiendan específicamente a las cuestiones étnicas?
8) Protección a las vulnerabilidades relacionadas con la inmigración	¿Los inmigrantes tienen acceso a los servicios públicos de salud? ¿Hay instituciones en el sistema de salud dirigidas específicamente a las cuestiones de inmigración?
9) Contratación del desempeño	¿Existe una sistema de contratación en función del desempeño en el sistema? ¿El incumplimiento de esa contratación genera penalizaciones? ¿Hay instituciones que normalizan las metas de desempeño del sistema? ¿Hay instituciones que regulan la transparencia y la rendición de cuentas en el sistema?
10) Participación social	¿La participación de la sociedad está institucionalizada? ¿Los gestores aceptan las decisiones de las instituciones que viabilizan la participación de la sociedad civil?

Fuente: Elaboración propia.

posibilidades de interlocución, articulación y aprendizaje. Para ello, el cuadro 3 presenta las respuestas planteadas en cada país para las preguntas que originan las variables presentadas en el cuadro 1. El análisis del cuadro 3 muestra que, en lo que se refiere al eje 'resultados', **la trayectoria brasileña en el siglo XXI apunta a un aumento de la inversión pública y una reducción del gasto catastrófico, lo que amplía la protección.** Los cambios débiles promovidos por la participación social también son un indicio de mejora de la protección, aunque en un nivel por debajo del ideal. La no reducción de las desigualdades regionales en salud muestra un cuadro de desprotección.

En el ámbito argentino hay dos resultados cuyas trayectorias inhiben la protección: el aumento del gasto catastrófico y la insuficiente eficacia de la participación de la sociedad para introducir cambios en el sistema de salud. Por otro lado, la reducción de las desigualdades regionales en salud, asociadas al aumento de la inversión pública, señalan una trayectoria de ampliación de la protección.

En lo que concierne al eje 'normas e instituciones', los sistemas de salud de Brasil y Argentina tienen una trayectoria similar positiva en el ámbito de la protección a las vulnerabilidades de género, sexualidades y etnias. Sin embargo, ambos sistemas no consiguen

Cuadro 2

Principales características socio-políticas y de los sistemas de salud de cada país distribuidas por sus respectivas variables, preguntas y respuestas. 2018

Característica	Pregunta	Brasil	Argentina
Régimen político	1) ¿Cuál es el Régimen Político del país?	Presidencialismo	Presidencialismo
Federalismo	2) ¿Cuál es la relación entre el poder central y los entes locales?	Federalismo	Federalismo
Poder Central	3) En relación a la autonomía de los entes locales, ¿cómo se puede definir el País?	Alta	Media
Elecciones	4) En las últimas tres décadas, ¿Todos los Jefes de Gobierno han sido elegidos?	No	Sí
Sustitución no electoral	5) En las últimas tres décadas, ¿hubo sustitución no electoral de algún Jefe de Gobierno?	No	No
Pobreza	6) En el Siglo XXI, la pobreza...	Disminuyó	Fuerte disminución inicial, y en los últimos años aumentó
Riqueza	7) En el Siglo XXI, la riqueza...	Se desconcentró	Se desconcentró
Inflación	8) En el Siglo XXI, la inflación...	Alternancia entre elevación y reducción	Mantenimiento en niveles elevados
PIB	9) En el siglo XXI, ¿Cuál es el comportamiento del PIB?	Predominio del crecimiento	Fuerte aumento inicial, luego fuertes altibajos
Tipo de Sistema de Salud	10) ¿Cuál es el tipo de Sistema de Salud del país?	Predominio de impuestos generales	Predominio de la Seguridad Social
Titularidad	11) ¿Cuál es la titularidad sobre los servicios de salud asegurada a los ciudadanos?	Universal	Selectiva por el trabajo
Estructura de Provisión	12) ¿Cuál es el tipo predominante de estructura de provisión del Sistema de Salud?	Privado	Asociaciones profesionales
Descentralización	13) ¿Cuál es la configuración de la centralización o descentralización en el Sistema de Salud del País?	Descentralización plena	Descentralización de servicios, centralización del gasto
Gastos en salud	14) En la composición del gasto en salud, ¿Cuál sector aporta más recursos?	Público, Gobiernos Locales	Público del Gobierno Central y Seguridad Social
Cambio en el gasto	15) En los últimos 10 años, ¿Hubo cambios en el sector que más aporta recursos en la composición del gasto en salud?	Sí, del Gobierno Central para los Gobiernos Locales	No
Financiamiento privado	16) En los últimos 10 años, ¿Cuál es el comportamiento proporcional de la financiación privada en el sistema de salud?	Disminución	Disminución
Gasto Catastrófico	17) ¿Cuál es el principal gasto catastrófico del sistema de salud?	Medicamentos	Medicamentos

Fuente: Elaboración propia.

reducir las restricciones al aborto, a pesar de las presiones políticas de las movilizaciones y los grupos organizados.

Las principales diferencias entre los sistemas son: (i) el sistema brasileño tiene una trayectoria negativa en cuanto a la contratación en función del desempeño, mientras que el argentino tiene trayectoria positiva, aunque no amplia; y (ii) el sistema argentino no institucionaliza la participación social, como sí lo hizo el brasileño.

En términos generales, se puede, pues, considerar que los sistemas

de salud de ambos países tienen una trayectoria en el siglo XXI de ampliación de su capacidad de protección social, sobre todo en lo que se refiere a la institucionalización de medidas de protección a los segmentos vulnerables, aunque los resultados obtenidos en este inicio de siglo tampoco pueden considerarse malos.

Este análisis se enfoca en términos de trayectoria de los sistemas y, para ser adecuadamente comprendida, necesita ser contextualizada en un escenario en que, al final del siglo XX, Brasil y Argenti-

Cuadro 3

Hipótesis operativas de las dimensiones de los Ejes 'resultados' y 'normas'. 2018

Dimensiones	Preguntas	Brasil	Argentina
Inversión pública en salud	En el Siglo XXI, ¿hubo aumento de la inversión pública en salud?	Sí	Sí
Gasto catastrófico	En el siglo XXI, el gasto catastrófico, proporcionalmente...	Disminuyó	Aumentó
Desigualdades Regionales	En el siglo XXI, ¿la forma de relación entre el poder central y los entornos locales ha favorecido la reducción de las desigualdades regionales?	No	Sí
Proceso decisorio	En el Siglo XXI, ¿la participación de la sociedad en el sistema de salud produjo algún cambio?	Sí, débil	No
Protección de las vulnerabilidades relacionadas con el género	¿Existen políticas de salud que atiendan específicamente a las cuestiones de género o sexualidades?	Sí, para mujeres y LGBT	Sí, para mujeres y LGBT
	¿El aborto está permitido por la ley?	Sí, con restricciones amplias	Sí, con restricciones amplias
Protección de las vulnerabilidades relacionadas con las sexualidades	¿Hay políticas de salud que atiendan específicamente a las cuestiones transgénero?	Sí	Sí
	¿El sistema de salud hace la cirugía de transexualización?	Sí	Sí
Protección de las vulnerabilidades relacionadas con las etnias	¿Hay políticas de salud que atiendan específicamente a las cuestiones étnicas?	Sí	Sí
Protección a las vulnerabilidades relacionadas con la inmigración	¿Los inmigrantes tienen acceso a los servicios públicos de salud?	Sí, los mismos que los nacionales	Sí, los mismos que los nacionales
	¿Hay instituciones en el sistema de salud dirigidas específicamente a las cuestiones de inmigración?	No	No
Contratación del desempeño	¿Existe una sistema de contratación en función del desempeño en el sistema?	No	Sí, por imposición-imperativa
	¿El incumplimiento de esa contratación genera penalizaciones?	No	Sí, débil
	¿Hay instituciones que normalizan las metas de desempeño del sistema?	No	No
	¿Hay instituciones que regulan la transparencia y la rendición de cuentas en el sistema?	Sí, locales y nacionales	No
Participación social	¿La participación de la sociedad está institucionalizada?	Sí, nacional y localmente	No
	¿Los gestores aceptan las decisiones de las instituciones que viabilizan la participación de la sociedad civil?	Algunas veces	No

Fuente: PIAPS

na enfrentaban un cuadro de relativa desprotección social. Justamente por esto, esta tendencia positiva aquí registrada refleja un período en que ambos países —a pesar de las diferencias de sus sistemas— adoptaron políticas públicas que buscaron fortalecer la protección social y rápidamente adaptarse a las agendas políticas del siglo XXI. Por supuesto, la protección construida en este período no es equivalente a la construida en Europa Occidental, y no es éste el parámetro a ser adoptado. Lo que se debe resaltar es la reducción del desfase entre los sistemas de protección latinoamericanos y europeos.

Por reflexionar sobre un período relativamente corto —los 18 años del siglo XXI—, esta trayectoria positiva puede verse fácilmente afectada por cambios coyunturales en las políticas públicas, en la medida en que los recursos para la protección social sean restringidos por interrupciones y por políticas de ajustes fiscales, o incluso por gobiernos que consideren que las políticas públicas deben inyectar recursos en los mercados. En este sentido, un análisis seccional que se centra en el último trienio del siglo en ambos países tiende a apuntar a un cambio negativo en la trayectoria de la protección social. Esto señala la fragilidad de la protección social construida en los dos países, todavía muy dependiente de la acción directa de gobiernos y no consagrada como política de

Estado ni, sobre todo, como principal bien común de una sociedad. En este contexto, los datos de la investigación deberían servir como insumo de orientación contextual para la toma de decisiones socio-sanitarias destinadas a ampliar la capacidad de protección social producida por el Sistema de Salud.

En Argentina, la reducción de los gastos catastróficos y la institucionalización de la participación social despuntan como agendas destacadas. Es además interesante notar que si la fuerza demostrada por movimientos sociales de Argentina en la lucha por la aprobación por el Congreso de una ley que reduce las restricciones al aborto fuese institucionalizada por medio de instancias decisivas en la formulación y la toma de decisiones en la política de salud, el resultado tendría que haber sido muy diferente de lo que fue en el Senado.

En Brasil, la reducción de las desigualdades regionales en salud y la institucionalización de la contratación por desempeño del sistema son las agendas que despuntan. No es posible dejar de notar que, al revés del escenario argentino, los movimientos sociales brasileños no tienen todavía capacidad de presionar al sistema representativo y no se interesan por insertar esta agenda en los consejos y conferencias de salud, lo que, como mínimo, intensificaría la presión por el aumento de la protección a las mujeres.

Bibliografía

- Clark, R. World health inequality: Convergence, divergence, and development. *Social Science & Medicine*, 72, 2011, 617-624.
- Falleti, TG. Infiltrating the State: the evolution of health care reforms in Brazil, 1964-1988 in: Mahoney, J.; Thelen, K. (eds.) *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. New York: Cambridge University Press, 2010.
- Freidberg, MW; Hussey, PS; Schneider, EC. Primary Care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Affairs*, 29(5), 2010, 766-772.
- Giovanella, L; Ruiz, G.; Feo, O.; Tobar, S.; Faria, M. *Sistemas de Salud em America del Sur*. In: Giovanelli, L. et (ed.) *Sistemas de Salud em Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012, pp.21-69.
- Giovanella, L; Stegmüller, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? *Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha*. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(11): 1-19, 2014.
- Ham, C; Robert, G. (eds.) *Reasonable rationing: international experience of priority setting in health care*. Glasgow: Open University Press, 2003.
- Hood, C. A Public Management for all seasons? *Public Administration* 69(1):3-19, 1991
- Iezzoni, LI (ed.) *Risk adjustment for measuring health care outcomes*. 4. Chicago, Illinois: Health Administration Press; 2013
- Jessop, B. *Governance and Metagovernance: on reflexivity, requisite variety, and requisite irony*. Lancaster: Lancaster University, 2003
- Julnes, PL.; Berry, FS.; Aristigueta, MP.; Yang, K. (eds) *International Handbook of Practice-based Performance Management*. Los Angeles: Sage, 2008
- Lobato, LVC; Ribeiro, JM; Vaitsman, J. *Public/Private Mix in the Brazilian Health System and the Quest for Equity*. *Global Social Welfare*, July, 2016.
- Macinko, J; Dourado, I; Turci, MA et alli. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*, 29(12), 2010, 2149-2160.
- Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas comissões intergestoresbipartites. *CienSaudeColet*2017; 22(4):1097-1108.
- Ouverney, AM; Fleury, S. The polarized federalism in the health system in Brazil. *Brazilian Journal of Public Administration*, 51(6):1085-1103, 2017.
- Pierson, P. *Politics in Time – History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton University Press, 2004
- Pollitt, C. Is the emperor in his underwear? An analysis of the impacts of public management reform. *Public Management an International Journal of Research and Theory* 2000, 2(2) 181-200.
- Ribeiro JM, Moreira MR. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate* 2016; 40 (número especial):14-24.
- Ribeiro, JM; Moreira, MR; Ouverney, AM; Silva, CMF. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciência e SaúdeColetiva*, 22(4):1031-1044, 2017
- Schmid, A; Cacace, M; Götz, R; Rothgang, N. Explaining health care system change: Proble pressure and the emergence of “hybrid” health care systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4): 455-486, 2010
- Stabile, M; Thomson, S; Allin, S; Boyle, S; Busse, R; Chevreul, K; Marchildon, G; Mossialos, E. Health care cost containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for the United States. *Health Affairs*, 32, no.4 (2013):643-652.
- Williamson, OE. *The mechanisms of governance*. New York: Oxford University Press, 1996