



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Disputas laborales y Gobernabilidad del Sector Salud en América Latina

Resumen Ejecutivo

Daniel Maceira, Ph.D. (*)

Julio 2007

(*) Ph.D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina; Investigador Adjunto del CONICET y Director del Área de Política de Salud de CIPPEC. Este documento fue elaborado para la Agencia Subregional de IDRC, en el que colaboraron Martín Peralta Alcat, Bernardo Díaz de Astarloa y Esteban Peralta, del Área de Microeconomía Aplicada del CEDES. El autor agradece los aportes realizados en la propuesta original del proyecto por Felipe Rigoli (OPS) y André Medici (BID), así como las contribuciones de Roberto Bazzani (IDRC) a lo largo del proyecto. Especial agradecimiento para Julio Scavino, autor de la base de datos que alimenta este trabajo, por su generoso aporte, sus comentarios y apoyo. Las opiniones son exclusivas del autor y no comprometen a las instituciones participantes. El documento Completo puede hallarse en www.danielmaceira.com.ar. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1. INTRODUCCIÓN

El planteo de economía política entiende que la puesta en práctica de reformas implica pasar de una situación existente a otra, de la cual se cuenta con imperfecta información. A partir de ello, cada uno de los actores identifica los ejes del cambio y establece, a partir de sus expectativas y experiencias en situaciones similares, las ventajas y desventajas potenciales de su sector ante tal cambio, implementando un mecanismo de respuesta. La combinación de tales respuestas de algún modo define los desafíos de la transición. Desde esta perspectiva, el tomador de decisiones de política debe establecer una estrategia para llevar a cabo tal tránsito, y para tal fin debe identificar la posibilidad de cierto consenso entre los actores involucrados o, al menos, una fuerza de aprobación que más que compense a aquella que no coincide con el cambio propuesto. De esta forma, el elemento relevante que incorpora la perspectiva de economía política es la dimensión de "factibilidad" a llevar a cabo ciertas reformas que, si bien técnicamente pueden ser razonables en diseño, pueden enfrentarse potencialmente, con un contexto de intereses contrapuestos, evidenciando ciertas restricciones institucionales inherentes a su desarrollo. Por lo tanto, la estrategia de implementación de la reforma debe encontrarse asociada con objetivos claros y mínimamente consensuados, de tal forma que permitan un "ambiente" propicio para la implementación del cambio y minimicen la existencia de las barreras institucionales mencionadas.

En gran parte del mundo en desarrollo el gasto de bolsillo en salud es significativo y aumenta en la medida que los niveles de pobreza se hacen mayores (Maceira, 2001). La poca capacidad del sector estatal para financiar y regular abre un espacio para el desarrollo privado, con efectos negativos sobre la equidad de acceso económico (entre grupos de ingreso), geográfico (sectores rurales y urbanos), y culturales (discriminando contra minorías étnicas y religiosas). En el caso latinoamericano, las instituciones no ministeriales de aseguramiento social (Cajas en Bolivia, Obras Sociales en Argentina, EPSs en Colombia, Mutuales en Uruguay, Institutos de Seguridad Social en gran parte de la región) incorporan protagonistas con gran poder de negociación en el sector salud que, combinadas con el nivel de descentralización en la toma de decisiones en el ámbito público, generan miradas sociales con perspectivas gremiales y/o privadas, que agregan actores en las "mesas de negociación", y reducen la capacidad del ministerio público de presentar una estrategia única. Ante escenarios donde el poder de negociación de los actores se encuentra en cierto modo asociado con su capacidad de organización y manifestación de sus objetivos, el grupo con mayores limitaciones de incidencia resulta ser el de los pacientes.

En un intento por atender los problemas de gobernabilidad, existentes y potenciales, de los sistemas de salud en la región, Maceira (2007.b) realiza un análisis de los actores relevantes que intervienen en los procesos de reforma, estableciendo un esquema para identificar sus interrelaciones, influencias y participación en el proceso de diseño de cambios en el sector salud. El presente trabajo se concentra en el análisis del caso específico de los trabajadores de la salud y sus organizaciones gremiales y profesionales. Estas instituciones cumplen un doble papel, de resistencia al cambio y de sostén prestacional, ambos asociados con su característica de pilar de los sistemas de salud.

2. REVISIÓN DE LITERATURA

En la medida que los mecanismos de definición de prioridades de política pública se acercan a criterios de costo-efectividad, la asignación de recursos sería más eficaz, aumentando su productividad marginal y permitiendo alcanzar metas sanitarias más avanzadas. En todos los casos, el financiamiento y el control se mantienen en manos de la autoridad pública, la que representará los intereses sociales alineados con valores de equidad y de acceso a la salud como derecho.

Propuestas diseñadas técnicamente en forma correcta no pasaban el filtro del proceso político y surge así, tanto como preocupación de los *policy makers* como de los organismos de financiamiento internacional de ahondar en el análisis del proceso político detrás de cada reforma para lograr su factibilidad (González Rossetti, 2005, Maceira, 2007 a y 2007 b). Particularmente, la participación de algunos grupos cruciales en el diseño e implementación de reformas en sectores sociales muestra ciertas particularidades que pueden analizarse desde las teorías políticas y económicas (alineamiento de intereses políticos, poder de mercado, etc.) que permiten identificar herramientas adicionales para el diseño de política pública (Maceira y Murillo, 2001).

2.1. Grupos de Interés, Institucionalismo y Equipos de Cambio

El análisis de los grupos de interés, perteneciente a la escuela de pensamiento pluralista, considera que el resultado de todo proceso reforma es el producto de la interrelación entre los distintos grupos que se encuentran afectados por la propuesta. Las diferencias en poder de negociación entre grupos define la posibilidad de afectar los términos de la misma. Un supuesto fundamental dentro del enfoque del estudio de grupos de interés se encuentra en la posición del Estado en el proceso, el cual es un participante neutral en la "arena" de negociación.

De esta manera, y como característica general, las propuestas de reformas se ven influidas por las características de los distintos grupos de presión existentes, siendo que el resultado de la misma dependerá de dicho proceso en el cual el Estado cumple un rol de mero mediador. Sin embargo, el protagonismo del estado en la imposición de ciertas reformas "conflictivas", llevó a considerar la posibilidad de atribuirle un papel más relevante en el proceso de reformas, y cuya influencia decisiva se encontraría en el diseño de las instituciones públicas y su interrelación con los grupos de interés y con la sociedad en general. De esta manera, el enfoque institucionalista considera al estado como a otro grupo de interés (Evans et al., 1985) con funciones de preferencia particulares y que maximiza una función de utilidad y con una posición respecto a los objetivos de política deseables (Steinmo and Watts, 1995; Hall, 1986).

Contrastando el enfoque institucionalista, en un estudio sobre regímenes políticos en América Latina se demuestra que no existe evidencia empírica entre tipo de régimen y capacidad del estado para promover una política de cambio. Por lo tanto, y dado tal escenario, surgen los grupos de tomadores de decisiones encargados de formular y promover políticas referidas en la literatura como "equipos de cambio" (Waterbury, 1992), a partir de los cuales el estado es visto como una colección de individuos *self-interested*, agentes racionales que toman decisiones de política restringidos o teniendo en cuenta sus limitaciones y oportunidades de manera de asegurarse el éxito en sus respectivas carreras dentro de la institución. En definitiva el estado es concebido como un conjunto de grupos de interés con diferentes concepciones sobre

qué es lo que debe hacerse. De esta manera, el equipo de cambio debe obtener el consenso o neutralizar la oposición de las facciones contrarias dentro del gobierno.

De acuerdo al planteo de la teoría de grupos de interés, el estado es neutral y compacto, en tanto actúa como un actor único que intenta, capacidad de negociación mediante, implementar políticas que logren alinear los intereses de los grupos involucrados. Ello asume, entre otros factores, que no existen divergencias en el esquema de objetivos, prioridades, e incluso estrategias, entre actores o grupos de actores integrantes del Gobierno. Esta visión es particularmente importante en el caso de las reformas de salud, donde las posibilidades de cambio normalmente encuentran grupos sociales en conflicto y representantes de estos grupos en el Congreso, provincias y municipios, o incluso al interior del mismo gabinete del Ejecutivo.

2.2. Teoría de la Negociación

Un proceso de reformas puede verse como un complejo problema de negociación entre las distintas partes involucradas con el fin de llegar a un consenso sobre los objetivos (cooperación por beneficios mutuos, conflicto de intereses, e inexistencia de un agente mediador externo). Como caso particular de la literatura referida a consideraciones de intercambio, Zeuthen (1930) y principalmente Hicks (1932) llevaron el marco teórico hacia la arena de los conflictos laborales, el primero planteando la idea de concesiones secuenciales, el segundo haciendo énfasis en la ocurrencia de paros. Sin embargo, estos trabajos se enfrentaron a la imposibilidad de arribar analíticamente a una solución determinada. En este sentido, el enfoque analítico moderno que dio lugar a posibles soluciones de tales indeterminaciones (utilizando conceptos de la teoría de juegos) es el desarrollado por Von Neumann y Morgenstern (1941) y Nash (1950). Dentro de este enfoque se distinguen dos aproximaciones tradicionales: el enfoque axiomático (Nash) y el enfoque estratégico. El primero considera que los jugadores acuerdan o desacuerdan en base a un orden de preferencias, que da lugar a una función de utilidad sobre el espacio de eventos, mientras que el segundo, en cambio, llega a una solución derivada de una situación de equilibrio en un modelo explícito del proceso de negociación.

Ashenfelter y Jonson (1969) y Farber (1978) analizan las condiciones bajo las cuales es factible que haya disputas de trabajo y construyen un modelo en el cual la duración de los paros está en relación con el salario que dejan de ganar los trabajadores, el aumento mínimo aceptable y la tasa de descuento.

A la luz del análisis de los diferentes enfoques, se comprende que la teoría de la negociación permite incorporar tanto en términos estáticos como dinámicos el proceso de discusión salarial, en donde la huelga es un instrumento más dentro del menú de opciones de los sindicatos¹.

2.3. Enfoque de Economía Política

¹ Un factor adicional de importancia en el caso bajo estudio, y que afecta al despliegue de estrategias de negociación por parte de los actores del sector sanitario, es la necesidad de considerar que el "bien o servicio" generado en el sector salud es claramente diferente al de otros sectores estudiados en la literatura. Para nuestro caso, el servicio involucrado, planteado generalmente como "cuidado o mantenimiento de la salud de la población" tiene categoría de derecho o bien social, y ello hace que las estructuras de beneficios y utilidades de los grupos participantes deban ser redefinidos. Adicionalmente, y también diferenciando el modelo presentado por la teoría de la negociación con aquel que pueda considerarse en el sector salud, los actores participantes son entidades sociales (Estado y Sindicatos o Gremios de trabajadores de la salud), con funciones de utilidad que exceden el marco privado.

Las raíces de Economía Política pueden encontrarse en el análisis positivo de la política económica es "Elección Pública" (Public Choice), a partir de las contribuciones clásicas de Buchanan y Tullock (1962) y Olson (1965). Esta escuela centró su atención el problema de agencia entre el gobierno y los ciudadanos, haciendo énfasis en la importancia de la constitución y las limitaciones que la misma impone en las conductas sociales.

De esta forma, la economía política surge por el interés de dejar de presentar a las instituciones como cajas negras, y analizar cómo las mismas se originan, se adaptan e influyen en la toma de decisiones. En este sentido, es una visión que ve a la economía como un mecanismo que no se autosustenta, sino que se nutre del entorno social más amplio del cual ésta es parte, estableciendo la inevitable influencia de las complejas interacciones entre múltiples actores con intereses, información y creencias particulares, en el contexto de determinados marcos institucionales.

Resulta claro, sin embargo, y a partir de la literatura existente, que no existe consenso respecto a la definición del concepto "institución". En este sentido, North (1981) enfatiza el papel que las mismas tienen como "responsables de reducir la incertidumbre estableciendo estructura estables (aunque no necesariamente eficientes) para la interacción humana", Kreps las define, en general, como "las reglas del juego", y Acemoglu (2007) las clasifica en económicas y políticas, de acuerdo al rol que cumplen.

Asimismo, la capacidad de la Nueva Economía Política de analizar las implicancias de las instituciones sobre la economía y su retroalimentación con el contexto, surge del planteo de la Teoría de los Contratos, que identifica la necesidad, ante escenarios de incertidumbre, de establecer mecanismos que sean capaces de alinear los intereses de las partes a fin de minimizar las pérdidas asociadas con la asimetría de información. Este enfoque a su vez reconoce como origen a la literatura de Coase (1937) sobre los límites de las firmas y su necesidad de establecer normas que reduzcan la integración de actividades con claras connotaciones de externalidades sociales. Una revisión de esta literatura por parte de Williamson en su Teoría de los costos de transacción (1985), plantea la discusión entre tipos de contratos, capacidad de *enforcement* de los mismos, y la interacción existente entre duración de los contratos, especificidad de sus requerimientos y costos de gobernabilidad.

A partir de este esquema, y tomando algunos de los aspectos revisados en la literatura presentada, en la siguiente sección se desarrolla un modelo analítico que permita brindar un marco teórico para el análisis de la información sobre huelgas desarrollada por Scavino (2004, 2005)

3. MODELO DE COMPORTAMIENTO

El modelo propuesto en esta sección surge de la combinación de elementos de economía política aplicados a un proceso de negociación entre dos actores, el Gobierno y la representación gremial del personal en salud, ya sea ésta un agente convocante de naturaleza profesional (médicos o enfermeras), o no profesional (auxiliares de enfermería o trabajadores de la salud). El Sindicato toma una función de utilidad que es representativa de la sumatoria de utilidades de los trabajadores. La misma, que definimos como U^i , se caracteriza por estar compuesta de dos elementos: un término de beneficio monetario π^s , que refleja la

función de beneficio individual, y un término no monetario U^S , que refiere a una función de utilidad social. Ambos términos se encuentran ponderados por un factor α , y $(1 - \alpha)$, respectivamente, como se muestra en la ecuación (1)

$$U^i = \alpha \pi^S + (1 - \alpha) U^S \quad (1)$$

A mayor valor de α , el peso del ingreso monetario por sobre el bienestar general es más significativo para el individuo i (médico, enfermero, etc.). Un valor extremo de $\alpha = 1$ ilustra el caso de un profesional de salud que no se interesa por la comunidad, en tanto que un valor extremo de $\alpha = 0$ expresa el caso de un profesional de la salud orientado totalmente a tareas humanitarias, sin interesarse en la retribución monetaria por su trabajo.

Al interior de la función de beneficios monetarios, la ecuación (2) la define como la suma de dos elementos: el ingreso proveniente del desarrollo de actividades en el sector público π^{PU} y los ingresos netos provenientes del ejercicio privado de la profesión π^{PR} .

$$\pi^S = \pi^{PU} + \pi^{PR} \quad (2)$$

El ingreso neto del sector público (ecuación 3) se encuentra definido por el salario fijo recibido w - menos el nivel de costo unitario para la prestación de cada unidad de servicio, multiplicado por la cantidad de pacientes atendidos en el sector público q^{PU} .

$$\pi^{PU} = E(\bar{w}) - eq^{PU}, \quad (3)$$

donde e es el costo unitario de cada intervención en salud (asociado inversamente con los días de huelga), y refleja el esfuerzo involucrado en cada unidad de prestación:

$$e = 1/H \quad (4)$$

Paralelamente, el beneficio privado π^{PR} (ecuación 5) se identifica con en un modelo de competencia en cantidades (Cournot) con individuos homogéneos cobrando precios p (por consulta) y nivel de costos unitarios e (por esfuerzo), y cuya función de demanda inversa se define en la ecuación 6.

$$\pi^{PR} = (p^{PR} - e)q^{PR}, \text{ y} \quad (5)$$

$$p = 1 - Q^{PR} \quad (6)$$

donde Q^{PR} , es la suma de las prestaciones de n médicos, tal que: $Q^{PR} = nq^{PR}$ (7)

El segundo término de la función de utilidad individual corresponde al peso relativo que cada prestador de servicios de salud le otorga al bienestar social, y que se define en este caso como: $U^S = Ien$ (8)

Se observa que pondera a la inversión total en salud (I) por el nivel de esfuerzo e de cada prestador n , lo que puede ser considerado como una aproximación al gasto total en salud ponderado por calidad.

El hecho de que el nivel de "costos de producción" de servicios de salud (el nivel de esfuerzo e) se encuentra negativamente asociado con el beneficio monetario y al mismo tiempo positivamente relacionado con el bienestar social plantea la tensión presente en cualquier trabajador de la salud.

Finalmente, la presentación del modelo requiere de una ecuación que defina el impacto potencial de la huelga. Ello es presentado mediante un salario esperado, donde la retribución del primer período se asocia con w/H , como un modo de expresar el salario real neto de esfuerzo, más la retribución en el segundo período, en el cual los efectos de la huelga se realizan.

$$E\bar{w} = \frac{\bar{w}}{H} + \beta(\bar{w} + \Delta w - eq^{Pu}) + (1 - \beta)(\bar{w} - eq^{Pu}) \quad (9) \quad \text{con} \quad \Delta w = \gamma H \quad (10)$$

En la ecuación (9) la probabilidad de éxito de la medida de fuerza se encuentra dado por β . Cuando β es igual a uno, el éxito de la huelga es pleno, siendo la retribución del trabajador igual al salario previo más un Δw , asociado con la intensidad de la huelga. Si por el contrario, la huelga es totalmente inefectiva, β se hace igual a cero, y por tanto el salario se mantiene, al mismo nivel de esfuerzo.

Reemplazando en la ecuación (1) cada una de las subsiguientes, y maximizando la utilidad, puede llegarse, a través de las condiciones de primer orden, a la cantidad "óptima" de días de huelga:

$$H^* = \left(\frac{\alpha\bar{w} - \alpha\beta q^{Pu} - \alpha q^{Pu} + \alpha\beta q^{Pu} - \alpha q^{Pu} - \alpha q^{Pr} - nI - n\alpha I}{\alpha\beta\gamma} \right)^{1/2} \quad (11)$$

De donde surgen los siguientes resultados cualitativos:

$$\frac{\partial H}{\partial q^{Pu}} < 0 = \rho \quad \frac{\partial H}{\partial q^{Pr}} > 0 = (1 - \rho) \quad \frac{\partial H}{\partial n} < 0 \quad \frac{\partial H}{\partial \alpha} > 0 \quad \frac{\partial H}{\partial \beta\gamma} > 0$$

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La presente sección tiene como objetivo presentar algunos resultados de estadística descriptiva y analítica que den cuenta de la participación de las organizaciones de trabajadores de la salud en el sector, utilizando como base la información brindada por los estudios de Scavino (2004, 2005) sobre huelgas en América Latina durante los períodos 2003, 2004 y 2005². El fin ulterior es identificar las reacciones de un actor significativo en

² Desde una mirada metodológica, asimismo, el presente trabajo limita su análisis al relevamiento de acciones de huelga a partir de que tales demostraciones fueran documentadas por los medios gráficos periódicos de la región. Si bien ello no resta mérito al trabajo de recopilación de información, no necesariamente refleja el fenómeno en su totalidad, en tanto se encuentra "tamizado" fundamentalmente por otro actor relevante en el sector salud: los medios de comunicación.

el diseño e implementación de políticas de salud, a partir de sus reacciones a la organización del sistema y, en alguna medida, a las iniciativas de reforma durante el lapso analizado.

A partir del marco teórico presentado, se entiende que los sindicatos, gremios y asociaciones profesionales que se incluyen en esta base de datos definen una estrategia de acción que tiene como fin alcanzar una función objetivo conjunta –la de estas instituciones y sus representados-. Asimismo, si bien las acciones de huelga o paro forman parte del menú de herramientas disponibles por las organizaciones de trabajadores de salud, éstas no constituyen las únicas acciones disponibles para llevar a cabo su plan de acción. Se propone considerar que los sindicatos despliegan acciones de huelga como parte de un esquema más amplio y menos simplista, y que incorpora mecanismos de negociación, intervención en los debates sobre mejoramiento de condiciones de trabajo –en lo micro-, y en el diseño y puesta en práctica de reformas o cambios organizacionales del sistema –desde una visión macro/sistémica-.

En la medida en que el presente análisis es de naturaleza cuantitativa, no considera el modo en que las manifestaciones de los trabajadores de la salud fueron evaluados o calificados por la prensa –lo que forma parte de un estudio que excede a los objetivos de este trabajo -. Así, el presente documento, a partir de la data recibida, se concentra en estudiar la relación entre días de huelga y el tipo de instituciones convocantes, su país de origen, la naturaleza original de la protesta y otra información relevante y capaz de ser capturada cuantitativamente.

4.1. Metodología de Construcción de la Base de Datos

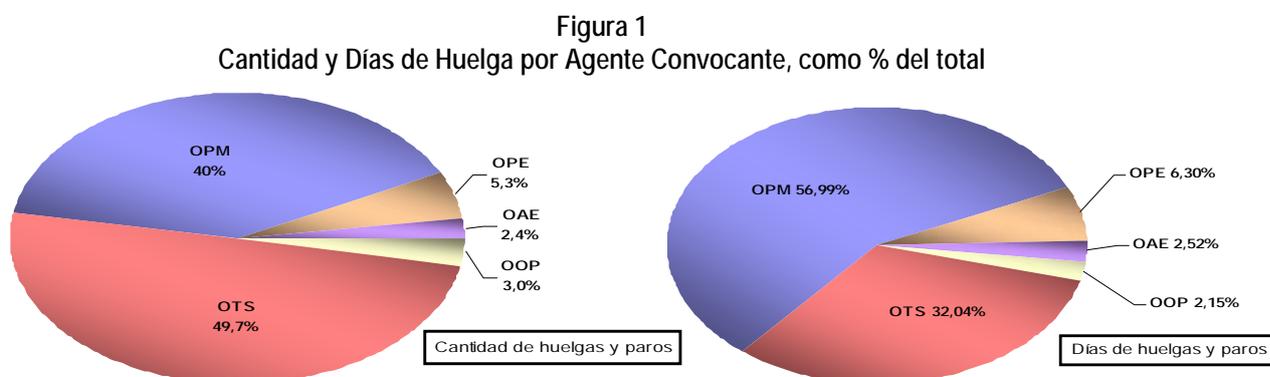
La base de datos fue construida por Scavino en base a información pública recolectada por Internet, sitios Web de organizaciones del Sistema de Naciones Unidas, organismos regionales y gubernamentales, asociaciones internacionales y nacionales de profesionales y trabajadores, medios de información (prensa y radio), centros de investigación y universidades. Con el objetivo de dar el mayor rigor posible a la información, el autor consultó a dirigentes de organizaciones de la Región. La información contenida en la misma incluye: (i) país en el que se desarrolla el conflicto, (ii) nombre de la institución convocante, (iii) tipo de organización, (iv) caracterización de las demandas, (v) fechas de inicio y finalización. De esta forma, los agentes convocantes que organizan el llamado a huelga quedan clasificados en cinco grupos: i) **OPM**: organizaciones de profesionales médicos (colegio, sindicatos de médicos o mixtas); ii) **OPE**: organizaciones de profesionales de enfermería que nuclean a enfermeras universitarias y parteras, ya sean colegios, asociaciones o sindicatos; iii) **OAE**: organizaciones de auxiliares de enfermería (generalmente sindicatos y diferenciados de las organizaciones universitarias); iv) **OTS**: organizaciones de trabajadores en salud, clásicos sindicatos de funcionarios públicos o privados de la salud; y v) **OOP**: otras organizaciones de profesionales, categoría que incluye a paramédicos, instrumentistas, laboratoristas, anestesistas, etc.

A partir de la información recogida por Scavino, a continuación se presenta un análisis de estadística descriptiva que analiza por año, por tipo de agente convocante y por tipo de demanda, el número de huelgas llevadas a cabo en la Región y los días involucrados en tales manifestaciones, capturados a partir de la metodología propuesta para los años 2003 a 2005. De esta forma, y en base a la discusión conceptual

presentada, se analizan, mediante un modelo de mínimos cuadrados clásicos, los determinantes de los días de huelga totales en el sector salud latinoamericano.

4.2. Análisis Descriptivo

La Figura 1 muestra, por agente convocante y para el 2004, el peso porcentual de cada una de estas instituciones a partir de los dos indicadores que reflejan la movilización de las organizaciones de salud: número de huelgas, y cantidad de días de huelga totales por nación. Se observa que las organizaciones de médicos (OPM) convocaron el 40% de las huelgas y paros de la región, aunque la duración promedio de las mismas fue la mayor, representando el 56.99% de los días de manifestación. Por su parte, los tres grupos de organizaciones restantes convocaron al 10% restante de las huelgas y lideraron el 11% de los días de manifestación de trabajadores en el sector salud de la región.



Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

La distribución de días de huelga por agente convocante (Cuadro 1) al interior de la región, para el total de la base de datos analizada, muestra que las Organizaciones de Trabajadores (no profesionales) de la salud fueron los referentes de más del cincuenta por ciento de las huelgas regionales en ocho de los diecisiete países incorporados al análisis (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, México y Paraguay). Ellos, con la excepción de Paraguay, corresponden a las naciones de mayor población de la región – Venezuela no refleja datos en el período estudiado-.

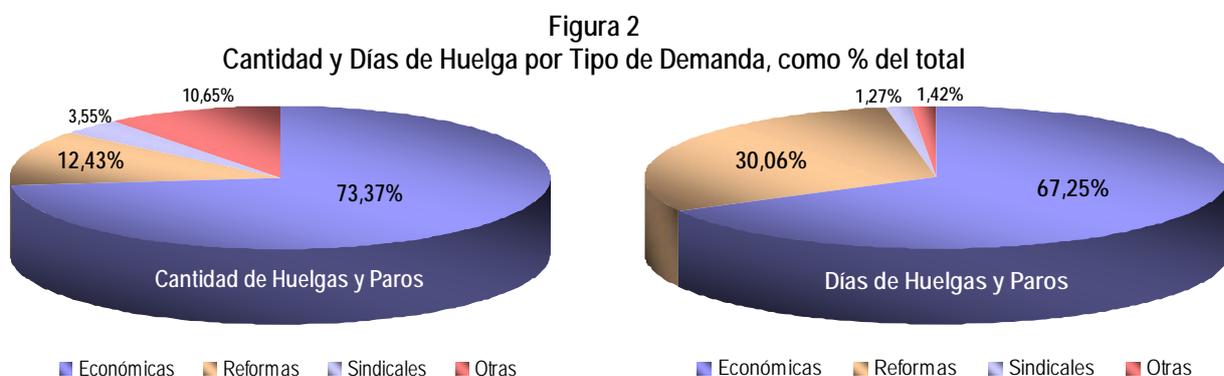
Cuadro 1
Días de Huelga por Agente Convocante, por país y como % del total

Pais	OPM	OPE	OAE	OOP	OTS	Total
Argentina	40.00%	0.00%	0.00%	0.00%	60.00%	100%
Bolivia	30.59%	0.00%	0.00%	0.00%	69.41%	100%
Brasil	28.57%	0.00%	0.00%	0.00%	71.43%	100%
Chile	18.18%	0.00%	0.00%	0.00%	81.82%	100%
Colombia	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Ecuador	69.29%	7.14%	0.00%	0.00%	23.57%	100%
El Salvador	99.63%	0.00%	0.00%	0.00%	0.37%	100%
Guatemala	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Honduras	39.44%	4.23%	47.89%	0.00%	8.45%	100%
México	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Nicaragua	65.43%	0.00%	0.00%	0.00%	34.57%	100%
Panamá	71.43%	0.00%	0.00%	0.00%	28.57%	100%
Paraguay	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100%
Perú	36.40%	31.58%	0.00%	10.96%	21.05%	100%
Puerto Rico	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100%
R. Dominicana	93.22%	0.00%	0.00%	6.78%	0.00%	100%
Uruguay	52.66%	0.00%	0.00%	0.00%	47.34%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

Por el contrario, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y Uruguay, muestran que más del 50% de sus días de huelga fueron encabezadas por las Organizaciones de Profesionales Médicos (OPM). Honduras es la única nación latinoamericana donde las instituciones sindicales asociadas con auxiliares de enfermería cuentan con un peso significativo al momento de establecer manifestaciones laborales asociadas con huelgas: 47,89%.

Las demandas que motivaron las huelgas en la región durante el período analizado fueron clasificadas por Scavino en cuatro grupos: (i) económicas: referidas a todas las demandas que supongan incremento de los recursos financieros de los manifestantes (reivindicaciones salariales, nuevos puestos de trabajo, etc); (ii) políticas: refieren a las demandas de mejores condiciones de trabajo (asociadas con rechazo de reformas, rechazo a las "privatizaciones", paros en contra de la reforma de la seguridad social, etc); (iii) sindicales: sindicales refieren a cuestiones asociadas con preservar reivindicaciones históricas de los gremios o a peticionar por aspectos de legitimidad organizacional (reconocimiento de delegados, reconocimiento de la organización, despidos antisindicales, etc.) y (iv) otras: se incluyen aquellas huelgas inspiradas en demandas políticas generales que no están exclusivamente destinadas al sector (No al tratado de libre comercio (TLC), en contra de acciones de los gobiernos etc.) y que motivan huelgas sólo en el sector salud.



Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

De la apertura por número de huelgas y días de huelga para el total de las naciones de la base de datos, se observa que mayoritariamente son las reformas económicas las que motivan la movilización, explicando el 73,37% de los casos y el 67,25% de los días en este tipo de manifestación. El segundo lugar, con 12,43% de las huelgas y el 30% de los días con falta de actividad, corresponden al grupo de motivaciones asociadas con la reforma. Finalmente, las causas políticas y sindicales se reducen al 14% de las huelgas y a menos del 3% de los días totales de acción sindical bajo esta modalidad.

Analizando las causas de días de huelga por nación (Cuadro 2), Chile, Colombia, El Salvador, México y Panamá son las naciones donde el motivo político (reforma sectorial) constituye la motivación mayoritaria para este tipo de manifestación sindical. Ello no necesariamente coincide con la intensidad de las reformas en tales países (Panamá, por ejemplo). Con menos del 50% de incidencia se encuentran Brasil, Bolivia y Argentina, con 22,22%, 19,75% y 11,11%, respectivamente.

Cuadro 2
Días de Huelga por Tipo de Demanda y por país, como % del total

País	Económicas	Reformas	Sindicales	Otras	Total
Argentina	44,44%	11,11%	0,00%	44,44%	100,00%
Bolivia	59,26%	19,75%	9,88%	11,11%	100,00%
Brasil	77,78%	22,22%	0,00%	0,00%	100,00%
Chile	27,27%	72,73%	0,00%	0,00%	100,00%
Colombia	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Ecuador	99,29%	0,00%	0,00%	0,71%	100,00%
El Salvador	0,37%	99,63%	0,00%	0,00%	100,00%
Guatemala	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Honduras	86,96%	0,00%	10,14%	2,90%	100,00%
México	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Nicaragua	98,77%	0,00%	0,00%	1,23%	100,00%
Panamá	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Paraguay	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Perú	98,25%	0,88%	0,88%	0,00%	100,00%
Puerto Rico	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	100,00%
R. Dominicana	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Uruguay	95,15%	3,64%	0,00%	1,21%	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

Bolivia y Honduras son las dos naciones donde los aspectos sindicales provocaron los mayores movimientos de huelga de la región, con aproximadamente un diez por ciento de incidencia en sus respectivos días totales de huelga. En términos de adhesión política mediante manifestaciones del sector salud, Puerto Rico, con el 50% de sus días de huelga y Argentina, con el 44,44% lideran el rubro, seguido por Bolivia (11,11%) y Honduras (2,9%). Estas dos últimas naciones son las que se encuentran más "diversificadas" en sus razones de protesta, aunque no necesariamente son las más movilizadas.

Asimismo, si se observan los días de huelga (por tipos de demanda y organizaciones convocantes) acontecidos en la región, surge que las OPM son aquellas de mayor poder de manifestación en los cuatro tipos de huelgas, mientras que las huelgas por motivos sindicales se encuentran en el tercer lugar, seguidas por las provocadas por rechazo a políticas macroeconómicas.

Como se observa, estos resultados colocan el debate asociado con la política económica del sector salud en un plano más cercano al marco teórico de la teoría de la negociación que a la de los agentes de cambio y la economía política. Ello es así no por la importancia de las iniciativas de reforma y el papel que se llama a desempeñar a los sindicatos como actores del sector salud, sino porque la impronta reivindicativa de los sindicatos utiliza este instrumento de manifestación para la resolución de conflictos monetarios. Sin embargo, de la apertura de motivos de huelga por agente convocante muestra que son los profesionales médicos aquellos para los cuales los aspectos de política sanitaria generan mayores incentivos a la movilización, y explicando aproximadamente el 40% de los días de huelga de la región.

El Cuadro 3, por su parte, agrupa a los países relevados en función del número de asociaciones profesionales de médicos presentes en cada nación, teniendo en cuenta los trabajadores de la salud. Ecuador y Chile, con 5 y 3 agrupaciones de trabajadores de la salud, respectivamente, muestran un promedio de huelgas de 8,5, siendo el promedio de días de paro de 33 y 9, respectivamente. Por su parte, y con el mayor promedio de días de paro (25,78), República Dominicana posee tan sólo una agrupación de trabajadores de la salud, mientras que Panamá no posee ninguna.

Cuadro 3
Cantidad de Agrupaciones de Trabajadores de la Salud y Huelgas, por País

País	Agrupaciones de trabajadores de la Salud	Huelgas iniciadas por OTS	Promedio	Desvío Estándar	Días de Paro	Promedio	Desvío Estándar
Ecuador	5	11	8,5	3,5	33	21	17,0
Chile	3	6			9		
Honduras	3	3	9	9,6	6	31,4	24,3
Perú	3	5			48		
Uruguay	3	6			38		
Argentina	2	5			6		
Bolivia	2	26			59		
Brasil	2	5			180		
Colombia	2	1	2,33	2,9	3	25,78	58,5
El Salvador	2	1			1		
Guatemala	2	1			1		
Paraguay	2	2			6		
México	1	1			1		
Nicaragua	1	9			28		
República Dominicana	1	0			0		
Panamá	0	1			12		

Fuente: Elaboración propia en base a Scavino 2005.

4.3. Implementación Econométrica

A partir del modelo presentado en la sección tercera, y en función de la información disponible analizada, es posible identificar un mecanismo de implementación econométrica que permita indagar sobre los determinantes de los días de huelga como una de las estrategias disponibles por los gremios y sindicatos de médicos y trabajadores de la salud para desplegar en un proceso de negociación³. Sin embargo, no debe considerarse a la huelga como la única manifestación estratégica de las acciones de los trabajadores de la salud y sus representantes, sino sólo una de las herramientas disponibles para alcanzar sus objetivos como grupo de interés.

De esta forma, y tomando como referencia lo planteado por Maceira y Murillo (2001), se propone la estimación del modelo de comportamiento discutido previamente tomando como variable dependiente el número de días de huelga por sindicato y por país para cada una de las 168 huelgas o paros producidos por sindicatos o agremiaciones de trabajadores de salud durante los años 2003 a 2005. La estimación mediante mínimos cuadrados clásicos establece que la intensidad de la huelga se encuentra explicada por una serie de vectores, que reflejan indicadores de contexto, de estructura del "mercado" de servicios de salud, y de las organizaciones sindicales convocantes.

El ponderador asociado con el *tradeoff* entre el beneficio monetario individual y el bienestar social (α), expuesto en el modelo, no se ha incorporado como variable explicativa en tanto corresponde al campo de las preferencias individuales y sindicales, lo cual es dificultoso de mensurar. De todos modos, el mismo es incorporado a través de la variable de inversión nacional en salud (λ), instrumentada a partir del gasto total en

³ Como se mencionara previamente, la base utilizada refiere principalmente a noticias en medios gráficos, por lo que las inferencias que surjan de su análisis tendrán necesariamente el sesgo de lo que es considerado "noticia" por los medios de prensa de la región. Sin embargo, y dada la rigurosidad en su proceso de elaboración (Scavino, 2004), constituye un instrumento necesario para avanzar en el conocimiento de las acciones de un actor clave del sector salud, a fin de avanzar en el estudio de esquemas de gobernabilidad de estos sistemas.

salud per cápita del país. Como surgiera del análisis teórico de los determinantes de la huelga, una relación negativa y significativa entre los días de huelga y la inversión en salud se encontraría asociada con un peso relativamente mayor del componente social sobre el privado en la función de utilidad individual del trabajador de la salud. Contrariamente, un coeficiente positivo y significativo acompañando a esta variable sería indicador de un mayor peso del componente privado. Sin embargo, esta lectura puede ser interpretada de otro modo, es decir, desde la mirada sindical: mayor inversión social en salud requiere, desde cada grupo de actores participantes del sistema, de una más activa petición por mantener la proporción sectorial sobre la distribución de los recursos, llevando a mayores niveles relativos de huelga.

El mecanismo propuesto para instrumentar el peso del financiamiento privado en el ingreso monetario del médico en la función individual, trasladado a una estimación de data de países, fue la participación del sector privado en el financiamiento del sector salud de cada país. De este modo, ρ toma la forma de un parámetro que refiere a la conducta del sector público, originado en el cálculo de cuentas nacionales de cada país y recopilado por el *World Development Report*.

La variable asociada con el nivel de competencia en el mercado de trabajadores de la salud (n en el modelo propuesto), se instrumenta a partir de dos variables surgidas de la información provista por organismos internacionales (OPS, BM): número de médicos cada mil habitantes, y número de enfermeros cada mil habitantes. De acuerdo a los resultados alcanzados, se espera que mayor competencia reduzca potencialmente el número de días de huelga, en tanto reduce los márgenes de acuerdo al interior de un colectivo relativamente atomizado.

La estimación propuesta considera tres dimensiones para representar el peso de los trabajadores de la salud y sus representantes. La primera de ellas es una medida de "densidad" del conjunto de profesionales de la salud (número de médicos y enfermeros), en tanto una segunda variable diferencia el nivel de "combatividad" (intensidad) relativa de cada agente convocante (potencialmente identificado como γ en el modelo formal). Un tercer elemento lo constituye el número de instituciones sindicales o gremiales por rama de actividad: se argumenta que a mayor dispersión de la representación, mayor será la probabilidad de manifestación de cada grupo como mecanismo de demostración hacia sus afiliados (competencia). Esta relación es presentada en Maceira y Murillo (2001) como uno de los potenciales disparadores de huelga desde una mirada de incentivos políticos.

A los fines de la estimación del modelo, los niveles diferenciales de intensidad de cada agente convocante se instrumenta mediante la inclusión de una variable dummy que toma valor igual a uno cuando la convocatoria se origina en gremios de profesionales médicos, a fin de diferenciarla de las otras agrupaciones (especialmente aquellas de trabajadores de la salud, que junto con los médicos constituyen las instituciones más movilizadas de la región). Paralelamente, y para testear la hipótesis de competencia entre agrupaciones sindicales, se generó una variable "*numsind*" que toma para cada huelga incorporada en la base de datos, el valor correspondiente al número de agrupaciones por tipo que representan a los trabajadores que organizan la huelga. De confirmarse la hipótesis, mayor número de agrupaciones aumentarían los incentivos de cada agente convocante a llegar a la instancia de paro o huelga.

El modelo intenta capturar asimismo niveles de intensidad de días de huelga en función del tipo de demanda que las origina, presentando una Dummy asociada con convocatorias que manifiestan contra reformas de salud (en contraposición a demandas económicas –principalmente- sindicales o políticas). Finalmente, se incluyen dummies por año y trimestre, a fin de identificar la posibilidad de especificidades temporales (anuales o estacionales).

Los resultados de este ejercicio se presentan en el Cuadro 10, mostrando en las primeras dos columnas diferentes especificaciones del modelo para el total de huelgas. En las últimas dos columnas se reproducen estimaciones similares, focalizándose únicamente en las huelgas de carácter económico (demandas salariales).

Los resultados convalidan algunas de las hipótesis originales y descartan, al menos bajo los indicadores utilizados en este ejercicio, otros argumentos considerados en el modelo. El número de médicos, como fuera planteado, opera negativamente en el número de días de huelgas días de huelga, asociado con la dispersión en la capacidad de negociación, aunque la densidad de enfermeros no encuentra representatividad estadística. Paralelamente, la dummy asociada con la convocatoria de los sindicatos médicos aumenta la probabilidad de huelgas con mayor número de días, y lo inverso se refleja en aquellas convocatorias lideradas por trabajadores de la salud (como fuera visto, los dos tipos de instituciones convocantes más frecuentes). Los resultados también muestran la importancia de la participación del sector privado para aumentar la probabilidad de mayores días de huelga, en tanto la inversión total en salud, para el caso de huelgas totales (salariales, sindicales, políticas y asociadas con reforma), no encuentran una correlación significativa para determinar el número de días de manifestación gremial en el sector salud. Complementariamente, aquellas huelgas asociadas con rechazo a las iniciativas de huelgas serían más intensas en días de manifestación, de acuerdo a lo sugerido por la variable *Dreforma*.

Las dos últimas columnas del Cuadro 10 analizan la misma aplicación econométrica pero esta vez considera sólo las 124 encuestas asociadas con reivindicaciones salariales. Los resultados son consistentes con los discutidos anteriormente, con tres diferencias para mencionar: la primera es el mayor peso convocante de los trabajadores de la salud con respecto a los médicos en este escenario, lo que refleja que los profesionales se identifican más activamente con huelgas asociadas con reforma. En segundo lugar, si bien la participación del sector privado sigue siendo significativa y positiva, su intensidad es menor, probablemente relacionado con el relativamente mayor protagonismo público de las manifestaciones gremiales en este particular. En tercer lugar, y a diferencia del caso previo, el indicador global de inversión total en salud es significativo al 5% y positivo.

Como plantea el modelo teórico, la incidencia de esta variable dependía de la importancia relativa que el trabajador de la salud le asignaba a los componentes sociales y privados de su función de utilidad y, complementariamente, a la lectura que de ello hace el sindicato. El signo encontrado referiría a un movimiento de los sindicatos a incrementar la participación de sus representados en un desembolso mayor en un sector con mayor disponibilidad de recursos.

De todos modos, el ajuste de estimación de ambos grupos de estimaciones es bajo, lo que habla del limitado poder predictivo de la especificación utilizada. Se considera que ello se debe a la imposibilidad de incorporar en el grupo de variables explicativas la diferencial de salario del sector (entre años y entre el sector salud y el resto de la economía). Esta información no se encontraba disponible al momento de desarrollar este documento, y probablemente permitiría incrementar el ajuste presentado. A pesar de ello, tanto el modelo teórico como el ejercicio econométrico propuesto no resultaron invalidados.

Cuadro 4
Implementación Econométrica

	Variable Dependiente: Días de Huelga		Variable Dependiente: Días de Huelga por Motivos Económicos	
GastoTSaludcap	0.0113503 (0.35)	.0141219 (0.248)	.02182 ** (0.012)	0.0249544 *** (0.004)
Share privado	0.4441211 ** (0.034)	.4477688 ** (0.031)	.2533709 * (0.073)	0.2529682 * (0.069)
Médicos x 1000	-9.20432 ** (0.017)	-9.701332 ** (0.011)	-7.846652 *** (0.002)	-8.692531 *** (0.001)
Enfermeros x 1000	1.523863 (0.464)	2.399202 (0.251)	1.577229 (0.232)	1.952362 (0.132)
Numsindic	7.09239 * (0.09)	-	-.0304803 (0.979)	1.048723 (0.425)
DMedConvoc	-	-9.937192 ** (0.031)	2.825505 (0.300)	-
DTrabConvoc	15.56912 ** (0.011)	16.8276 *** (0.006)	-	-5.992867 *** (0.051)
DTri2	3.586791 (0.523)	3.347215 (0.547)	3.816457 (0.272)	4.05322 (0.232)
DTri3	4.45721 (0.386)	5.023372 (0.326)	1.923091 (0.545)	2.376963 (0.451)
DTri4	-.998766 (0.863)	.1130193 (0.984)	.4543821 (0.899)	1.132502 (0.751)
a2003	-6.272987 (0.194)	-6.738403 (0.160)	.6625884 (0.838)	0.5288506 (0.868)
a2004	-7.993967 * (0.064)	-8.387218 * (0.051)	-1.914045 (0.477)	-2.270794 (0.393)
Constante	-11.10466 (0.402)	-8.007871 (0.540)	-6.975059 (0.423)	-5.699783 (0.504)
Obs	168	168	124	124
R ² Ajustado	0.12	0.13	0.11	0.13

* 10% ** 5% *** 1%

4.4. Reformas e Incentivos

La última sección de este capítulo presenta un resumen de las veintiún huelgas por motivos relacionados con reformas llevadas a cabo por asociaciones gremiales durante el periodo 2003-2005. En ellas se muestra que los médicos convocaron seis de las huelgas, cuya duración promedio fue de treinta y seis días. Sin embargo, si se separa la huelga del caso salvadoreño, extendida durante 270 jornadas de huelga, el promedio baja a seis días por manifestación. Ello se asimila con el total de quince huelgas de trabajadores de la salud, con un promedio de 6,4 días cada una. Más allá del caso salvadoreño mencionado, Brasil aparece como la nación con mayor intensidad de manifestación asociado con reformas, con 56 días de huelga en tres años, seguido por Panamá (42 días), Bolivia (17) y Chile (8).

Las reformas agrupadas dentro del rubro de descentralización motivaron la convocatoria de tres huelgas, con trece días de manifestación, en tanto que la reforma de la seguridad social provocó ocho huelgas, con un total de noventa y siete días de movilización. La incorporación de mecanismos de cooperación público-privada en la prestación de servicios, normalmente vistos como movimientos hacia la privatización de la salud, movilizó cuatro huelgas, con un total de catorce días, más el caso mencionado de El Salvador, de 270 jornadas. A pesar de esta clasificación, el análisis de los motivos de huelga asociados con reforma muestra que no existe un elemento único que determina el reclamo.

En general, reformas asociadas con cambios en la seguridad social deberían ser beneficiosas para el trabajador de la salud y sus sindicatos, en la medida que aumentan tanto la eficiencia asignativa del sistema –

llevando a potenciales mejoras en remuneraciones-, como el bienestar social. Sin embargo, tales iniciativas en la región se complementan con movimientos hacia la descentralización, cambios en los mecanismos de pago y mayor participación del sector privado, todas ellas relacionadas por los recursos humanos del sector con una atomización del poder gremial (la primera), y con riesgo de pérdidas salariales o de puestos de trabajo (las dos segundas).

5. CONCLUSIONES

Los sistemas de salud en América Latina se encuentran bajo procesos de reforma desde inicios de los noventa. Tanto el planteo acerca de cuáles son los “modelos” de reforma que lleven a cierto umbral de “buena práctica”, como el reconocimiento de la existencia de una brecha entre el diseño de una reforma y la efectiva gestión de la misma, ha generado un debate que involucra a políticos, académicos y actores privados y sociales del sector. Tal debate, si fuera posible sintetizarlo de algún modo, gira en torno de los fundamentos que permiten que un modelo de cambio en los sistemas de salud en naciones en desarrollo lo vuelvan una herramienta efectiva para reducir la falta de equidad en acceso. Sin embargo, para llegar a este objetivo general, es necesario identificar las claves que hacen que tales iniciativas sean instrumentos efectivamente implementables, surgiendo términos tales como sustentabilidad política, gobernanza y mecanismos de alineamiento de intereses en un esquema de puja distributiva.

El presente trabajo avanza sobre una línea de investigación relacionada con la economía política de los sistemas y reformas de salud en la región, en la cual existen aportes en los últimos años, como así también remotos antecedentes bibliográficos que dan fundamento y enriquecen el debate. En este trabajo en particular, el concepto de gobernabilidad en salud es visto desde una perspectiva específica: los gremios y asociaciones profesionales de los trabajadores de la salud.

Dentro de este marco, el documento propone una síntesis de tres corrientes bibliográficas asociadas con el proceso de toma de decisiones. El primero de ellos analiza los aportes de algunas teorías sobre los modos de influir en el *policy making process*. Los enfoques institucionalistas, de grupos de interés y grupos de cambio, proponen miradas alternativas para el estudio de los modelos de origen, legitimación e implementación de políticas, donde el Estado es visto como un actor relevante, aunque no siempre central, en ese proceso. Se propone entonces una mirada de los sindicatos como actores de este sistema de toma de decisiones sectoriales, en el cual se transita por procesos de negociación en función de objetivos ocasionalmente en conflicto. Los principios generales del enfoque de teoría de la negociación son presentados en la revisión de literatura, para luego avanzar en el planteo de economía política, con bases en la teoría de los juegos.

A partir de allí se desarrolla un modelo simple de maximización de la utilidad del trabajador de la salud, donde se plantea la tensión existente entre el beneficio monetario individual y el interés en contribuir a través del ejercicio de la profesión a un mayor bienestar social. De la derivación de tal modelo surgen algunas hipótesis de trabajo que son testeadas tanto mediante estadísticas descriptivas como a través de la implementación econométrica de un modelo de mínimos cuadrados clásicos.

La base para el análisis estadístico es el trabajo realizado por Scavino sobre huelgas en el sector salud para el período 2003-2005 para la región. El instrumento constituye una invaluable contribución a la comprensión de la gobernanza del sector salud desde la mirada sindical, presentando resultados de uno de los varios instrumentos de comportamiento estratégico desplegados por estos actores: la huelga.

Al circunscribir el indicador de “estrategia gremial” al número e intensidad de las huelgas, el trabajo propone analizar los determinantes de las mismas, aunque no pretende por ello reducir el accionar de estas instituciones a las manifestaciones de paro, en tanto otras (mesas de diálogo, campañas, participación política y partidaria directa, etc.) son también instrumentos de incidencia.

Los resultados muestran cómo variables asociadas con la organización del sector (densidad de profesionales, niveles de gasto, papel del sector privado, etc.) influyen en la definición de huelgas en el sector salud. A pesar de ello, la falta de información relevante no permite avanzar en algunos aspectos que impulsan a la convocatoria de demandas sectoriales, tales como niveles absolutos y relativos de sueldos, alineamiento político, etc. A pesar de ello, el trabajo brindar fundamento a algunos argumentos que permitan avanzar en una mayor comprensión del accionar estratégico del sector salud en América Latina.

En todo caso, tanto las manifestaciones gremiales asociadas con reclamos salariales como aquellas relacionadas con riesgos percibidos por cambio en reglas de juego (reformas sectoriales) tienen su origen en una situación estructural del sector de prestaciones de servicios de salud en América Latina: segmentación y limitaciones regulatorias, que requieren de mayor atención y debate.

El primer aspecto, segmentación, tiene su origen en la dualidad del sistema sanitario, producto de una desigual distribución del ingreso, cristalizada por normas e instituciones superpuestas en el tiempo. En la medida que el sector público en salud propone cobertura universal y ofrece efectivamente atención a los pobres con limitado presupuesto, los trabajadores de la salud que desarrollan actividades en él perciben su fragilidad y sufren la escasez de recursos. En tiempo, los actores del sistema, tanto las autoridades sanitarias, los pacientes como los mismos trabajadores y sus representantes, son testigos de la caída de la capacidad pública de brindar servicios, como también de la necesidad de un esfuerzo altruista para mantener niveles de cobertura mínimos. Ello genera una tensión en los trabajadores de la salud, por la razón esquematizada en el modelo presentado más arriba, y resumido en el *tradeoff* entre la "utilidad" privada, asociada con ingresos, y la social, relacionada con la satisfacción de contribuir a la prestación de bienes sociales (preferentes, en la jerga económica).

En la medida que se profundiza el problema, y el mismo se extiende en el tiempo, el sector privado crece a expensas de la falta de respuesta pública y agudiza la falla del sistema de salud en lograr mayor cohesión social. Los sistemas segmentados de la región son una muestra de modelos duales con grandes oportunidades de selección adversa y transferencias de riesgos financieros y sanitarios. La brecha entre ricos y pobres no se reduce, y los trabajadores se encuentran ante una renovada tensión. A partir de ello sus sindicatos se reposicionan, y ante iniciativas que potencialmente ponen en riesgo su lugar como actores del sector, reaccionan agudizando la puja distributiva.

Ante esta dinámica, los riesgos de comportamiento oportunista por parte de los actores del sector con mayor información se vuelven más probables. Las fallas en los mecanismos de regulación y control en los sistemas de salud de la región, paralelamente, impiden poder identificar tales potenciales prácticas, afectando negativamente no sólo los indicadores de eficacia y calidad del sistema de salud, sino también las señales para los actores del sector, que perciben limitaciones estructurales de la autoridad pública.

De algún modo, ambos argumentos, segmentación y falta de *enforcement* regulatorio son complementarios. La falta de resolución del primero requiere de fallas en el segundo para otorgar a los actores del sector discrecionalidad para ajustar sus conductas a un modelo socialmente no sustentable. Dentro de este contexto, las agrupaciones de trabajadores de la salud reaccionan estratégicamente y no necesariamente pueden abstraerse, a pesar de sus intereses sociales y profesionales por un sistema de salud más equitativo y eficaz.

6. REFERENCIAS

- Ashenfelter O. y Jonson, G. "Bargaining Theory, Trade Unions and Industrial Strike Activity" *The American Economic Review*, Vol. 59, No. 1 pp. 35-49, 1969.
- Acemoglu D. y Robinson J. "Lecture Notes for Political Economy of Institutions and Development" MIT, 2007.
- Abrantes Pêgo, R. y S. Arjonilla Alday. "Descentralización del Sector Salud y Conflictos con el Gremio Médico en México", *Rev. Saúde Pública*, 36 (3), pp. 329-329, 2002.
- Banco Interamericano de Desarrollo, Informe de Progreso Económico y Social: The Politics of Policy, 2005. Washington DC.
- Brugha, R. y Z. Varvasovszky. "How to do (or not to do) a Stakeholder Analysis", *Health Policy and Planning*, 15(3): 338-345, 2000.
- Brugha, R. y Z. Varvasovszky. "Stakeholder Analysis: A Review", *Health Policy and Planning*, 15(3): 239-246, 2000.
- Buchanan, J. y Tullock G. "The Calculus of Consent: Logical foundations for constitutional democracy", *Indianapolis: Liberty Fund, 1962*.
- Coase, R. "The Nature of the Firm", *Economica*, New Series, Vol. 4, No. 16, pp. 386-405, 1937.
- Downs, Anthony. "Inside Bureaucracy". Boston: Little, Brown and Co. 1967.
- Evans, D. Brock, W. "The Economics of Regulatory Tiering," *RAND Journal of Economics*, The RAND Corporation, vol. 16(3), pages 398-409, 1985.
- Farber, Henry S. "Bargaining Theory, Wage Outcomes, and the Occurrence of Strikes: An Econometric Analysis", *The American Economic Review*, Vol. 68, No. 3 (Jun., 1978), pp. 262-271.
- González-Rossetti, A. "La factibilidad política de las reformas del sector social en América Latina", CEPAL México, Serie Estudios y Perspectivas, 39, 2005.
- Grindle, M. y J. "Thomas Public choices and policy changes: the political economy of reform in developing countries". Baltimore: John Hopkins University Press, 1991.
- Hicks, J.R. "The theory of wages". Macmillan. London. 1932.
- Immergut, E. "Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe", Cambridge, Cambridge University Press, 1992.
- Jimenez de la Jara J, Bossert T. "Chile's health sector reform: Lessons from four reform periods". *Health Policy*; 32:155-166, 1995
- Maceira, D., "Estrategias, Incentivos y Seguimiento de las Reformas de los Sistemas de Salud", Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, Notas técnicas de salud BID SOC 02/2007, 2007 b.
- Maceira, D. and Murillo, M. V., "Social Sector Reform in Latin America and the Role of Unions", Inter-American Development Bank, Research Department Working Papers, WP-456, 2001.
- Maceira, D. "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe.", *Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID)*, Edición Especial 3, 2001.
- Morone, J. "Neglected Institutions: Politics, Administration, and Health Reform." *In Political Science and Politics* 220-23. 1994.
- Nash, J. "The Problem of Bargaining", *Econometría*, Vol. 18, No. 2. , pp. 155-162, 1950.
- North, D. C. "Structure and Change in Economic History", New York: W.W. Norton & Co., 1981
- Olson, M. "The Logic of Collective Action". Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1965.
- Reich, M. R. "The Politics of Health Sector Reform in Developing Countries", in Berman, P. (ed), *Health Sector Reform in Developing Countries*, Harvard University Press, Boston, 1995.
- Scavino, J. "Guía de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas", 2004. Organización Panamericana de la Salud.
- Scavino, J. "Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas", 2005, Organización Panamericana de la Salud.
- Steinmo, S. and J. Watts. "It's the Institutions Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Fails in America", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 20, No. 2 , Summer 1995.
- Waterbury, John. "The Heart of the Matter? Public Enterprise and the Adjustment Process." *In The Politics of Economic Adjustment: International Constraints, Distributive Conflicts, and the State*, eds. Stephan Haggard, Stephen, Robert R. Kaufman with contributions by Peter B. Evans. Princeton: Princeton University Press, 1992
- Weir, M. "Institutional and Political Obstacles to Reform", *Health Affairs*, Spring 1995, pp. 102-104.
- Williamson, O. "The Economics Institutions of Capitalism", Free Press, 1985.
- Zeuthen, F. "Problems of Monopoly and Economic Welfare. G. Routledge & Sons, London, 1930
- Zwi, A., Mills, A. "Health policy in less developed countries". *Journal of International Development* 7(3) pp. 299-347, 1995

