

ECONOMÍA POLÍTICA DE LAS REFORMAS DE SALUD: MODELO PARA EVALUAR ACTORES Y ESTRATEGIAS

Daniel Maceira*

Este estudio fue preparado como uno de los insumos para la Estrategia de Salud del BID. El autor es Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Se agradece la colaboración de Ignacio Apella en la elaboración de este documento y los comentarios recibidos por los participantes del ciclo de seminarios del CLAEH (Centro Latinoamericano de Economía Humana), Montevideo, Uruguay. Correspondencia a: danielmaceira@cedes.org Este informe se publica con el único objeto de contribuir al debate de un tema de importancia en los países de la Región. Su publicación

por este medio tiene como propósito generar comentarios y sugerencias de las personas interesadas en el tema. No representa la posición del Banco Interamericano de Desarrollo

Presentación

Las evaluaciones de los procesos de reforma de salud, pasado casi dos décadas de su implementación en países importantes de América Latina, padecen de algunos males conceptuales y metodológicos. En general dichas evaluaciones buscan evaluar una selección de los instrumentos utilizados conceptualmen-

te en las reformas, sin un análisis detallado del proceso de cómo ha sido consensuado el uso de dichos instrumentos entre los distintos actores relevantes involucrados.

Por otra parte, algunos evaluadores procuran dar un color político o ideológico a los instrumentos y medidas de reforma⁽¹⁾ y, al hacer esto, califican o descalifican su uso en bloque, basados en resultados apriorísticos encontrados, sin evaluar la naturaleza del juego de intereses involucrados en su implementación y los tiempos necesarios para madurar las condiciones políticas o institucionales para su funcionamiento.

Muchas veces, al tipificar medidas tomadas por las reformas de forma adjetiva, se olvida que los instrumentos de reforma no son necesariamente ideológicos y que pueden ser aplicados en distintas direcciones y procesos políticos. No es por otro motivo que tanto Chile como Brasil —países que adoptaron reformas de salud con matrices ideológicas totalmente distintas— utilizaron como uno de sus instrumentos de reforma de salud la descentralización del financiamiento y gestión de salud hacia los niveles locales de gobierno y los dos lograron en general, resultados positivos en la aplicación de este instrumento.

El eslabón perdido en la evalua-

ción de los procesos de reforma de salud es el tema de la economía política. El presente artículo de Daniel Maceira busca elaborar una metodología para involucrar este importante tema en la evaluación de las reformas de salud. La hipótesis básica del autor es que *existen factores institucionales, históricos y condiciones relativas de negociación de cada uno de los actores del sistema de salud que “moldean” las estrategias de las partes y condicionan el diseño y la implementación de las reformas. La no incorporación de estos factores en el diseño original, limita la eficacia de cualquier política de salud.* Por lo tanto, no se puede hacer ninguna evaluación del proceso de implantación de las reformas, a partir de sus instrumentos, cuando no se considera el contexto institucional, histórico y social en el cual se implementan estos instrumentos, o sea, su economía política. Una evaluación que no siga o considere estos pasos y utilice un análisis fría de resultados alcanzados, cae en gran riesgo de hacer generalizaciones que no se basan en la realidad.

El documento presenta, además de su introducción, un marco de análisis, donde son planteados los factores al nivel micro y de sistemas de salud que delinear el análisis. Estos factores son retomados en los dos capítulos siguientes,

donde se plantean los escenarios de información y monitoreo imperfecto aplicados a los principales instrumentos de reforma. En seguida se evalúan las condiciones de equilibrio entre los objetivos y el poder de negociación de las reformas de salud.

La conclusión es obvia: **Es necesario incorporar instrumentos de economía política en el diseño teórico de la reformas, de modo de viabilizar sus procesos de implementación.** En esto sentido, si las reformas no alcanzan los resultados necesarios, la respuesta más fácil de los evaluadores es decir que los instrumentos utilizados no fueron adecuados. Mientras tanto, la respuesta que necesita más análisis, pero sería más efectiva y verdadera, es evaluar las condiciones concretas de su implementación, respondiendo a preguntas cómo: ¿Ha sido el proceso de implementación definido meticulosamente en el diseño de la reforma? ¿Hubo un mapeo de los actores relevantes y sus intereses, así como de los incentivos? ¿Se consideró intervenir en el proceso de reforma si el equilibrio de sus condiciones políticas cambia, a fines de garantizar los resultados de la reforma?

Como concluye el autor, cualquier proceso de reforma afecta los juegos de poder instituidos y por lo tanto, no prever las posibles reac-

ciones de los actores a los procesos de reforma implica en no alcanzarlas, mismo que los instrumentos utilizados sean los más correctos.

André Cezar Medici

Especialista Senior en Desarrollo Social

Editor

Introducción

Durante los años noventa los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe transitaron por profundas reformas que alteraron no solamente la estructura de los mismos, sino también la conducta de los actores participantes. Los múltiples y ambiciosos objetivos de estas reformas ya forman parte de la tradición sanitaria latinoamericana: alcanzar la equidad y la cobertura oportuna y necesaria en acciones de salud a partir de mecanismos financieros que permitan la sustentabilidad del modelo, a la vez que se dirijan a reducir, mediante intervenciones sociales, las fuertes desigualdades existentes en la distribución del ingreso. Si bien las reformas no tienen únicamente criterios monetarios de diseño, los mecanismos financieros constituyen parte central de su definición. Ellos toman distintas formas, aunque básicamente pueden establecerse como asociados a cinco estructuras.

La primera de ellas, y probablemente una de las más difundidas, fue la descentralización total o parcial en la asignación y gerenciamiento de recursos. La misma incluye una cuota de distribución de poder político junto a una reasignación de fondos a fin de mejorar el contacto entre la comunidad y el responsable en la toma de decisiones.

La segunda estructura, se encuentra asociada con la expansión de la red de aseguramiento en salud, a partir de las instituciones de seguridad social tradicionales en la región latinoamericana. El aprovechamiento de la capacidad de estos entes de recolectar fondos compulsivos para el área fue considerado usualmente como un método idóneo para agregar sustentabilidad y equidad al sistema.

La tercera reforma tradicional es la generación de paquetes básicos de servicios con el fin de establecer un mínimo común de cobertura para toda la población, buscando cierta equidad en el acceso. Esta reforma, a su vez, estimula la contención de costos y la generación de mecanismos alternativos de financiamiento para las instituciones públicas que intentan brindar cobertura a toda la población, con foco en los sectores más humildes.

La cuarta reforma, probablemente la más conflictiva, es la ge-

neración de incentivos monetarios a través de cambios en los tradicionales mecanismos de pago fijo, que permitan una mayor productividad con los recursos disponibles. Su inclusión requiere redefinir la relación entre el sistema y sus recursos humanos, y de ellos con las instituciones participantes en el financiamiento del sector.

Finalmente, la búsqueda de mejoras en el gerenciamiento de recursos a nivel hospitalario llevó a la implementación de esquemas de hospital de autogestión y el uso de copagos u otros regímenes de cobro de servicios.

En todas las iniciativas utilizadas se encuentran, como marco de referencia, una mayor eficiencia en la asignación de recursos y, en mayor o menor medida, una división de tareas entre el financiamiento y la prestación, de modo de habilitar la posibilidad de mecanismos de seguimiento y evaluación.

Sin embargo, los resultados alcanzados después de una década de reforma, no se condicen con los esfuerzos, ya sean monetarios como organizacionales, realizados a lo largo de la región. El objetivo de este trabajo es buscar un marco de análisis para estudiar las experiencias de reforma desde una perspectiva alternativa, de modo de identificar inconvenientes de implementación en vistas a un de-

bate futuro de política pública. La hipótesis básica a partir de la cual se articula este documento es que existen factores institucionales, históricos y de condiciones relativas de negociación de cada uno de los actores del sistema de salud que “moldean” las estrategias de las partes y condicionan el diseño y la implementación de las reformas. La no incorporación de estos factores en el diseño original, limita la eficacia de cualquier política, en tanto exige del gobierno en general, y del Ministerio de Salud en particular, de un gran poder político para imponer una agenda de cambio.

Marco de Análisis

Gran parte de las reformas llevadas a cabo en la región partieron de estructuras técnicamente sólidas en cuanto a objetivos a ser cubiertos, mecanismos de transmisión de incentivos, estructuras de pago, etc. Sin embargo, uno de los graves problemas al que se enfrentan todas ellas es que adolecen de un marco de implementación claro, o lo asumen amigable o neutro a cualquier iniciativa de reforma (Médici, 1997). Uno de los postulados que se discuten en este trabajo es que el contexto de actores que involucra cualquier reforma (con objetivos y agendas particulares),

hace que el diseño tradicional se vea reformulado y redefinido a lo largo del mismo proceso de cambio, haciendo sus acciones más difusas, incrementando los tiempos en que la reforma se logra llevarse a cabo y diluyendo, en muchos casos, los resultados esperados.

Los estudios asociados con mecanismos de elección racional tienen fundamentalmente tres fuentes, derivados de (a) la teoría utilitarista, que provee el marco a partir del cual se discute cómo alcanzar el bienestar social, (b) la teoría económica neoclásica, que provee un marco analítico para preguntas de investigación social y política, y (c) la teoría de los juegos, que incorpora la dimensión de comportamiento estratégico en el análisis neoclásico (Levi et al, 1990).

De acuerdo con estos autores, “el énfasis en el bienestar social, y especialmente en la formulación de optimalidad paretiana, es en algunas ocasiones problemática. Las soluciones eficientes para los dilemas utilitarios son generalmente imposibles. Aspectos asociados con democracia, justicia, o algunos otros valores o principios pueden producir conflictos con el concepto de eficiencia económica. Particularmente en su forma de public choice, la teoría de elección racional fue, durante un largo tiempo, sólo una extensión de la teoría eco-

nómica neoclásica aplicada a conceptos de comportamiento e instituciones políticas”.

El análisis institucional como parte del estudio de la economía política de las reformas, si bien reciente, cuenta con considerable literatura en publicaciones en economía y otras ciencias sociales. Las mismas, sin embargo, se han centrado en aspectos macroeconómicos, asociados a la relación entre políticas y expectativas. La incorporación de la teoría de los juegos al análisis de las relaciones entre distintas fuerzas (económicas y/o políticas), su capacidad y oportunidad de coalición y negociación, y sus resultados en la articulación de estrategias de las partes, ha contado con crecientes contribuciones, fundamentalmente en América Latina, y especialmente a partir de la generalización de regímenes democráticos. Entre los tópicos de análisis se encuentran los eventos de negociación de deuda, fijación de tarifas de servicios privatizados y apertura comercial.

En los sectores sociales y particularmente en salud sin embargo, la producción académica y de gestión de sistemas no ha incursionado en estos tópicos, salvo marginalmente.

La idea básica que alimenta estos estudios es que en todo proceso de cambio y reforma existe un gru-

po de actores participantes, involucrados a partir de sus respectivos intereses. Estos actores, dependiendo de las naciones, son los gobiernos centrales y locales (provincias, municipios, estados, etc.), las asociaciones de clínicas y sanatorios participantes, las asociaciones de trabajadores o gremios de trabajadores de la salud, los financiadores y prestadores privados en general, siendo ellos con fines de lucro y organismos no gubernamentales, como también instituciones multilaterales de crédito, donantes, productores de insumos y consumidores. Cada uno de ellos, previamente a la existencia de la reforma, cuenta con objetivos asociados al sector salud, y a partir de ellos define una estrategia acorde. Estas estrategias no son unívocas, sino que se encuentran constituidas por un grupo de acciones, asociadas cada una de ellas como posibles respuestas a las estrategias desarrolladas por los otros participantes. Estos objetivos y estrategias definen, asimismo, retribuciones que se esperan alcanzar, en términos monetarios y no monetarios. Un proceso de reforma afecta las retribuciones de cada participante, y provoca una reacción estratégica como producto de los cambios llevados a cabo.

La acción de todos estos actores no se desenvuelve en un ámbito de

certeza: cada uno de ellos establece su “juego” a partir de sus percepciones sobre los objetivos, estrategias (y posibilidades de llevarlas a cabo) de los actores del juego, incluso de ellos mismos.

El presente trabajo busca avanzar en esta dirección, localizando las relaciones institucionales y políticas de las reformas de salud en América Latina en sus contextos de aplicación. Dada la existencia de información asimétrica, y de diferentes poderes de negociación de las partes intervinientes para alcanzar sus objetivos mediante estrategias consistentes, se propone el análisis de dos temas asociados, en diferentes escenarios:

1. A nivel micro, planteando el alineamiento de objetivos entre financiadores y prestadores de servicios de salud, bajo contextos de débiles mecanismos de seguimiento y evaluación, donde la historia de las relaciones entre actores define los resultados de las potenciales reformas,
2. A nivel de subsistemas de salud, dentro de las estructuras segmentadas de recolección de fondos, donde la búsqueda de consensos para llevar a cabo una reforma requieren el establecimiento de prioridades, como así también de modos que alternativamente absorban y transfieran riesgos entre actores.

Escenarios de Información y Monitoreo Imperfecto

El financiamiento y la prestación de servicios de salud se encuentran caracterizados por operar en mercados imperfectos. Estas imperfecciones están asociadas con asimetría de información, ya sea entre los prestadores de servicios (médicos, centros e instituciones de salud) y los pacientes, como así también entre estos mismos proveedores y los financiadores o terceros pagadores del sistema. Esta relación permite la existencia de comportamiento oportunista por parte del actor con mayor información relativa. Normalmente, estas situaciones limitan la utilización del sistema de precios como modo de asignación de recursos en el mercado.

Bajo cualquier condición, la existencia de fallas de mercado requiere del desarrollo de estructuras regulatorias y mecanismos de control (reglas de seguimiento y evaluación, involucramiento de la comunidad, etc.), que permitan limitar la brecha con respecto al funcionamiento de mercados en condiciones de eficiencia.

Como respuesta a las limitaciones de la teoría neoclásica tradicional en aspectos relacionados con *public choice*, la teoría de los juegos incorpora la noción de comporta-

miento estratégico dentro de los modelos de análisis. El resultado de un juego se encuentra dado no sólo por las restricciones financieras de cada una de las partes, sino también por las elecciones de los otros jugadores, que limitan el grupo de opciones viables de cada uno de ellos, haciéndolas interdependientes, y llevando a la definición de situaciones en muchas oportunidades alejados de la “opción deseada” a priori. En la medida en que las reglas del juego cambian, también se altera la elección de cada actor como “mejor respuesta” a la acción de los otros. Más aún, en contextos de información asimétrica, se verifica que el actor con mayor información debe redefinir su estrategia, al conocer la debilidad relativa de su “contrincante” que actúa en condiciones de desventaja. De este modo, el equilibrio alcanzado resulta del “contagio” del actor con mayor información quien, a fin de actuar estratégicamente, debe considerar las falencias de su oponente en la toma de decisiones.

Los sistemas de salud presentan innumerables situaciones de información asimétrica, en contextos de control y regulación. Asimismo, estos mecanismos de interacción operan en condiciones institucionales e históricas especiales, que condicionan su efectividad. Restricciones legales para incorporar

mecanismos dinámicos de premios y castigos o pagos por productividad a empleados públicos, por ejemplo, dificultan la aplicación de incentivos adecuados. Adicionalmente, la historia evolutiva de toda institución genera reglas no escritas que hacen rígidas algunas normas y relajan otras, imponiendo una dinámica propia a la relación entre actores, alterando los incentivos originales.

Seguidamente, se desarrollarán algunas situaciones generales en las que la asimetría de información, las percepciones acerca de las reglas regulatorias y de monitoreo son factores que intervienen en la toma de decisiones de los agentes participantes.

Considérese por ejemplo el siguiente juego estático, donde cada jugador debe elegir, simultáneamente, una acción, dentro de su conjunto de estrategias. Cada uno de ellos cuenta con información completa, es decir, conocen las funciones objetivo de todos los participantes y las retribuciones asociadas con cada combinación de estrategias posibles. Además cuentan con información perfecta: la historia del juego es conocida.

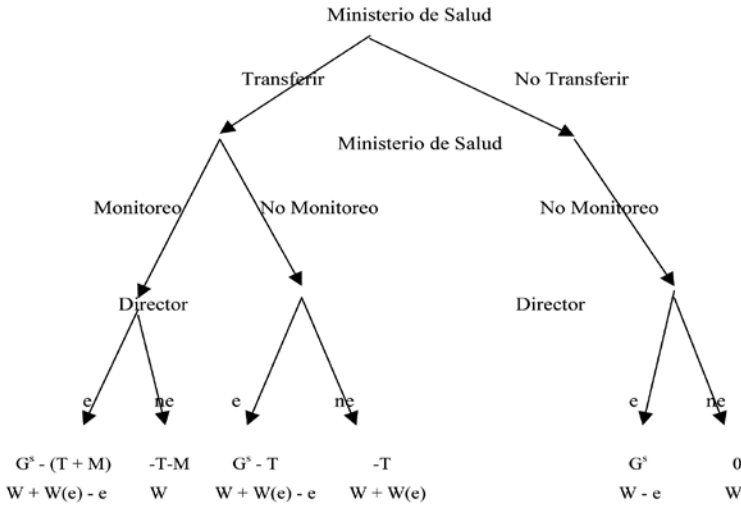
Los participantes son la autoridad del Ministerio de Salud y el Director de un Hospital Público. El primero debe decidir entre asignar o no una partida de fondos adi-

cionales al Hospital, con el fin de mejorar sus resultados en materia de atención de la salud. El Director del Hospital, por su parte, tiene bajo su órbita utilizar eficientemente dichos recursos o hacerlo de manera discrecional.

El juego planteado es un problema de agencia donde el Ministro de Salud, el principal, tiene una función objetivo a maximizar, “medible” en términos de indicadores de salud, y el Director del Hospital es el agente, cuya función objetivo no necesariamente coincide con la del principal.

Inicialmente se asume que el Ministro de Salud cuenta con la posibilidad de ejecutar mecanismos de seguimiento sobre la utilización de los fondos transferidos, sin ninguna interferencia que impida observar con claridad el esfuerzo de gestión realizado por el Director. El

desarrollo secuencial del juego es el siguiente: (i) el Ministro de Salud decide si hace efectiva la transferencia hacia el hospital; (ii) seguidamente, establece si realizará el seguimiento correspondiente, asumiendo un costo M . (iii) Posteriormente, el Director del Hospital, conociendo la estrategia llevada a cabo por la autoridad sanitaria, debe decidir entre esforzarse (utilizando eficientemente los recursos asignados) maximizando la función objetivo del principal o no hacerlo, minimizando su esfuerzo y priorizando una meta monetaria. Si el agente se inclina por la primera opción, recibirá una remuneración fija más un premio por su esfuerzo, asumiendo el costo que éste conlleva. Si por el contrario, se decidiera por la segunda opción, recibirá una remuneración que dependerá de la estrategia de seguimiento del principal⁽²⁾.



La estructura presentada entre el Ministerio de Salud y el Director del Hospital constituye sólo una de las posibles figuras a ser analizadas en el Sector Salud. De hecho, planteos idénticos pueden asimilarse en toda instancia de separación entre un financiador y un proveedor de servicios, como por ejemplo, la relación entre dos instancias de un proceso de desconcentración administrativa o descentralización con metas sanitarias, el trato entre un sistema de aseguramiento social y un servicio privado subcontratado, o incluso entre un donante y su unidad ejecutora. La secuencia del juego antes descripta, se corresponde a la representación gráfica arriba expuesta, con sus funciones de ganancias:

Donde G^s representa la ganancia del Ministerio, medido en mejores indicadores de salud, T es la potencial transferencia realizada al Hospital, M el costo de monitoreo por parte del Ministerio, W es el salario fijo del Director del Hospital, $W(e)$ representa el premio salarial en función de e , que constituye el costo incurrido por el Director, relacionado con su esfuerzo ($W(e) > e$ es condición necesaria para que el agente considere la posibilidad de participar en el juego).

En el caso que el Ministerio de Salud decidiera transferir fondos al Hospital y considerase monitorear

los resultados, su Director optará por esforzarse y optimizar la función objetivo del principal ya que en ese caso, su ganancia sería mayor que si no lo hiciera ($W + W(e) - e > W$). Si por el contrario el principal realiza la transferencia pero no articulara mecanismos de control, el agente elegirá no realizar el esfuerzo y maximizar su propia función objetivo, porque la ganancia que obtiene al no esforzarse es mayor a la que obtendría si lo hiciera ($W + W(e) - e < W + W(e)$).

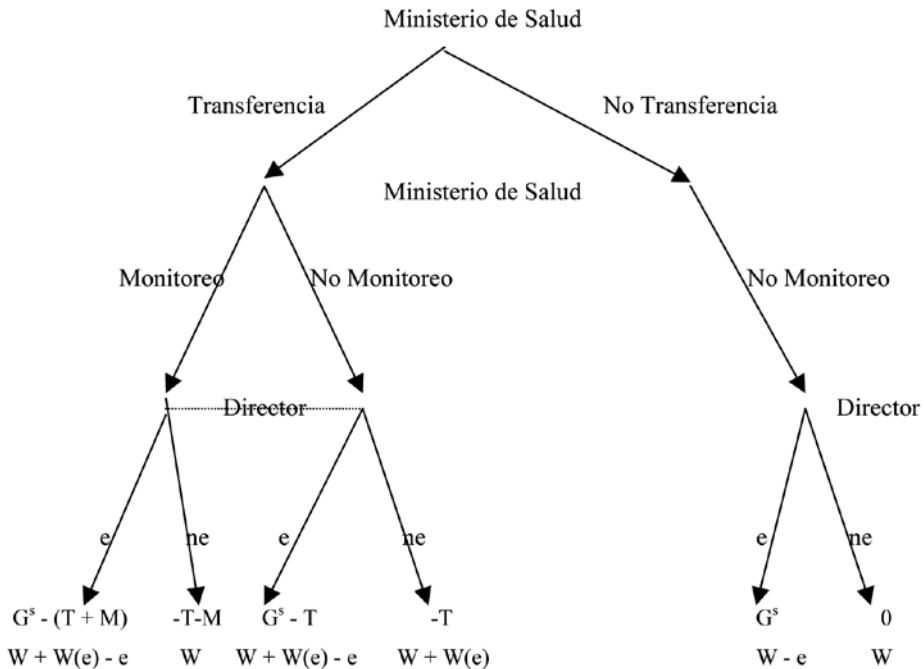
Si el Ministerio de Salud decide no efectivizar la transferencia, el Director de Hospital preferirá no realizar esfuerzo alguno, ya que incurriría en un costo que no será remunerado, ($W - e < W$) sin recibir castigo por el no cumplimiento de sus responsabilidades. En tanto existe información completa, el principal optará por monitorear si realiza la transferencia al Hospital, dado que la ganancia es mayor a la que obtendría en caso de no hacerlo ($G^s - (T + M) > -T$). Asimismo, el Ministro decidiría no monitorear si su elección es no realizar la transferencia, ya que incurriría en un costo no compensado por mejores resultados.

Dado este desarrollo secuencial, el Ministerio de Salud debe resolver sobre la transferencia de fondos al Hospital. El Ministro sabe que la misma, para ser efectiva, deberá ser acompañada por tareas

de monitoreo, y obtendrá de esta manera una ganancia dada por $G^s - (T + M)$. En caso contrario, si decide no realizar la transferencia, obtendrá una ganancia igual a cero y no existirá mejora en el servicio. Dado que $G^s - (T + M) > 0$, la opción se inclina hacia la realización de la transferencia.

De esta manera, el equilibrio de Nash para este juego estático con información completa y perfecta es $(TR, M ; e)$: el Ministerio de Salud realizará la transferencia al Hospital, monitoreará efectivamente el esfuerzo del Director del mismo y éste último se esforzará con el fin de maximizar la función objetivo del principal. El planteo anterior supone certeza por parte del agente no sólo sobre la realiza-

ción de tareas de seguimiento, sino también sobre la efectividad de las mismas. Supongamos ahora, que el Director no conoce con certeza la decisión del Ministerio sobre la posibilidad de monitoreo, levantando el supuesto de información perfecta por parte de los jugadores, y manteniendo el de información completa. Dado este supuesto, el diagrama secuencial del juego no se altera. Sin embargo el Director sólo conoce la decisión asociada con la transferencia, pero no la de monitoreo. Esta diferencia se representa con una línea de puntos en el árbol de decisión: si la transferencia ocurre, el agente desconoce si se encuentra en una situación con seguimiento o sin él.



El resultado del presente juego cambia radicalmente debido a la incertidumbre del Director del Hospital. Considerando en primer lugar su elección de esfuerzo, conviene realizar la representación normal de dos subjuegos. Uno, que surge cuando la transferencia por parte del Ministro de Salud es efectiva, y otro cuando el principal opta por no realizar dicha transferencia. En el primer caso, el Director del Hospital (el agente) se enfrenta ante el siguiente dilema, donde cada entrada representa los resultados a obtenerse por cada combinación de acciones:

		Principal	
		M	NM
Agente	e	$G^s - (T + M); W + W(e) - e$	$G^s - T ; W + W(e) - e$
	ne	$-T - M ; W$	$-T ; W + W(e)$

Dado el caso en que el Ministerio decida la transferencia, si realiza un monitoreo efectivo, la mejor acción elegida por el Director será esforzarse, ya que $W + W(e) - e > W$. Si por el contrario, no da seguimiento, la elección óptima del Director será no esforzarse, dado que $W + W(e) > W + W(e) - e$.

Por otra parte, si el Director optara por incurrir en un nivel de esfuerzo e , la elección óptima del Ministro de Salud sería no monitorear, ya que $G^s - (T + M) < G^s - T$. Del

mismo modo, la mejor elección que puede tomar el ministro es no monitorear si el Director decidiera no realizar esfuerzo.

El equilibrio de Nash en este subjuego será No Monitorear y No Esforzarse, teniendo como ganancia $-T$ y $[W + W(e)]$ respectivamente.

Si la elección del Ministerio es no realizar la transferencia, el Director del Hospital tiene una estrategia estrictamente dominante llevando a un equilibrio donde no existe, como estrategia estable, ni monitoreo ni esfuerzo, obteniendo como ganancias, Cero y W , respectivamente.

Conociendo la solución de ambos posibles subjuegos, si el Ministerio de Salud realiza la transferencia, no contará con incentivos para incurrir en gastos de seguimiento y el Director del Hospital no se esforzará, obteniendo una retribución negativa expresada como $-T$ (el costo de la transferencia). Por otra parte, si la decisión es no realizar la transferencia, no habrá seguimiento y el Director del Hospital no se esforzará, obteniendo una ganancia igual a cero. En resumen, el equilibrio de Nash de este juego con información completa viene dado por (NT, NM, ne): el Ministerio de Salud no transferirá fondos adicionales al hospital, no realizará un monitoreo del esfuer-

zo del Director, quien no se esforzará por alcanzar los objetivos del primero.

De la revisión de ambos casos planteados, se observa que la presencia de certeza en cuanto a la posibilidad de monitoreo exitoso por parte del principal hace posible la maximización de la función objetivo de éste en tanto genera una estructura de incentivos que hace que la mejor estrategia del Director del Hospital sea realizar el esfuerzo necesario para tal fin, y a partir de esto sea relevante llevar adelante la transferencia de fondos a aquel establecimiento que los requiera. Sin embargo, la probabilidad de que el monitoreo no se realice, destruye dicha estructura de incentivos, causando una baja productividad de la transferencia a realizar, decidiendo al Ministerio a no llevar adelante dicha política.

El análisis precedente muestra el valor de la información en un juego tradicional entre un financiador y un proveedor de servicios. La posibilidad de éxito de una política, a partir del ejemplo planteado, descansa en dos ejes determinantes: el costo de establecer un mecanismo de seguimiento, y la inflexibilidad institucional asociada con la carencia de mecanismos que permitan premiar y castigar conductas. Ambos aspectos reducen el impacto de cualquier esfuerzo de reforma,

al punto de anular los efectos de la iniciativa.

Los dos casos extremos presentados pueden generalizarse incluyendo al análisis un coeficiente α ($1 > \alpha > 0$) asociado con la percepción por parte del agente del éxito de la estructura de seguimiento de la reforma. Un $\alpha=1$ se relaciona con una percepción (del agente) de “monitoreo perfecto” por parte del principal, llevando a una situación de certeza, como en el primer caso discutido anteriormente. De este modo, la decisión del agente estará no sólo asociada con las retribuciones resultantes de cada acción, sino también con su percepción sobre la ocurrencia de cada uno de los eventos.

El análisis generalizado de este problema de política para el caso de información asimétrica, es analizado para la situación relevante donde existe seguimiento:

		Principal	
		M (α)	NM ($1-\alpha$)
Agente	e	$G^s - (T+M); W + W(e) - e$	$G^s - T ; W + W(e) - e$
	ne	$-T - M ; W$	$-T ; W + W(e)$

Ante esta situación, el Director de Hospital optará por realizar esfuerzo si la retribución ponderada de hacerlo sea mayor al pago de evitarlo, tal que

$$\alpha [W + W(e) - e] + (1-\alpha) [W + W(e) - e] > \alpha [W] + (1-\alpha) [W + W(e)] \quad (1)$$

dando como resultado que donde $W(e)-e > 0$, lo que cumple con la condición que α sea menor que uno. De este modo, a mayor percepción de seguimiento por parte del principal (α), mayor también será el esfuerzo realizado por el agente, y más reducido será el premio $W(e)$ necesario. Contrariamente, cuando menor sea la percepción de control, menor será la dedicación del Director para cumplir con las metas establecidas por la reforma.

En resumen, a mayor percepción de seguimiento, y dada la estructura de salario fijo más premio, mayor es la probabilidad que la reforma genere los incentivos necesarios para la realización de esfuerzo por parte del agente. En las reformas instrumentadas en la región, la probabilidad de control es difusa, provocando falta de motivación para llevar a cabo los cambios requeridos, actuando en la dirección opuesta a la planeada.

Similares conclusiones pueden alcanzarse si se enriquece la función objetivo del agente, incorporando elementos no monetarios en los mecanismos de reforma, tales como mejoras en la situación laboral, inversión en equipamiento o, incluso, quitas en los salarios originales de convenio. La debilidad en los mecanismos de retroalimentación entre las partes, uno de los

elementos menos considerados en el diseño de políticas sanitarias en la última década, menoscaban las estructuras técnicas a partir de las cuales se basan las reformas, convalidando una tendencia de falta de motivación, tanto para el prestador de servicios como para el financiador o el tomador de decisiones de política.

Lo expuesto hasta aquí sugiere algunos aspectos relevantes a tener en cuenta desde la perspectiva de política pública: (i) el logro de la maximización de la función objetivo del principal, medida en términos de eficiencia, a través de un agente prestador/organismo descentralizado, etc., deberá hacer uso de mecanismos de seguimiento que establezcan una estructura de incentivos para evitar el problema de carencia de motivación, y (ii) estos mecanismos de seguimiento deberán constituir una estructura creíble y aplicable que retroalimente el funcionamiento del sector.

La falta de una normativa flexible que permita incorporar estructuras de premios y castigos asociadas con esfuerzo se constituye asimismo como la limitante básica para el logro de mayor productividad hospitalaria. En primer lugar, porque impide la incorporación del concepto de “salario de reserva” como parte del modelo de acción estratégica entre el principal

y el agente: la opción externa no constituye una amenaza creíble a ser aplicada por ninguna de las partes. Ello conduce, en segundo lugar, a que el propio nivel de retribución de reserva sea el ingreso público, que se mantiene a niveles generalmente bajos por ese mismo motivo.

Bajos niveles de ingreso y limitada movilidad generan pobres niveles de esfuerzo (no existe costo de oportunidad por no hacerlo), pocos o nulos incentivos para generar redes de seguimiento (en tanto los resultados del mismo no tendrán espacio de aplicación), y reducidas posibilidades de aplicar esquemas de salarios de eficiencia. Tradicionalmente, los esquemas de salario de eficiencia tienen como fin generar estructuras de alta remuneración - alta productividad. Esta situación aumenta el costo de oportunidad de incurrir en comportamiento oportunista, y permite mayor inversión en on the job training, tanto en tareas consideradas generales (habilidades que puedan ser utilizadas en otro empleo), como específicas⁽³⁾.

Definición de Objetivos y Poder de Negociación en una Reforma

Los sistemas de salud de América Latina y el Caribe son altamente

heterogéneos no sólo en términos de los estándares de salud alcanzados, sino también en cuanto a los roles desempeñado por cada uno de sus actores en el financiamiento y el esquema de prestación de servicios establecido. Ambos aspectos refieren a la capacidad del sistema de alcanzar niveles razonables de equidad en la cobertura (financiamiento) como en asignar eficientemente los recursos disponibles por el sector (prestación).

Los esfuerzos de reforma llevados a cabo en cada uno de estos países son el producto de las capacidades del sector público de establecer metas de salud a nivel nacional, lo que a su vez se encuentra determinado por la posibilidad que tiene el tomador de política de alinear los objetivos de los actores participantes. En este sentido, el Estado es un actor más -con distinto poder relativo de negociación, según el caso- con mayor o menor capacidad para hacer efectiva la implementación del programa de cambios.

La naturaleza segmentada de gran parte de las estructuras sanitarias de la región limita la capacidad del Estado reformador para llevar a cabo una estrategia que logre alcanzar los objetivos planteados.

Como fue discutido en la literatura (Maceira, 1996), existen fuertes diferencias regionales en la organización de los Sistemas de Salud

en América Latina, pudiendo identificarse cuatro grandes grupos⁽⁴⁾:

1) El Público Integrado, donde el Sector Público cuenta con un poder casi monopólico en el financiamiento y la prestación de servicios (Caribe Inglés, Cuba, Costa Rica). El sector privado juega un papel secundario, generalmente proveyendo servicios complementarios;

2) El típico Sistema Segmentado Latinoamericano, donde coexisten dos estructuras paralelas al interior del sector público –la asociada con el Ministerio de Salud y aquella de la Seguridad Social-, con gran independencia entre ellas en la cadena de financiamiento, y un alto nivel de integración vertical en lo referente a recolección de ingresos, organización de los fondos de aseguramiento, gerenciamiento de dichos fondos y provisión de servicios. En algunos casos (Bolivia con el Seguro Básico de Salud, México y Panamá) se observan mecanismos de subsidios cruzados, con limitada capacidad de enforcement de las reglas de cooperación definidas, y un Sector Privado que avanza en la provisión de servicios, aún en los estratos más humildes, mediante mecanismos de diferenciación de precios de servicios entre grupos poblacionales de acuerdo a su capacidad de pago;

3) El Sistema Unico de Salud

de Brasil, donde el financiamiento de recursos fiscales generales se canaliza en la provisión de servicios en forma descentralizada, no sólo a través de instituciones sanitarias del Sector Público, sino también mediante la contratación de prestadores privados dirigida a cubrir las deficiencias en la provisión de servicios. Paralelamente, existe un alto porcentaje de la población cubierto con seguros privados complementarios, y

4) Los casos de Estructuras de Aseguramiento Social Intensivas en Contratos, como son el caso de chileno y el colombiano –con participación del sector privado en el gerenciamiento de seguros (privados o sociales, según el caso)-, o la presencia de sistemas de seguro social (obras sociales o mutuales) que contratan prestadores mayoritariamente privados en la provisión de servicios, como en Argentina y Uruguay.

En cada uno de estos modelos, salvo excepciones, se observa la presencia de la totalidad de los actores mencionados previamente (Ministerio de Salud nacional y provinciales/estadales/departamentales, Instituciones de Seguridad Social, prestadores y aseguradores privados). Sin embargo, la participación relativa de cada uno de ellos en el financiamiento y la prestación de servicios difiere am-

pliamente, otorgándole distinto poder en la estructura del sector salud y por tanto, mayor o menor peso relativo al momento de negociar objetivos de reforma.

Uno de los aspectos clave en la determinación de los procesos de reforma es el planteo de objetivos de política pública al iniciar el cambio de sistema de salud. La falta de definición de prioridades al tiempo de establecer estos objetivos genera conflictos en términos de cómo el gobierno nacional o estadual aplica su estrategia de reforma y a partir de ello, cuáles son los márgenes de negociación con los que cuenta para coordinar o enfrentar al resto de los actores del sector.

Retomando una perspectiva desde la teoría de los juegos, se requiere que cada uno de los actores presente cierta consistencia entre sus objetivos al interior del sector salud y el “menú” de estrategias consideradas para llevarlos a cabo. La elección de la estrategia, entonces, se encuentra influyendo las metas propuestas y las acciones (observadas o esperadas) del resto de los participantes. En la medida que exista correspondencia entre estos objetivos y sus estrategias, el desarrollo del juego toma forma de acciones y reacciones tanto entre participantes como ante estímulos externos, ya sean ellos macroeconómicos (shocks monetarios, cam-

bios en precios relativos, etc.), o regulatorios, dentro de los cuales pueden incluirse ciertos mecanismos de reforma.

Un inconveniente generalmente observado, y que afecta profundamente la *performance* de un número significativo de esfuerzos de reforma, es que la consideración sobre esta estructura de actores, estrategias y retribuciones no se encuentra incorporada en el diseño de cambio, a pesar que se descuenta que la alteración en las reglas del sector originadas en una reforma provocarán un reacomodamiento en las pautas de comportamiento de los actores. Estos mecanismos de ajuste y reacción deben ser incorporados en la definición de una estrategia completa de reforma, en tanto es el modo de alcanzar los objetivos de política pública fijados por el tomador de decisiones (la autoridad pública), quien es el responsable de generar los consensos necesarios detrás de un proceso de cambio. Asimismo, otro aspecto importante a considerar es que toda reforma requiere de mecanismos de transmisión de información de modo de enviar señales claras a los actores participantes. En la medida en que no exista un despliegue de información que limite las asimetrías existentes entre distintos actores, se reduce la posibilidad de negociación de los secto-

res más débiles.

La discusión teórica sobre qué constituye el concepto de racionalidad en los análisis de economía política es amplia. Elster, por ejemplo, la define como aquella que surge de la consistencia interna entre objetivos, acciones y creencias (o percepciones) sobre el escenario en el cual se toman decisiones. De este modo, la teoría económica se desprende de la posibilidad de “juzgar” las funciones objetivo de los actores, requiriendo sólo de un alineamiento lógico entre lo que se espera alcanzar y los medios utilizados para hacerlo, sujeto a las percepciones de cada uno de ellos. En la medida en que cada actor establece su meta y conoce o conjetura hipótesis sobre las del resto de los participantes, se establece una estructura de comportamiento estratégico –estructura social de interacción, al decir de Axelrod (1984)- donde la capacidad de maximización de objetivos se encuentra sujeta a estos parámetros. Tversky and Kahneman agregan a la definición de Elster la dimensión cognitiva sobre el entorno, y su capacidad de “procesar” la información disponible para la toma de decisiones. De este modo, no sólo cuenta la falta o no de información, sino también la capacidad de incorporarla en el diseño de estrategias para llevarlas a cabo “eficientemente”.

Sin embargo, el contexto en que estas decisiones son llevadas a cabo, influyen en el planteo de estrategias (comprendidas como completos planes de acción), modificando las percepciones sobre los senderos de decisión posibles, y restringiendo el comportamiento de los actores. A modo de ejemplo, y como se planteara en la sección anterior, la historia sobre la efectiva implementación de mecanismos de seguimiento de una norma condiciona las decisiones de cada participante. Del mismo modo, la trayectoria de alineamiento entre actores, las alianzas previas y los diferentes poderes relativos de negociación de cada uno de ellos generan la “historia previa” del sector, que supeditan las percepciones de los actores sobre los caminos posibles a seguir ante un determinado proceso, incluyendo las propuestas de reformas en salud y las respuestas ante el cambio.

Estas estructuras de interacción condicionada permiten vislumbrar la probabilidad de éxito de ciertas políticas, en tanto establecen senderos de acción que promueven mecanismos de cooperación o enfrentamiento de objetivos entre las partes participantes. Estos senderos proponen diferentes mecanismos de alineamiento, que llevan a “equilibrios” no siempre únicos. Ellos dependen, como se verá más

adelante, de la estabilidad de las coaliciones establecidas, que a su vez se encuentran sujetas a las condiciones de contexto, tales como tasas de descuento intertemporal, costos de oportunidad y de gobernabilidad de las alianzas creadas, entre otros factores. El enfoque de Costos de Transacción, originalmente sugerido por Coase (1937) y desarrollado por Williamson (1985) discute esta tensión entre costos organización interna y gobernabilidad ante distintos escenarios. Levi et al. caracteriza a estos costos de transacción como aquellos referidos a la “captura, negociación, medición, seguimiento y enforcing de derechos de propiedad”.

Dentro de este marco, la creación de instituciones brinda al tomador de decisiones de política la posibilidad para mejorar la estructura de información, realinear objetivos, y permitir (o no) mecanismos estables en el tiempo para alcanzar metas sociales. North llama a este proceso “reducir los costos de transacción de las interacciones entre individuos”, en tanto ellas constituyen relaciones contractuales entre grupos sociales. La falla en el diseño de estas instituciones lleva a fallas en la distribución de poder entre actores y en consecuencia, a la falta de cumplimiento de una o varias de las partes del contrato original.

Los sistemas de salud latinoamericanos presentan innumerables ejemplos de reformas que operan tanto en una como en otra dirección: (a) canalizando intereses u objetivos de las partes a fin de converger a un sistema de alineamientos a partir de un nuevo “contrato social”, como (b) profundizando el antagonismo entre actores, lo que lleva a estructuras de transferencia de riesgos hacia grupos de menor poder de negociación. Ello, en parte, se encuentra asociado con la capacidad del tomador de decisiones en el sector público de establecer objetivos sociales claros en el diseño de una reforma, lo que involucra un mecanismo de asignación de prioridades entre metas en conflicto.

Un caso relevante de analizar a la luz del marco teórico presentado previamente es el modelo de salud del Brasil. A fines de los ochenta, la reforma que dio origen al Sistema Único de Salud brasileiro genera una redefinición de la estructura del sector, con el objetivo básico y principal de ampliar cobertura (acceso) a la población. Si bien la idea de equidad se encontraba subyacente en la ampliación de cobertura –en la medida en que el acceso físico constituye un indicador mínimo de equidad–, los objetivos de contención de costos y sustentabilidad no constituyeron prioridades

en el cambio del sistema de salud en una primera instancia. A partir de esta definición de objetivos, se procuró incorporar en el diseño a todos aquellos actores que fueran favorables a cumplir la meta principal propuesta, definiéndose una estrategia pública consistente.

Esta estrategia fue simplificada, en tanto alineó los objetivos de todos los actores participantes. El Sector Público decidió hacerse responsable por el financiamiento del sistema, volcando una masa de dinero para cubrir las necesidades básicas de la mayoría de la población, y para ello no solamente hacía uso de los servicios públicos, sino también convocó la participación de los prestadores privados, quienes encontraron una posibilidad de aumentar su demanda potencial. Paralelamente, y apoyado en un esquema federal de definición de metas y asignación de recursos, el Sector Público Nacional profundizó el proceso de descentralización que promovió el protagonismo de los Estados y sus Municipios. A partir de ello se fueron definiendo transferencias de recursos per cápita (PAB: piso de atención básica) junto con obligaciones de gerenciamiento en los niveles nacional, estadual y municipal. Como resultado, el Brasil logró concretar una reforma estructural de gran impacto, considerando el nivel de

necesidades identificado originalmente. Ésta estrategia dejó para una segunda instancia mejorar la equidad en el sistema y garantizar la sustentabilidad del mismo, los que constituyen actualmente los dos grandes desafíos que enfrenta el modelo de atención brasileiro.

En el caso chileno, con una cobertura relativamente más amplia al momento de enfrentar la reforma sectorial, el objetivo fue lograr una mayor eficiencia en la asignación de los recursos, brindando previsibilidad y reduciendo la exposición financiera del Ministerio de Salud. Para ello, la estrategia diseñada presentó dos vías de implementación. Por un lado, promoviendo una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos, los que se vieron ampliados con la creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este último incorpora los aportes de aquellos trabajadores en relación de dependencia que optan por un seguro público. Por otra parte, se generó una estructura paralela de seguros, las ISAPRES, lo cual permitió involucrar al sector privado en el proceso de reforma.

El resultado actual es el de un modelo dual de financiamiento, donde las ISAPRES, mediante una agresiva campaña de afiliación logran “descremar” el sistema de salud, al tiempo que proveen al Sector

Público de incentivos para alcanzar mayor eficacia en la utilización de fondos. Claramente, el objetivo de sustentabilidad constituyó uno de las metas prioritarias de la reforma chilena de los ochenta, que obtiene resultados de salud por encima del promedio regional, dejando para un segundo momento el fenómeno de equidad. Actualmente, los esfuerzos de la reforma se encuentran dirigidos en esa dirección, intentando, mediante un esquema de aseguramiento social, generar mecanismos de redistribución de recursos desde las ISAPRES hacia el subsistema público.

Sin embargo, no todos los esfuerzos iniciales de reforma han resultado exitosos. En el caso argentino, por ejemplo, y a partir de un proceso de descentralización concluido a principios de los noventa, se asigna a las provincias, entre otras funciones, un papel fundamental en la definición de políticas de salud, otorgándole soberanía en el manejo de los recursos financieros, humanos y físicos de cada jurisdicción. Asimismo, y de igual o mayor importancia aún, se limita la participación del Ministerio de Salud nacional para actuar como mecanismo de compensación entre jurisdicciones, como también la posibilidad institucional para fijar objetivos sanitarios nacionales. Esta estructura

ha provocado un aumento de la brecha de equidad entre provincias relativamente ricas y pobres. Asimismo, durante la década de los noventa, la volatilidad macroeconómica generó una necesidad de transferir el riesgo financiero, y el sector de la Seguridad Social –responsable de la cobertura formal de más del sesenta por ciento de la población de entonces–, se desprende de sus instituciones proveedoras y comienza a subcontratar servicios privados. Esto, sumado a que el sistema de obras sociales en Argentina es gerenciado por los sindicatos de trabajadores y no por el Estado, configuró un modelo poco común para el patrón regional: una estructura de financiamiento social con provisión privada.

Esta situación evoluciona durante los noventa, convirtiéndose en un sistema no solamente segmentado –como gran parte de los de la región–, sino también fragmentado en cuanto a la cantidad de actores que participan y en la forma en que se diluye la capacidad del Sector Público Nacional como actor que define reglas en un proceso de reforma. De este modo, el país finalmente alcanza un modelo donde el Ministerio de Salud cuenta con limitadas capacidades para definir objetivos de reforma de alcance nacional, y donde cada meta debe alinear los objetivos de

actores con muy disímil estructura de intereses y poder de negociación: veinticuatro ministerios provinciales de salud, una seguridad social con aproximadamente trescientos fondos independientes, y un sector privado que mediante diferentes estructuras de organización, proveen servicios a más del sesenta por ciento del país. En este escenario, la definición de objetivos de reforma de los últimos años fue difusa⁽⁵⁾, producto de los múltiples actores participantes, con grandes limitaciones y retrasos en su implementación. Los mecanismos de asignación de recursos financieros fueron definidos ad hoc por el poder de mercado de los actores intervinientes, y se establecieron transferencias de riesgo aguas abajo en la cadena de producción de servicios de salud⁽⁶⁾.

En los primeros casos, el chileno y el brasilero, el ordenamiento de prioridades en la definición de objetivos generó mecanismos de alineamiento de actores tras los esfuerzos de reforma, lo que se tradujo en indicadores de salud más satisfactorios, de acuerdo con las metas prioritarias planteadas y las condiciones iniciales a partir de las cuales fueron establecidas. En ambos casos también, los desafíos a futuro son importantes, en tanto deben establecerse nuevas reglas de juego en función del próximo ob-

jetivo público diseñado, asociado con alcanzar mayor equidad. Las nuevas condiciones iniciales en las que se desarrollará el escenario de reforma en los dos países conlleva a un nuevo esfuerzo para establecer mecanismos de acuerdos entre actores con metas seguramente no complementarias. La creación y el mayor desarrollo de nuevos participantes (seguros y prestadores privados, burocracias descentralizadas), incluirán “nuevas voces” en el debate sobre el diseño del sistema de salud, incorporando negociaciones adicionales para establecer el nuevo contrato social, con sus costos de gobernabilidad asociados, como ya se observaron en el caso argentino⁽⁷⁾.

En todos los casos, las reformas en salud determinan nuevas distribuciones de responsabilidades en el financiamiento, administración de fondos y prestación de servicios, donde las metas originales del tomador público de decisiones, impulsor de la reforma, establece la distribución de recursos y las reglas a partir de las cuales el financiamiento entre otros actores, no-públicos, será llevada a cabo. Como fuera planteado en la sección anterior, las fallas en de estructuras de monitoreo y evaluación acentúan la asimetría en la información característica de este sector, dificultando el proceso de

cambio, y llevando a una transferencia de riesgo hacia actores más débiles.

De este modo, los mecanismos de retribución a los participantes constituyen una herramienta crucial de resignación de recursos entre actores en el sector salud. Un mecanismo capitado transfiere a los prestadores los riesgos asociados con el modelo de seguro, en tanto que un mecanismo de pago por prestación implica una absorción de riesgo por parte del financiador. En general, se observa que en mercados de mayor tamaño existe mayor competencia en el nivel de provisión de servicios y por tanto es posible que la transferencia de riesgo sea mayor, con remuneraciones capitadas o fijas.

Alternativamente, en aquellos mercados más pequeños, o en especialidades médicas más específicas, la transferencia de riesgo es difícil de generar, provocando una absorción por parte del financiador del sistema, mediante pagos por prestación.

A continuación se presenta un ejemplo utilizando herramientas de teoría de los juegos en el contexto de un problema de agencia. En él se establece la interacción entre mecanismos de retribución a los factores, poder de negociación de las partes y estabilidad de los esfuerzos de reforma. El juego

propuesto caracteriza la relación entre el tomador de decisiones de política, a cargo del financiamiento, y las instituciones a cargo de llevar a cabo la misma (instituciones desconcentradas, proveedores, gerenciadore de fondos, etc.). Sin embargo, y dada la naturaleza segmentada del sector, esta estructura se multiplica, representando el contrato inicial entre las partes involucradas a distintos niveles de administración y provisión.

Considérese un financiador que establece con una institución intermedia o con un prestador una relación contractual en función de ciertos objetivos de reforma claramente definidos. A partir de ellos, y en función de la estrategia diseñada, el primero acuerda con el segundo un mecanismo de retribución por la actividad que realiza. Tal mecanismo V se define del siguiente modo:

$$V = c^e + \beta (c^r - c^e) \quad (3)$$

Donde: V es la retribución total; c^e es el costo esperado por el principal en el que incurriría el agente por cumplir con el objetivo propuesto, c^r es el costo real que enfrenta el agente para desarrollar sus tareas, y β representa el pago complementario desembolsado por el principal por el exceso de costos en el que pueda incurrir el

agente, tomando β un valor entre cero y uno.

El costo real que se requiere por el agente para llevar adelante el objetivo, tiene la siguiente estructura:

$$c^r = c^h - \varepsilon + \omega \quad (4)$$

donde c^h constituye el costo histórico promedio tomado como referencia, ε es el esfuerzo realizado por el agente, y ω representa la incertidumbre no sistemática que no permite al principal observar perfectamente tal esfuerzo. Este último factor introduce el problema de asimetría de información, y puede ser interpretado como el efecto de variables exógenas (shocks macroeconómicos, cambios en precios relativos, entre otros) que alteran la función de costos del ejecutor y no pueden ser cabalmente considerados por el tomador de decisiones.

Dada esta estructura simple de contrato, se observa que el mismo depende negativamente del esfuerzo del ejecutor de la política, en tanto un mayor compromiso permitiría una reducción de costos. Por otra parte, cuanto mayor sea ω menor será la posibilidad de monitoreo, aumentando el nivel de discrecionalidad, con efectos sobre el costo real.

Los mecanismos a partir de los cuales se transfieren o se absorben riesgos financieros o epidemiológicos dentro de este proceso de aplicación de reformas se encuentran definidos por el parámetro β . De este modo, cuando β es igual a cero, la retribución alcanzada será igual al costo esperado por el financiador, existiendo una transferencia plena del riesgo hacia el ejecutor de la política, mientras que en los casos en que β es igual a uno, se verificará una absorción plena del riesgo por parte del principal. Cualquier punto intermedio en el valor de β establece una relación de riesgo compartido entre ambas partes, la cual se encuentra asociada con la capacidad de negociación de las partes involucradas al momento del diseño de la reforma.

Consideramos que el nivel de compromiso con la reforma que realice el ejecutor de la política no es exógeno sino que, en base a lo discutido anteriormente, se define como la reacción ante la estructura del contrato, tomando la siguiente forma:

$$\varepsilon = \mu \cdot (1 - \beta) \quad (5)$$

El nivel de compromiso se explica por un nivel de esfuerzo fijo y predeterminado, μ , que puede estar asociado con la sensibilidad del actor ante los efectos de su parti-

cipación en el sector salud, menos una componente de riesgo, representado por β . En otras palabras, la respuesta del ejecutor a la reforma propuesta dependerá negativamente del riesgo asumido por el principal medido por β . Cuanto mayor sea el riesgo asumido por el financiador, menor será el incentivo por parte del agente a realizar un esfuerzo por maximizar la función objetivo del reformador, en tanto un menor esfuerzo se refleja en un aumento de los costos del agente y por ende en una menor retribución neta.

A partir de ello, es conveniente considerar porqué el principal absorbería parte del riesgo en un mercado de salud. Como se mencionara anteriormente, una reforma que involucra un financiador con poder monopsónico en la contratación de servicios en un sector de múltiples proveedores, por ejemplo, tendrá más capacidad de establecer mecanismos que le sean beneficiosos, transfiriendo el riesgo financiero de la reforma efectuada.

Sin embargo, esta estrategia no necesariamente resultará exitosa ni sostenible, en la medida que genera incentivos a desviarse por parte de los otros participantes del sistema. La creación de cámaras de empresas intermediarias o proveedoras de servicios, la sindicalización de profesionales de la salud, o el na-

cimiento de coaliciones entre sectores, constituyen respuestas de mediano plazo con el fin de alterar la relación de poder entre ambas partes. Asimismo, existen incentivos por absorber el riesgo, incluso en condiciones de relativo “poder de mercado”, tales como garantizar la calidad de la atención, si esta es una meta de la reforma, o lograr cierto alineamiento de intereses a fin de alcanzar la estabilidad de los cambios propuestos. En todo caso, la posibilidad de comportamiento oportunista por parte del responsable de ejecutar las medidas de reforma confronta con la aversión al riesgo del mismo de involucrarse en acciones que representen cambios en el statu quo.

Asimismo, aversión al riesgo y riesgo moral están correlacionados en el mercado de salud, dependiendo ambos de la calidad o efectividad del monitoreo que realice el principal. Si el monitoreo es muy costoso y existe una pequeña probabilidad de que no se realice, el nivel de riesgo moral será significativo, mientras que no habrá motivos para ser adverso al riesgo. Contrariamente, si el monitoreo es efectivo y además cuenta con bajo costo, el grado de aversión al riesgo (en caso de existir un mecanismo de castigo) será mayor y su efecto prevalecerá sobre aquel generado por la actitud oportunista.

Finalmente, la definición de objetivos muy amplios o pobremente establecidos afecta la estructura del contrato en el modo esquematizado anteriormente, en tanto impide identificar el costo esperado de la ejecución de la estrategia. Ante ello, la mejor reacción del agente ejecutor de la política es “ponerse a salvo” de la arbitrariedad generada por la reforma, reduciendo los niveles de esfuerzo. El principal, por su parte, ante la carencia de funciones claramente identificadas, pierde la posibilidad de establecer patrones de desempeño del estrato siguiente de ejecución, impidiendo discernir entre limitaciones en el cálculo de los costos, factores no sistemáticos que la afectan y fallas de ejecución.

De este modo, el proceso de aplicación de una reforma puede ser visto entonces como una estructura dinámica, donde no sólo sus objetivos sino también la estabilidad de la estrategia de implementación deben ser considerados en su diseño. Tal estabilidad, como fuera planteado en los ejemplos regionales, descansa en la capacidad de alinear objetivos entre los distintos participantes. Para ello, dos requisitos deben ser atendidos. En primer lugar, los actores necesitan percibir que los efectos del cambio le son favorables, de modo que cuenten con incentivos para co-

operar con la reforma.

En segundo lugar, y como se discutiera en la sección anterior con ejemplos de juegos dinámicos de corto plazo, los mecanismos de “castigo” ante un desvío en la estrategia acordada deben ser creíbles, en tanto se basan en estructuras de información existentes y se instrumentan con herramientas regulatorias eficaces.

Si el modelo considerado es uno de horizonte finito, la resolución del problema se realiza vía inducción inversa (*backward induction*). En tanto los participantes conocen las funciones objetivo de sus interlocutores, el tomador de decisiones debería no sólo decidir cuál será la estrategia que asegure la mayor ganancia social de acuerdo a sus valoraciones, sino también cuál será el posible menú de acciones elegidas por cada uno de los demás participantes, frente al cual establecerá su elección de reforma. En otras palabras, las decisiones que tome el ejecutor de una política repercutirán sobre las metas perseguidas, medidas en términos de indicadores de salud, mientras que la decisión del Ministerio de Salud u otro financiador, tendrá repercusión sobre las retribuciones recibidas por los actores involucrados, generando una interdependencia entre las decisiones de los jugadores.

Al suponer que el juego se re-

pite infinitamente⁽⁸⁾, el beneficio recibido por cualquier agente i a cargo de la implementación de la política será el siguiente:

$$[V_i^*(\varepsilon^*, \beta^*(n)|\omega)] + \frac{\delta}{(1-\delta)} [V_i^*(\varepsilon^*, \beta^*(n)|\omega)] \quad (6)$$

donde V_i^* es la función de beneficios presentada en la ecuación (1) de esta sección medida en el óptimo, es decir considerando la mejor respuesta ε^* al mecanismo de retribución diseñado por la reforma. Como se discutiera previamente (ecuación (5)), ε^* constituye la mejor respuesta a la estructura de absorción o transferencia de riesgo propuesta por el principal (β^*) en el juego finito, ante la presencia de ω , la incertidumbre no sistemática, tal que

$$\varepsilon^* = R(\beta^*|\omega) \quad (7)$$

La variable β de absorción de riesgo es planteada como dependiendo de n , la tasa que representa la concentración de competidores del principal sobre el número de participantes en la ejecución de políticas. Un n pequeño refiere a un mayor poder relativo de negociación por parte del financiador, lo que lleva a un valor bajo de β (asociado con alta transferencia de riesgo) y viceversa. El primer término de la ecuación (4) muestra

el beneficio del ente ejecutor en el período $t=1$, en tanto el segundo término explícita la ganancia futura descontada si no existe desvío, donde δ es la tasa de descuento intertemporal.

Contrariamente, si el ejecutor de la política de reforma se desvía del acuerdo o contrato definido y decidiera en el primer período un nivel $\varepsilon^B < \varepsilon^*$ a fin de mejorar su margen de ganancia, se postula que éste recibirá un castigo por un tiempo limitado, en forma de una quita o suspensión temporal de su habilitación para operar valuada en p . Se supone que el castigo que el ministro de salud le impone al agente es por T períodos ante la eventualidad de ser identificada tal conducta, que ocurre con probabilidad α . De este modo, la ganancia descontada por desvío de un ejecutor de la reforma dada por:

$$\begin{aligned} & [V_i^B(\varepsilon^B, \beta^*(n)|\omega)] + \\ & + \alpha \left\{ \frac{\delta^T}{1-\delta^T} [V_i^*(\varepsilon^*, \beta^*(n)|\omega) - p] + \frac{\delta^T}{1-\delta^T} [V_i^*(\varepsilon^*, \beta^*(n)|\omega)] \right\} \\ & + (1-\alpha) \left\{ \frac{\delta}{1-\delta} [V_i^*(\varepsilon^*, \beta^*(n)|\omega)] \right\} \quad (8) \end{aligned}$$

donde $V_i^B > V_i^*$ es la ganancia alcanzada por el agente que se desvía del acuerdo alcanzado dentro del marco de la reforma, T es el número de períodos de castigo ante la probabilidad de ser identificado el desvío, y $p > \varepsilon$ es el castigo.

El primer término de la ecuación (8) es el beneficio asociado con desviarse en el primer período; el segundo término es el la retribución recibida en el futuro asociada con T períodos de castigo, dado que fue identificado el desvío, volviendo a actuar coordinadamente el resto del tiempo (-T); y el tercero es la remuneración recibida a partir de t=1, en el caso en que no fue descubierto su accionar en t=1.

De este modo, el participante de los esfuerzos de reforma decidirá no desviarse del contrato establecido si (6), la remuneración intertemporal de cumplir con él, es mayor a (8), que representa la retribución por desviarse.

De la comparación entre ambas surge que:

$$\frac{V_i^B - V_i^*}{\alpha \cdot p} < \frac{\delta^T}{1 - \delta^T} \quad (9)$$

resultando finalmente, como condición para no desviarse del acuerdo de reforma, que:

$$\left[\frac{\Delta V}{\alpha \cdot p + \Delta V} \right]^{\frac{1}{T}} < \delta \quad (10)$$

donde ΔV es la diferencia entre $V_i^B - V_i^*$. De este modo, tanto un aumento del castigo (temporal y monetariamente) como de la probabilidad de descubrimiento del

desvío lleva a un escenario donde la tasa de descuento ínter temporal es relativamente más alta para inducir a la salida del contrato.

Ese potencial castigo, para ser creíble y motive la estructura de incentivos adecuada, debe estar sujeta a tres factores: (i) el primero es la credibilidad de la amenaza, es decir, cuán factible es la estructura del castigo; (ii) el segundo factor es la probabilidad de ocurrencia del monitoreo, ya que no existe certeza por parte de ambos jugadores respecto a la realización del mismo. En este último sentido, las estructuras corporativas (públicas y privadas) y otras restricciones institucionales y políticas juegan un papel fundamental. Mientras exista una corporación fuerte, la probabilidad de ocurrencia del monitoreo α disminuye significativamente, impidiendo la estabilidad del cambio propuesto. Por otra parte, la falta de monitoreo como consecuencia de las restricciones institucionales dentro del sistema, no permite la actualización frecuente de los contratos frente a un contexto de flexibilidad de precios en los demás mercados, generando así una limitación adicional y el comportamiento oportunista por parte de algunos jugadores del sistema.

Sin embargo, los resultados en salud no sólo dependen del propio

sistema de salud, sino que también están expuestos a distintos *shocks* exógenos al mismo. En otras palabras, los cambios en el contexto económico y en el contexto sanitario tienen efectos directos sobre los resultados en materia de salud. En el marco planteado, los factores externos intervienen a partir de δ , la tasa de descuento ínter temporal. La misma afecta la decisión de cooperar con el esfuerzo de reforma o desviarse, ante la probabilidad de castigo existente. Mayor volatilidad reduce los horizontes de cualquier arreglo institucional.

Finalmente, el número de participantes en el mercado de salud afecta el resultado de la reforma, configurándose mecanismos de cooperación con el cambio, como también coaliciones contrarias a alterar el statu-quo. El contexto macroeconómico determina el valor de ciertas variables que inciden directamente en las restricciones presupuestarias de cada agente. La existencia de un aumento de la tasa de desempleo, por ejemplo, desencadena efectos cruzados sobre el sector público y la seguridad social a considerar en la reestructuración de contratos. Desde el punto de vista del sector público, el aumento de la cantidad de personas sin trabajo formal provoca que un mayor número de individuos se inclinen por demandar servicios

de salud en sus instituciones, a la vez que repercute en la restricción presupuestaria del gobierno a través de una retracción en la recaudación impositiva. Ello afectará la calidad promedio del sistema, independientemente de la estructura de incentivos y contratos surgidos a partir de la reforma.

Conclusiones

“En un mundo dotado con instituciones que resuelven conflictos sociales, existe orden social pero desigual poder de negociación y desigual acceso a recursos coercitivos. Estos hechos son la base de ambas, rigideces e inestabilidades, observadas en arreglos institucionales. La capacidad para resolver conflictos en la sociedad y dentro de las instituciones en sí mismas descansa en la estructura de recursos de coerción y negociación que capacita a algunos actores a delimitar efectivamente las decisiones de otros. Aquellos que ejercitan tal poder tienen los medios y el interés en mantener los arreglos institucionales corrientes que se ajustan a sus propósitos y en reformar aquellos que no lo hacen” (Levi, 1990).

Esto claramente implica que los resultados perseguidos por los distintos actores políticos no son coincidentes. Dicha diferenciación genera, en la práctica, una menor

posibilidad de coordinación, salvo en aquellas políticas en donde los actores hayan acordado un mínimo consenso. En otros términos, la presencia de incertidumbre respecto a cual sería la política óptima y/o las instituciones necesarias para llevarlas a cabo impide –en determinadas circunstancias– alcanzar un resultado óptimo.

La cooperación es una de las formas en que una sociedad alcanza la resolución de sus conflictos. En este contexto, las decisiones se toman en base al diálogo y la negociación. Sin embargo, esta no es la única opción: la confrontación y la imposición como forma de resolución puede también caracterizar a una sociedad.

Si las transformaciones institucionales ocurren, una pregunta central es la causa de estos cambios. Ello sucede debido a la distribución inequitativa de poder social, por lo que el origen del cambio no se encuentra dentro de la institución a ser cambiada. Por lo tanto, aquellos actores con gran capacidad de mercado tienen mayores chances de transferir el riesgo. De todos modos, ello no implica necesariamente que no exista equilibrio estable en el tiempo.

Los mecanismos de remuneración (monetarias o no) constituyen una de las herramientas que permiten el consentimiento de todas las

partes para seguir participando del juego. Desde esta perspectiva, las instituciones reflejan arreglos de negociación social donde no todos se benefician de modo equitativo. Sin embargo, en la medida que la institución no alcanza a compensar a un número significativo de individuos, la misma pierde capacidad de *enforcement*. En tanto el juego es establecido razonablemente, se minimizan las posibilidades de desvío, y se promueve la cooperación en torno a los objetivos de la institución (reforma).

Ante estructuras macroeconómicas altamente volátiles, la capacidad institucional de alcanzar consensos duraderos se convierte en una ardua labor. Los arreglos institucionales viables hoy no necesariamente son posibles de mantener mañana, generando continuos reclamos de renegociación. Ello recrudece la estructura relativa de poder, haciendo inestable el arreglo previo, y generando una cada vez mayor brecha en la distribución de las ganancias de mantenimiento institucional. De este modo, no sólo existen factores internos que hacen “estable” una iniciativa de organización sectorial, sino que se presentan elementos externos que modifican la asignación original de recursos y retribuciones, desafiando la viabilidad de una política. La continuidad de estructuras

asimétricas en la distribución de ganancias, erosionan a su vez la confianza en arreglos futuros, provocando continuos desafíos a las pautas establecidas, reduciendo la probabilidad de éxito de iniciativas de acuerdo social.

Del análisis de casos sobre reforma del sector en la región, y partiendo del marco teórico postulado en la segunda sección, se arriban a algunas conclusiones, entre las que se destaca la falta de mecanismos de definición de prioridades en gran parte de las reformas. La falta de objetivos claros impide generar una racionalidad entre metas, estrategias e instrumentos de política que hagan efectiva la aplicación de un proceso de cambio duradero. Ello refuerza el hecho que el poder de negociación de las partes se encuentre definido ex-ante por el poder de mercado de cada una de ellas, dejando al Estado limitado en su capacidad de ejercer el poder institucional para aplicar estos mecanismos. De este modo, se reduce la capacidad de negociación del tomador de decisiones, se genera una mayor transferencia de riesgo hacia los actores más débiles y se relajan los tiempos de aplicación de la reforma. Ello provoca pérdidas no solamente de eficiencia en la asignación de recursos, sino en el camino hacia un sistema de salud equitativo. Asimismo, dada la

falta de mecanismos regulatorios con capacidad de *enforcement*, los contratos no son respetados o son débilmente definidos.

La falta de mecanismos de seguimiento y evaluación, eje de la tercera sección de este ensayo, se relaciona claramente con el proceso de negociación entre el tomador de decisiones y los actores públicos y privados del sector salud, presentado en la sección cuarta: cuáles son los incentivos generados por la estructura del sector que motivan la creación de mecanismos transparentes de generación de información. Complementariamente, la fragmentación del sistema es funcional a los dos aspectos mencionados previamente, en tanto genera “barreras estructurales” en la implementación de cambios.

Como conclusión general, se hace necesario incorporar instrumentos de economía política en el diseño teórico de la reforma, de modo de avanzar un paso más en la ingeniería de los procesos de cambio en el Sistema de Salud. No es sólo necesario establecer mecanismos teóricamente eficientes en la asignación de recursos y generar estructuras eficaces en cuanto a la utilización de fondos y la cobertura de servicios. Complementariamente debe considerarse que cualquier proceso de reforma afecta un status quo previo, y que cada uno

de los actores reaccionará en función de las metas planteadas antes de este proceso.

***Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)**

Referencias

Akerlof, G. y Yellen, J. (1990) *Efficiency Wage Models of the Labor Market*, Cambridge University Press.

Alesina, A. y Rodrik, D. (1994) "Distributive Politics and Economic Growth", *Quarterly Journal of Economics*, 109, 2:465-490.

Axelrod, R. (1984) *The Evolution of Cooperation*. New York: Basic Books.

Benabou, R. (2000) "Unequal Societies: Income Distribution and the Social Context", *American Economic Review*, 90,1.

Bicchieri, C. (1993) *Rationality and Coordination*, Cambridge Studies in Probability, Induction and Decision Theory, Cambridge University Press.

Coase, R. (1937) "The Nature of the Firm". *Economica* (November): 386-407.

Coase, R. (1960) "The Problem of Social Cost". *Journal of Law and Economics* 3: 1-44.

Coleman, J. S. (1973) *The Mathematics of Collective Action*. Chicago: Aldine.

Coleman, J. S. (1990) "Norm-Generating Structures" en Cook, K. and Levi, M. *The Limits of Rationality*. The University of Chicago Press.

Elster, J. (1983) *Explaining Technical Change*. New York and Cambridge: Cambridge University Press.

Fama, E. F. (1980) "Agency Problems and the Theory of the Firm". *Journal of Political Economy* 88, no. 21: 288-307.

Gibbons, R. (1992) *Game Theory for Applied Economists*, Princeton University Press.

Kreps, D. (1988) *Notes on the Theory of Choice*, *Underground Classics in Economics*, Westview Press.

Levi, M., and Robert Bates, eds. (1988) "The Political Economy of French and English Development". *Politics & Society* 16 nos. 2-3.

Levi, M. (1990) "A Logic of Institutional Change" en Cook, K. and Levi, M. *The Limits of Rationality*. The University of Chicago Press.

Levi, M., Cook, K. S., O'Brien, J. A., and Faye, H. (1990) "Introduction" en Cook, K. and Levi, M. *The Limits of Rationality*. The University of Chicago Press.

Maceira, D. (1996) "Fragmentación e Incentivos en los Servicios de Salud de América Latina y el Caribe" Banco Interamericano de Desarrollo, Research Department, Working Paper Series N.335, Washington DC.

Maceira, D. (1998) "Income Distribution and the Public-Private Mix in Health Care Provision: The Latin American Case.", *Inter-American Development Bank, Research Department, Working Paper Series N.391*, Washington DC.

Maceira, D. (2001) "Horizontal and Vertical Dimensions in Latin America and the Caribbean Social Health Insurance Systems.", *Latin-American Initiatives (USAID-PAHO-PHR-FPMD-HSPH), Special Edition 3*.

Maceira, D. y Murillo, V. (2001) "Social Sectors Reform in Latin America and the Role of Unions.", *Banco Interamericano de Desarrollo, Research Department, Working Paper Series N.456*.

Maceira, D. y Poblete, C. (2003) "Estructura de Mercado y Mecanismos de Pago en Salud: Experiencias de Mendoza, Argentina" *Desarrollo Económico*, 171.

Malinvaud, E. (1989) "Decentralization" in Eatwell, J., Milgate, M. and Newman, P., eds. *Allocation, Information and Markets*. The New Palgrave. New York: The Macmillan Press Limited: 71-6.

March, J. G., and Olsen, J. P. (1984) "The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life". *APSR* 78 (September): 734-49.

Medici, A. (1997) *A Economia Política das Reformas em Saúde*, Porto Alegre, IAHCS.

North, D. C. (1981) *Structure and Change in Economic History*. New York: Norton.

North, D. (1995) *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press.

Ostrom, E. (1990) *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. New York: Cambridge University Press.

Ross, S. (1973) "The economic theory of agency: the principal's problem". *American Economic Review* 63 (2), May, 134-9.

Simon, H. (1957) *Models of Man*. New York: Wiley and Sons.

Stinchcombe, A. L. (1990) "Reason and Rationality" en Cook, K. and Levi, M. *The Limits of Rationality*. The University of Chicago Press.

Tversky, A., and Kahneman, D. (1990) "Rational Choice and the Framing of Decisions" en Cook, K. and Levi, M. *The Limits of Rationality*. The University of Chicago Press.

Williamson, O. E. (1985) *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: The Free Press.

Notas

1 Algunos de los adjetivos comúnmente utilizados por aquellos que se oponen a las reformas son dados por las palabras o expresiones "neoliberales", pertenecientes al consenso de Washington u otro tipo de clasificación que busca aplanar los instrumentos y procesos tomados por las reformas en

un valor negativo, y de esta forma, descalifica su contenido.

2 Por simplicidad se consideraron solamente decisiones extremas (invertir en incentivos o no hacerlo; incurrir en gastos de monitoreo M o cero; etc.). La estructura del planteo no se altera ante la inclusión de un continuo de opciones.

3 La literatura económica sobre salarios de eficiencia es vasta. Una recopilación de trabajos sobre este particular puede hallarse en Akerlof, G. y Yellen, J. (1990).

4 Para una discusión en profundidad de cada uno de estos grupos, ver Maceira (1996).

5 La excepción a esta tendencia tuvo lugar en el primer semestre de 2002, donde la inestabilidad del sector, debido a la caída del nivel de empleo, fue profundizada por una devaluación que alteró los precios relativos de bienes y servicios de salud. La percepción de crisis unió los intereses sectoriales y el Ministerio público logró consen-

suar una serie de pautas sanitarias de alto impacto.

6 Para un análisis de la relación entre estructura de mercado, reforma y transferencia de riesgo para el caso argentino, ver Maceira y Pobleto (2003).

7 Tomando la misma perspectiva de estudio, un análisis de la participación de los sindicatos en los sectores sociales (Maceira y Murillo, 2001) sugiere que existen tres factores fundamentales en sus respuestas ante la reforma. La primera de ellas, se relaciona con la estructura organizacional de los sindicatos (federalización o representación única). El segundo grupo se encuentra asociado con variables de características estructurales del mercado, como las mencionadas anteriormente (alineamiento de objetivos, diseño de estrategias, tamaño del mercado y poder de negociación), en tanto la tercera, es la del alineamiento político entre los sindicatos y el poder a cargo del gobierno al momento de realizarse las reformas.