

Transiciones desde el *bismarckismo*. Los proyectos de reforma universalista en los sistemas de salud. España, Brasil y Argentina.¹

Autor: Guillermo V. Alonso²

El objetivo de este artículo es analizar cuáles fueron los factores que permitieron la aprobación de reformas universalistas de los sistemas de salud, en el contexto de sistemas organizados sobre la base predominante del seguro social bismarckiano, mediante la comparación entre casos positivos (España y Brasil) y negativos (Argentina, en dos oportunidades). Consideramos fundamentalmente la fase de formulación de la política, es decir los procesos que llevaron a la aprobación de los proyectos de reforma. Nuestro análisis comenzará por considerar sucintamente distintos enfoques que buscan explicar bajo qué condiciones es viable la aprobación de reformas dirigidas a implantar sistemas nacionales de salud. Luego, presentaremos los distintos casos y consideraremos especialmente los legados históricos de los respectivos *bismarckismos*, que, al condicionar la configuración de las coaliciones reformistas, explican en gran medida el distinto derrotero de los proyectos de reforma.

Introducción.

El presente trabajo se enmarca en una preocupación teórica y empírica acerca de cuáles son las vías de transformación de los sistemas de protección social en cuya configuración histórica prevaleció el legado del *bismarckismo*. Las transiciones desde el bismarckismo deben analizarse de modo desagregado, considerando políticas sectoriales organizadas sobre los principios característicos de ese modelo de política social, y mediante el análisis comparado establecer cuáles pueden ser los factores del éxito o del fracaso de proyectos que tuvieron como objetivo transitar hacia formas más universalistas de protección social.³ Con tal propósito hemos seleccionado a los sistemas de salud de tres casos nacionales. Los tres países se propusieron durante la década de los años ochenta del siglo veinte transformaciones de sus sistemas de salud –partiendo de situaciones de predominio del bismarckismo- hacia formas de seguros o servicios nacionales. Mientras en España (1986) y Brasil (1988) esos proyectos fueron aprobados, en Argentina, en cambio, sendos proyectos con igual propósito fracasaron en décadas sucesivas (setenta y ochenta).

¹ En la elaboración del caso de Brasil se contó con la colaboración de Megan Cook. Asimismo, agradezco los comentarios efectuados por dos evaluadores anónimos.

² CONICET-UNSAM, Escuela de Política y Gobierno, alonsog@unsam.edu.ar.

³ No planteamos que el único destino de una transición desde el bismarckismo sea una política social universalista. Esas transiciones también pueden conducir hacia un mayor predominio del aseguramiento individual o a la introducción de cuasi-mercados. Pero en este artículo nuestro objetivo es analizar las condiciones que posibilitaron reformas cuyo propósito era la implantación de seguros nacionales de salud.

Entendemos por un sistema de salud de tipo bismarckiano a aquel donde predominan los seguros sociales, caracterizados por dar cobertura a los trabajadores formales (y a su grupo familiar directo), lo que suele derivar en la estratificación de acuerdo al mayor poder relativo o al mayor salario medio de las distintas categorías laborales o ramas de actividad. Estos sistemas se sostienen en el financiamiento contributivo de la nómina salarial. En cambio, los servicios o seguros nacionales de salud dan cobertura a todos los ciudadanos/residentes, independientemente del lugar que tengan en el mercado de trabajo o de su nivel de ingreso. Tienen como propósito establecer un sistema único de salud financiado por rentas generales.

Son varios los rasgos comunes que comparten los tres casos, además de su pertenencia cultural a un mismo tronco común iberoamericano. Hasta los años setenta los tres casos nacionales seleccionados no mostraban todavía divergencias ostensibles en términos de desarrollo económico y social (Huber y Stephens, 2012, 210-215). Sus sistemas de salud compartían la centralidad del seguro social bismarckiano, caracterizados por la fragmentación y estratificación propias de los esquemas basados en la inserción ocupacional; así como compartían la organización en tres subsistemas: seguridad social, sector público y sector privado. Los tres países compartieron también experiencias de democratización o transición a la democracia durante los períodos en los cuales se plantearon las políticas que buscamos analizar. Y en esos contextos, los tres países afrontaron importantes luchas políticas tendientes a la implantación de sistemas nacionales de salud. Los tres países comparten un rasgo institucional relevante: Argentina y Brasil son estados federales, mientras que España puede ser considerada como un *quasi*-federalismo (Pierson, 1995), con tres niveles de gobierno asumiendo competencias en la gestión de políticas. La organización federal o *quasi*-federal puede tener una significativa incidencia en los procesos de toma de decisiones, volviéndolos más complejos pues exigen articular un mayor número de actores dotados de autonomía institucional. Al presentar los tres casos dichas características institucionales nos permite definir un marco comparativo adecuadamente homogéneo.

Los casos seleccionados pueden ser caracterizados como adoptantes tardíos del modelo de sistema nacional de salud, a diferencia de la primera oleada encabezada por el Servicio Nacional de Salud inglés, y luego continuada por países escandinavos, entre los años cuarenta y sesenta, hasta culminar con la aprobación del seguro nacional de salud canadiense en 1971. La primera oleada reflejó la fuerte expansión de los Estados de bienestar en los países desarrollados, en el contexto de los *treinta años gloriosos* posteriores a la segunda guerra mundial. A diferencia de la primera oleada de adoptantes del modelo, donde convergieron condiciones económicas y políticas favorables para universalizar coberturas de salud, en los tres casos que analizaremos los proyectos de reforma se dieron en coyunturas económicas desfavorables. Entre ellas puede considerarse también un cambio en el clima de ideas: a partir

del punto de inflexión representado por la crisis económica de mediados de los setenta, y con mayor intensidad en la década siguiente, comienza a emerger un paradigma adverso a una mayor intervención del estado en general, un factor implicado en un modelo de seguro nacional de salud. No obstante, estas ideas de creciente difusión internacional por la época interactuaban ambiguamente con otra influencia más específica para el sector salud, y que inspiraba a los actores sanitaristas reformistas; esto es, la célebre Conferencia de Alma Alta de la Organización Mundial de la Salud de 1978 donde se proclamó el objetivo de “salud para todos en el año 2000” y se promovió el paradigma de la atención primaria y preventiva.

Los tres casos seleccionados varían en el valor de su variable dependiente (aprobación de proyecto de seguro nacional de salud); de tal modo, al comparar dos casos positivos y uno negativo (en dos momentos) empleamos un diseño comparativo de “sistemas más similares” (Przeworski and Teune, 1970) (o “método de la diferencia” propuesto por Mill). A través del análisis histórico de los casos tratamos de identificar el mecanismo causal mediante el cual fue posible quebrar la *dependencia de la trayectoria* (path dependency) y lograr en dos de nuestros casos la aprobación exitosa de los proyectos de seguros nacionales de salud.

Como veremos en el análisis de los casos, tanto España como Brasil tuvieron una herencia bismarckiana caracterizada por haber impuesto la gestión pública centralizada del financiamiento. A diferencia de Argentina, no se dio una gestión descentralizada en múltiples fondos. Si este es ya un factor que dificulta la transición a un sistema de financiamiento más centralizado, más aún lo es cuando son actores sociales (sindicatos) los que gestionan esos fondos y encuentran en ellos un importante recurso de poder organizacional y económico. Es esta una diferencia causal crucial entre nuestros casos, pues explica la posibilidad de forjar una amplia coalición sociopolítica pro-reforma del sistema de salud en los dos casos exitosos, capaz de alterar el balance de poder frente a la coalición del statu quo. Mientras que en el caso argentino ello no sería posible, pues de la coalición reformista se excluían los sindicatos, ya que de la continuidad del sistema bismarckiano dependía su control de un importante recurso de poder. La especificidad del legado de *policy* bismarckiano no determina en sí mismo el resultado de las reformas, sino que opera a través del mecanismo de la formación de coaliciones pro y anti-reforma. En España y en Brasil el legado bismarckiano no operó como restricción para la conformación de amplias coaliciones reformistas, que, al incluir a grupos de la sociedad civil y actores políticos, lograron alterar la relación de fuerzas con respecto a la coalición del statu quo.

Creación de un seguro nacional de salud: ¿cuáles variables importan?

Cabe ahora preguntarnos sobre cuáles serían los enfoques teóricos más adecuados para identificar los factores causales que podrían explicar el éxito de las reformas universalistas en

los casos seleccionados. Para lo cual resulta indispensable recorrer algunas de las más relevantes teorías sobre el Estado de bienestar, y valorar las explicaciones alternativas que se derivarían de ellas para dar cuenta del éxito o del fracaso en la creación de seguros nacionales de salud en los casos seleccionados.⁴

En primer lugar, cabe señalar el enfoque que enfatiza el desarrollo económico como el principal determinante que promueve el origen y la expansión de los Estados de bienestar (Wilensky, 1975). La elección de un caso europeo como España, que hacia fines del siglo veinte ya mostraba una evidente distancia en niveles de desarrollo con los otros dos casos, podría alentar una hipótesis economicista para explicar la diferencia en los resultados de los proyectos de reforma que analizaremos, y cuestionar la comparabilidad de nuestros casos. Sin embargo, ese factor solo haría diferencia con el caso de Argentina, donde efectivamente se frustraron proyectos universalistas, pero no podría explicar el caso exitoso de Brasil, donde sí prosperó una reforma de sistema único en salud, aun en las adversas condiciones de la “década perdida” latinoamericana de los años ochenta. Incluso tampoco podría explicar el primer fracaso argentino en 1973-74, cuando el proceso de discusión del proyecto de reforma había avanzado en un contexto todavía no impactado por la crisis económica que se avecinaba. Si la principal influencia del crecimiento económico consiste en contribuir a generar los recursos fiscales capaces de financiar reformas inclusivas, cabe recordar que desde el inicio de la transición democrática España había entrado en recesión económica, lo que debilitaba su capacidad fiscal. Además, la salida de la recesión y el inicio de un prolongado proceso de crecimiento sostenido recién se manifestó a partir de la segunda mitad de los ochenta, es decir que su incidencia no habría tenido efecto sobre el proceso de formulación de la política, el cual había avanzado considerablemente con anterioridad, ni la oportunidad de su impacto alcanzó a configurar las percepciones y opciones de los actores involucrados. Lo mismo puede decirse del argumento que enfatiza el factor diferencial, y concomitante con el crecimiento económico, que implicaría la pertenencia a la Unión Europea, el llamado proceso de *europización* en el que España recién se embarca a partir de 1986.

La dinámica que va del crecimiento económico a una mayor disponibilidad de recursos fiscales no culmina necesariamente en el logro de una política social universalista. Por ejemplo, durante la década del noventa del siglo pasado hubo un importante crecimiento económico y mayor disponibilidad de recursos fiscales en América Latina. En varios países se observó un

⁴Aquí también es conveniente aclarar la naturaleza de las reformas que analizamos, y justificar así una exclusión en el relevamiento teórico. Más allá del momento histórico global en que se propusieron, estas políticas son expansivas, tanto en cobertura, niveles de gasto y derechos, y por lo tanto no parece adecuado abordar su análisis desde los enfoques que analizan la “retracción” del Estado de bienestar y su lógica explicativa específica. Ver en este sentido los aportes de Paul Pierson (1994; 2001).

importante incremento del gasto social. Sin embargo, no predominaron reformas de política social de tipo universalista. La seguridad social se volvió más contributiva y restrictiva en cobertura. Un impacto social general fue un incremento de la desigualdad. Es decir que las explicaciones economicistas son claramente insuficientes para dar cuenta de los distintos modelos de política social que predominarán. Como plantean Huber y Stephens (2012: 215): “A higher level of societal affluence, however, only makes policy innovation possible; it does not generate the forces that carry it out”. Resulta más plausible buscar en las condiciones sociopolíticas o institucionales cuáles pudieron ser los factores que explican los distintos resultados de políticas con objetivos genéricamente iguales.

Una vez descartadas las explicaciones economicistas, analizaremos la posible pertinencia de los enfoques estadocéntricos para explicar los proyectos de reforma universalista en los casos bajo análisis. En primer lugar, aquellos que enfatizan el rol autónomo de las burocracias como actores principales en la promoción y definición de los cambios de política social (Hecló, 1974; Weir, Orloff and Skocpol, 1988; Skocpol, 1992). Por el contrario, los dos casos exitosos que analizaremos (España y Brasil) muestran que las principales burocracias de nivel central vinculadas al sistema fueron opositoras a la reforma. Tanto el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) español como el Instituto Nacional de Asistencia Médica da Previdência Social (INAMPS) brasileño fueron favorables al statu quo y resistieron las reformas. Solo en el caso brasileño parece distinguirse un rol promotor del cambio por parte de actores burocráticos; sin embargo, y aun reconociendo la capacidad del *movimiento sanitario* para penetrar el estado e impulsar desde ahí la reforma, esta dinámica se manifestó sobre todo a nivel de estados subnacionales y no de manera relevante en el estado federal. En el nivel federal predominaron las burocracias surgidas en el proceso histórico de conformación “desde arriba” del sistema de seguridad social brasileño (Malloy, 1979). En el nivel federal, la lucha política por la reforma se dirimió crucialmente en la arena parlamentaria, no en la arena burocrática. En el caso español, el equipo de técnicos que tuvieron un rol destacado en el diseño de la reforma llegó al gobierno junto con el partido socialista e identificado fuertemente con sus objetivos políticos. Su papel no fue el de una burocracia autónoma de los actores sociopolíticos.

Otra variante de las teorías estadocéntricas radica en los enfoques que consideran la influencia de las estructuras estatales en la formulación de las políticas sociales (Steinmo, Thelen and Longstreth, 1992). Entre ellos cabe destacar el trabajo de Ellen Immergut (1992) en el que analiza comparativamente las reformas de salud en tres países europeos. Desde un enfoque neoinstitucionalista histórico Ellen Immergut (1992) ha sostenido que la posibilidad de que un proyecto de Seguro Nacional de Salud pueda ser aprobado dependerá de cómo la estructura institucional distribuye los puntos de veto. Si la estructura institucional fortalece a la arena política centrada en el Ejecutivo aumentarán las chances de que el proyecto sea aprobado.

Si un ejecutivo no dispone de una mayoría parlamentaria estable o la disciplina partidaria es débil, entonces el parlamento emergerá como un punto de veto. La clave explicativa de por qué pueden ser aprobados proyectos de sistemas nacionales de salud en algunos países y no en otros debe encontrarse en el análisis de las instituciones políticas de cada país, en tanto ellas definen en su configuración el grado de concentración de poder decisorio. Las instituciones establecen las reglas de juego a las que políticos y grupos de interés deben sujetarse para impulsar o bloquear políticas. Si en distintos casos se observan propósitos similares en las elites gubernamentales que promovieron seguros nacionales de salud, y si frente a estas iniciativas se situaron de forma similar grupos de interés, tales como los médicos; entonces, la respuesta a por qué algunos gobiernos logran pasar sus proyectos mientras que otros los ven frustrados no puede encontrarse en algún atributo específico de los actores, sino en analizar cómo la estructura institucional facilita ciertos cursos de acción y dificulta otros (Immergut, 1992: 83).

Desde el punto de vista de sus regímenes de gobierno y sistemas de partidos, y considerando los momentos en que los proyectos de reforma se plantearon, podemos distinguir a España como un parlamentarismo bipartidista; a Brasil, conformando ya el llamado presidencialismo de coalición, mientras que Argentina presentaba los rasgos de un presidencialismo bipartidista. Cada una de estas configuraciones tiene efectos distintos en términos de concentración de poder decisorio, y, por lo tanto, oportunidades diferenciales para avanzar nuevas políticas. Solo el caso de España parece coincidir plenamente con este supuesto del enfoque neoinstitucionalista: en condiciones de gobierno mayoritario esa estructura institucional permite una considerable concentración de poder decisorio y es esperable –como ocurrió efectivamente– la aprobación del proyecto de reforma. Pero el caso de Brasil escapa a la predicción neoinstitucionalista, pues de los tres casos es la estructura que más dispersa poder, y traslada las decisiones a la arena parlamentaria donde puede ser difícil lograr una coalición mayoritaria estable. Sin embargo, fue otro caso exitoso en la aprobación de un seguro nacional de salud. Mientras que el presidencialismo bipartidista argentino presenta un potencial mayor para la coordinación política y ofrece menos puntos de veto; sin embargo, la reforma no fue posible.

El federalismo es un tipo de estructura institucional con un efecto claro en la dispersión del poder decisorio, y es considerado un factor influyente en el bloqueo a reformas de políticas sociales (Huber, Ragin y Stephens, 1993). Los tres casos seleccionados comparten una estructura institucional con tres niveles de gobierno. En términos generales es correcto considerar que la estructura institucional del federalismo implica la dispersión de la autoridad, problemas de coordinación política y el incremento de los puntos de veto disponibles para los actores que se oponen a cambios de política. Sin embargo, la instauración de seguros nacionales de salud ha sido posible en contextos federales o quasi-federales. Además de Canadá, vemos el

mismo resultado en dos de nuestros casos, España y Brasil. La razón de ello está en que no debe considerarse la incidencia aislada del federalismo como factor que en sí mismo explica los resultados de política, sino considerarlo en interacción con otros aspectos políticos (Hacker, 1998: 73). En Brasil, el federalismo fue un factor que facilitó la formación y expansión del actor clave en la propuesta de instauración de un seguro nacional de salud, el movimiento sanitarista. Los niveles locales y estatales fueron la puerta de entrada para que los sanitaristas penetraran al estado y pudieran desarrollar programas y experiencias diseñados a partir de los principios de universalismo y descentralización. Tanto en España, y más decisivamente en Brasil pueden verse dinámicas y actores que se conforman desde la periferia al centro, una dimensión subnacional que en interacción con otros factores, contribuyó al éxito del proyecto de reforma. En el caso argentino este aspecto estuvo ausente. En el análisis de los casos deberemos atender, entonces, al modo en que la estructura federal interactuó con las dinámicas políticas coalicionales que promovían las reformas.

Pasemos ahora a considerar la pertinencia de un tipo de análisis más atento a la secuencia histórica. Sin negar la relevancia de las instituciones para explicar cuáles políticas finalmente son adoptadas, Jacob Hacker (1998) señala que el neoinstitucionalismo histórico se ha unilateralizado en su análisis institucionalista y ha descuidado la relevancia de la dimensión histórica. En lugar de ello, es necesario enfatizar el peso de la secuencia histórica. El modo en que se disparan distintas trayectorias en los sistemas de salud a partir de determinadas coyunturas críticas, y que explican en el largo plazo los distintos resultados cuando se quiere introducir el cambio de política (Hacker, 1998, 60). En procesos de dependencia de la trayectoria el orden de los acontecimientos puede establecer una diferencia crucial.

Para explicar las chances de que un proyecto de seguro nacional de salud pueda triunfar, Hacker (1998: 82, 83) considera que tres políticas tuvieron consecuencias de largo plazo, al definir un *timing* y secuencia histórica determinada, y contribuyeron a configurar los conflictos posteriores en la arena política de los sistemas de salud. Primero: el tipo y grado de desarrollo previo que alcanzaron los seguros médicos. Donde los seguros privados expandieron su cobertura a una porción significativa de la población, la oposición de los médicos a un sistema con mayor intervención estatal se manifestó con más fuerza, las clases medias prefirieron la opción por el sector privado y el gasto médico creció notablemente. En esos contextos el objetivo de transitar a esquemas de seguros nacionales de salud encontró fuertes obstáculos. Segundo: cuando el seguro público de salud inicialmente establecido cubre una parte amplia y creciente de la población, por ejemplo, dándole cobertura a la clase trabajadora, o bien extiende una determinada prestación al conjunto de la población, el sistema genera una dinámica política expansiva y tiene mejores chances para evolucionar hacia un sistema nacional de salud. Lo contrario ocurre cuando la cobertura de un seguro inicial focaliza sobre una población

estrechamente categorial o residual, como los ancianos o los muy pobres; es decir, poblaciones percibidas como marginadas del centro más dinámico de la economía. Tercero: cuando se ha optado por promover la incorporación de tecnología cada vez más sofisticada y costosa antes de resolver la cuestión de la expansión del acceso y la cobertura. Ello crea un dilema de imposible resolución entre acceso y costos, canalizando más recursos hacia actores que resisten la reforma.

Sin embargo, la secuencia histórica que señala Hacker como la pauta habilitante para el triunfo de sistemas nacionales de salud no explica satisfactoriamente los distintos resultados de los casos seleccionados. Argentina, el caso frustrado, había desarrollado un seguro social de salud con amplia cobertura de la clase trabajadora, que alcanzó para los años ochenta al 75% de la población argentina (Belmartino, 2010:144), al mismo tiempo que el subsistema de los seguros privados no alcanzaba una cobertura relevante. Brasil, el otro caso exitoso que analizamos, presentó, en cambio, una secuencia histórica de desarrollo de su sistema de salud que hubiera hecho prever la escasa probabilidad de una reforma universalista. Previo a la reforma, se estima que la cobertura de distintas formas de aseguramiento privado había alcanzado entre un 20 y un 30% de la población brasileña (Falleti, 2010:41). Para 1970, la cobertura del seguro bismarckiano de salud daba cobertura a una parte limitada de la población brasileña, estimada en un 9%. Luego, cuando la dictadura militar decide incluir en la seguridad social a la población rural y a los trabajadores independientes el salto de la cobertura fue notable, llegando al 90% de la población. Pero, además de que la calidad de la cobertura era notoriamente menor que la ofrecida a la población urbana, el total de los recursos destinados al financiamiento de la nueva población cubierta representaba tan solo el 10% del preexistente sistema de seguro social de los trabajadores urbanos (Falleti, 2010: 43, 44). Al mismo tiempo, el proceso de expansión de la cobertura, que incorporaba segmentadamente a la población más pobre, fue aprovechado para continuar y profundizar con la expansión del sector privado, privilegiando las contrataciones con éste. Como plantea Falleti (2010), vista la experiencia previa de Brasil en la clave comparativa propuesta por Hacker: “the political barriers to universalization of health seemed insurmountable” (pag. 39).

No obstante, la importancia del proceso histórico debe ser revalorizado en el análisis, aunque no necesariamente planteando la clave de una pauta secuencial como la recién considerada, ya que para analizar los diferentes resultados de nuestros casos su poder explicativo parece limitado. Aquí es conveniente recuperar una tercera versión de la teoría estadocéntrica, aquella que enfatiza el peso gravitante de los legados institucionales y de las consecuencias políticas de las políticas ya implementadas, pues “not only does politics create social policies; social policies also create politics” (Skocpol y Amenta, 1986). Para explicar las condiciones de posibilidad que permiten transitar hacia políticas de salud universalistas debemos considerar los legados bismarckianos específicos que caracterizaron a nuestros casos,

el modo en que introdujeron incentivos para determinados alineamientos por parte de los actores sociales frente a los proyectos de reforma del sistema de salud. Si las políticas establecidas contribuyen a estructurar relaciones de poder y arreglos institucionales que tienden a perpetuarse inercialmente, introduciendo un sesgo al *statu quo* sostenido en los intereses creados, también, entonces, contribuirán a señalar los límites y alcances potenciales de una coalición reformista. Pero los legados de *policy* no deben ser entendidos de manera determinista; constituyen uno de los contextos (además de las restricciones estructurales e institucionales) dentro del cual los actores sociopolíticos definen sus opciones estratégicas, incluyendo la movilización de recursos de poder para apoyar los cambios de política o preservar el *statu quo* (Huber and Stephens, 2001: 190). La composición y potencial de las coaliciones dependerá, entonces, de la distribución de los recursos de poder.

El enfoque teórico que proponemos para explicar el distinto resultado de los casos seleccionados busca articular la aproximación atenta a los legados de *policy* con la “teoría de los recursos de poder” (en su versión modificada a través de sucesivas reformulaciones). La “teoría de los recursos de poder” (Korpi, 1983; Esping Andersen, 1985, 1990; Huber and Stephens, 2001) enfatiza el papel de la clase obrera como la principal impulsora de las políticas características del Estado de bienestar. En otras palabras, a mayor poder de los sindicatos mayores probabilidades de avanzar políticas sociales ampliamente redistributivas. La teoría ha evolucionado a través del tiempo e incorporado sucesivas reformulaciones. En sus inicios se le imputó cierto “suecocentrismo” (Esping Andersen, 1990:17), que derivaba hacia una visión lineal de la relación entre recursos de poder y preferencias políticas: allí donde más fuerte fuera la clase obrera, en parte por su identificación con la socialdemocracia, más comprometida estaría con políticas universalistas y de mayor alcance redistributivo. Pero analizar nuestros casos desde esa perspectiva inicial de la teoría no contribuiría a entender el comportamiento de los respectivos sindicalismos: de los tres movimientos obreros implicados en el análisis de casos nacionales probablemente ha sido el sindicalismo argentino el de mayor poder organizacional⁵, además de disponer de considerable influencia política a través de su prolongado vínculo histórico con el peronismo. De acuerdo a las premisas señaladas, hubiera sido esperable mejores chances para los proyectos de reformas universalistas; sin embargo, los sindicatos argentinos fueron el principal actor de veto de dichos intentos de reforma. Baldwin (1990) ha mostrado

⁵ Podemos considerar dos de los indicadores que habitualmente sirven para definir el poder del movimiento obrero, tales como la tasa de sindicalización y grado de centralización de la organización sindical. Para mediados de la década de los años ochenta, las tasas de sindicalización eran: en Argentina (1986) de 30% (Campos, 2014); en Brasil durante la década de los años ochenta se estima en alrededor de 25% (Haggard and Kaufman, 2008: 282) y en España de 12% en 1986 (OECD, Stat). Respecto al grado de centralización, para los años ochenta se estima que la CGT argentina contenía a más del 70% de la fuerza de trabajo sindicalizada, mientras que en Brasil, la Central Unica de Trabajadores (CUT) reunía a menos del 40% de los afiliados sindicalizados, con el resto de la fuerza laboral distribuida en otras centrales sindicales (Niedzwiecki, 2010: 37).

cómo las clases trabajadoras pueden escindirse ante propuestas universalistas en base a clivajes de “asegurados”/ “no asegurados”.

Respecto a la condición del alineamiento político entre sindicatos y partidos de izquierda en la conformación de una coalición de gobierno promotora de reformas universalistas, solo podría servir para explicar el caso español. En el caso de Brasil, difícilmente pueda considerarse de izquierda a la coalición gubernamental durante el período en que se aprobó la reforma. Y en el caso argentino, el estrecho vínculo histórico con el partido peronista, además de lo problemática que resulta su definición ideológica, no sirvió para alcanzar una posición partidaria homogénea respecto del proyecto de reforma en los años setenta, que pudiera desactivar el veto de los sindicatos; y en el momento del proyecto de reforma de los años ochenta, el histórico alineamiento partidario serviría para reforzar la posición sindical opositora a la reforma propuesta por un gobierno radical.

En posteriores reformulaciones la teoría de los recursos de poder ha reconocido que la influencia política de la clase trabajadora debe entenderse articulada en coaliciones con otros grupos sociales, no necesariamente de base clasista (Huber and Stephens, 2001; Gingrich, 2015: 67-79), y -asumiendo aportes del neoinstitucionalismo- en interacción con los legados de policy y las estructuras institucionales (Esping Andersen, 1990: 29). Para considerar la viabilidad política de reformas sistémicas de política social, la teoría de los recursos de poder plantea que el poder del movimiento obrero *importa*. El alineamiento político de los sindicatos respecto a las coaliciones pro o anti-reforma, en interacción con otros grupos de la sociedad civil, resultará un factor clave para definir la suerte de las reformas estructurales de política social (Niedzwiecki, 2010). Ahí donde se observe la oposición de los sindicatos a reformas sistémicas de política social, la reforma no será aprobada. En los casos en que los sindicatos se muestren favorables o neutrales, las reformas serán aprobadas. En el caso de España, los sindicatos acompañaron la reforma exitosa propuesta por el PSOE; en el caso de Brasil, la relativa ambigüedad manifestada por los sindicatos respecto a la reforma universalista sería compensada por el papel del *movimiento sanitarista* en la promoción de la reforma. En Argentina, en cambio, la ubicación de los sindicatos en la coalición del *statu quo* restará apoyo crucial entre actores de la sociedad civil, y los intentos de reforma serán bloqueados.

El caso español.

Desde sus orígenes el sistema de salud español estuvo vinculado a la seguridad social, mediante la expansión de los seguros sociales bismarckianos a lo largo de diversas etapas y formas. Sobre la base de un proyecto previo del gobierno republicano que no pudo aprobarse antes del estallido de la guerra civil, la dictadura franquista crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942. Su cobertura estaba limitada a los trabajadores urbanos de menores

ingresos y su grupo familiar directo. La cobertura de esta forma de seguro, si bien creció a lo largo de los años con los sucesivos incrementos en los topes salariales, tuvo un alcance limitado tanto en términos de cobertura poblacional como en la composición del paquete de beneficios (Guillén, 1996, 117).

En los años sesenta se va a producir un cambio significativo en la expansión del sistema de salud en el marco de un intento de reorganización y unificación del sistema de seguros sociales bajo la coordinación de una única institución. Un hito legislativo en este sentido lo constituyó la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, que comenzó a implementarse en 1967. Esta reforma, si bien consolidó un sistema fragmentado y acentuó desigualdades entre categorías laborales, inició una fuerte expansión de la cobertura, mediante la incorporación al sistema de los profesionales autónomos y de sectores de empleados públicos calificados. Ello tuvo impacto en los niveles de cobertura del sistema; mientras en 1966 la población cubierta representaba el 53,1%, para 1975 el 81,4% de la población estaba cubierta por el sistema público, quedando solo excluidos un número considerable de pequeños empleadores y trabajadores independientes. Para el mismo año el gasto público en salud daba cuenta del 75% del gasto total en salud. Se dio una fuerte expansión en infraestructura hospitalaria desde los años sesenta (los “planes de desarrollo sanitario”), construyéndose una moderna red de hospitales. Desde mediados de los años sesenta el sector público pasó a ser titular del 70% de las camas hospitalarias. A su vez, más del 80% de los médicos se encontraban bajo contrato con los servicios de la seguridad social, aunque también podían distribuir su tiempo entre actividades en el sector público y en el privado (Guillén y Cabiedes, 1997, pag. 322; European Observatory on Health Care Systems, 2000, pag.10).

Al concluir el régimen franquista se observa la consolidación de tendencias contradictorias en el sistema de salud español. Por un lado, se consolidaron los principios ocupacionales de acceso a la cobertura. Pero, por otro, desde el punto de vista de la gestión el *bismarckismo* español se caracterizó por establecer la centralidad estatal, y ello tendría consecuencias de largo plazo. Se destaca el predominio de la prestación pública de servicios dentro del sistema de seguridad social, lo cual permitió, a su vez, la absorción creciente de los médicos como empleados públicos. Además, se estableció la gestión pública centralizada del sistema, evitándose una gestión descentralizada a través de fondos de seguro de salud administrados por actores sociales. En el contexto del autoritarismo franquista, tanto los sindicatos como las asociaciones empresariales estaban completamente excluidas de la administración del sistema (Guillén, 2010, pág. 187).

La transición a la democracia expandió la arena política, incorporando al proceso de tomas de decisiones la participación pluripartidista y también de los grupos de interés. Pero al

mismo tiempo ello señalaba una coyuntura histórica en que la construcción institucional de un nuevo régimen político ocupaba el centro de la agenda. La crisis económica que se instaló desde mediados de los años setenta fue otro factor que contribuyó a despriorizar en la coyuntura la cuestión de una reforma de la seguridad social y del sistema de salud. No obstante, los Pactos de la Moncloa, además de las consideraciones sobre reforma político-institucional y de política económica, también se proyectaron sobre cuestiones de política social. Los partidos no solo respaldaron la democracia política sino también la expansión del Estado de Bienestar. El proceso de reforma política alcanzó un hito con la nueva constitución de 1978. En ella se introdujeron principios dirigidos a una nueva organización del sistema de protección social y se consagraron derechos sociales universales (Rodríguez Cabrero, 2011). Entre ellos, en su artículo 43 la constitución consagraba la responsabilidad y tutela pública del sistema de salud, y garantizaba a todos los ciudadanos españoles el derecho a la salud, a través del acceso tanto a servicios curativos como preventivos. Simultáneamente, se avanzaba en la creación de una nueva institucionalidad en la relación entre estado central y regiones, con el reconocimiento de las autonomías regionales, constituyéndose los gobiernos de País Vasco y Cataluña, que en pocos años iban a asumir las competencias en materia de salud. Este proceso de creciente descentralización mostraba un rasgo fundamental de la reforma en salud que se avecinaba.

En 1978 se crearon cuatro nuevas instituciones para reemplazar al Instituto Nacional de Previsión, cada una de las cuales se especializaría en la gestión de un área de política social. Para el sistema de salud, se crea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Posteriormente, en 1981 se crea el Ministerio de Salud, independizando el manejo de la salud del Ministerio de Trabajo. Ello contribuiría a romper, o al menos así se esperaba, con la lógica y los arreglos institucionales vinculados al bismarckismo. Durante el gobierno de la Unión de Centro Democrático (UCD) (1979-1982) se elaboró una propuesta de reforma del sistema de salud que buscó ser consensuada tanto en el ámbito parlamentario como corporativo, pero los dos intentos no prosperaron.

Con el triunfo electoral del partido socialista en 1982, que significó el traspaso de poder a un gobierno de distinto signo político, España se consolidó como un parlamentarismo bipartidista⁶, caracterizado por la alternancia en el gobierno entre los dos principales partidos, el conservador Partido Popular (llamado Alianza Popular hasta 1989) y el Partido Socialista. Cuando alguno de los partidos obtiene mayoría absoluta disminuyen significativamente los puntos de veto disponibles en la estructura institucional, al quedar alineados poder ejecutivo y parlamento. De este modo se inauguran ciclos políticos donde un mayor grado de concentración de poder decisorio favorece el avance de las iniciativas gubernamentales. Una etapa de este tipo

⁶ Estos rasgos con que se describe al sistema político español al menos son válidos hasta la crisis de 2009 y sus consecuencias políticas posteriores.

se abrió en 1982, cuando un triunfo electoral arrollador le permite al Partido Socialista Obrero Español (PSOE) obtener el 58% de las bancas parlamentarias.

El PSOE en el gobierno propugnó inicialmente una propuesta claramente inspirada en el modelo de Servicio Nacional de Salud inglés, cuyos ejes principales eran el establecimiento de un sistema único de salud, de cobertura universal, financiado exclusivamente por rentas generales y con el sector público como proveedor de los servicios. Además, se preveía una centralización de las responsabilidades financieras y de planificación del sistema, al mismo tiempo que una fuerte descentralización administrativa hacia las regiones. La propuesta inspirada en el Servicio Nacional de Salud inglés formaba parte del programa electoral socialista y era claramente compatible con la ideología general del partido. La propuesta contaba con el apoyo de las fuerzas políticas y sindicales de izquierda y centro-izquierda, Partido Comunista (PCE) y PSOE. Entre los actores sociopolíticos el eje de conflicto, que tendió a estructurar las coaliciones pro y anti reforma, se desplegó a partir de la disputa por el grado de participación que se le reconocería al sector privado y, complementariamente, el nivel de autonomía profesional que retendrían los médicos. Los cuales, aunque ya convertidos en gran medida en empleados asalariados del sector público y la seguridad social, trataban de preservar los últimos espacios de autonomía y seguir aprovechando los beneficios que se derivaban de la superposición entre los sectores privado y público (Guillén y Cabiedes, 1997).

Los partidos de derecha, UCD y PP, propugnaron en el congreso la inclusión de los hospitales privados en el sistema nacional de salud, aunque manteniendo los derechos de propiedad y con una regulación moderada. El Partido Popular también propugnaba la introducción de un esquema de copagos por parte del beneficiario, como fuente complementaria de financiamiento (Rico, 1996, pag. 15). Entre los grupos de interés vinculados al sector salud prevaleció la resistencia a la propuesta oficial a medida que sus lineamientos se fueron conociendo. Así se manifestó con el Colegio Médico oficial, las asociaciones de proveedores privados y asociaciones farmacéuticas, además del sector financiero-asegurador interesado en lanzar planes de salud complementarios (Guillén y Cabiedes, 1997; Rico, 1996). En la coalición favorable al statu quo también se incluyó la burocracia del sistema de salud (INSALUD). La resistencia de este organismo era esperable pues el proyecto tenía el propósito de mejorar la coordinación con el Ministerio de Salud y ello requería disminuir la autonomía y competencias de la agencia, que gozaba de gran poder y autonomía en el anterior esquema, y ahora quedaría reducida a un ente administrativo.

El contexto de persistente crisis y reconversión económica impactó sobre el proceso de formulación de la reforma. A partir de octubre de 1984 se observa un impasse en la formación de consensos cuando se manifestó una diferencia al interior del propio gobierno socialista, sobre

todo respecto a la sustentabilidad fiscal de la reforma. Finalmente, el consenso fue posible. Luego de ocho meses de discusión en el parlamento fue aprobado en 1986 la Ley General de Sanidad, creándose un sistema nacional de salud. Entre las resistencias de los partidarios del statu quo y la pérdida de cohesión oficialista, el gobierno se vio obligado a formular concesiones pero el proyecto de universalización y descentralización de un nuevo sistema nacional de salud fue aprobado. El proyecto final atenuó sus objetivos más radicales: la expansión de la cobertura se alcanzaría de manera gradual y la pauta del cambio quedaba subordinada a las restricciones económicas. Se unificaría el sistema público, pero se mantendría la presencia de prestadores contratados por éste. El financiamiento sería parcialmente por rentas generales, aunque también paulatinamente iría disminuyendo el peso de los aportes de la seguridad social. Los sectores de altos ingresos se incorporarían al sistema, pero lo pagarían a precios de mercado. La versión final también representó un triunfo político de las presiones ejercidas por los partidos regionales vascos y catalanes, los cuales vetaron exitosamente el intento centralizador inicial del gobierno. Esas regiones lograron importantes competencias en materia legislativa y de planificación, así como en capacidades de autoorganización y financiamiento del sistema (Rico, 1996; Guillén y Cabiedes, 1997). El factor que facilitó el éxito de las presiones regionales fue el conflicto abierto dentro del propio partido socialista entre tendencias centralistas y autonomistas, que se vinculaba a la asociación existente entre el partido socialista central y los partidos socialistas de Cataluña y País Vasco (Rico, 1996: 17).

Reflexiones finales

El caso español permite mostrar un cambio sistémico hacia la universalización y descentralización del sistema de salud, en que se logra superar la “dependencia de la trayectoria” mediante un balance entre cambios y continuidades de la trayectoria histórica del propio sistema. En primer lugar, cabe considerar cuáles eran las características del legado *bismarckiano* en el sistema de salud español. Como hemos visto, puede hablarse de un bismarckismo con centralidad estatal en distintos aspectos. Desde el punto de vista de la gestión del aseguramiento, en España no se dio una administración de *fondos* o *cajas* en forma descentralizada por parte de actores sociales, sino que predominó el aseguramiento centralizado (Guillén, 2010: 192). Los sindicatos, por ejemplo, no participaron de la gestión del sistema, y por lo tanto no dispusieron a través de ello de alguna forma de recurso organizacional cuyo control representara poder económico y capacidad para constituirse en actor político. También, cabe señalar el otro aspecto que traía consigo el legado bismarckiano: la centralidad de la prestación pública de servicios sanitarios en el contexto de un sistema de seguridad social.

La transición a la democracia en España implicó la desestructuración del anterior sistema de representación *corporativista estatal*. El régimen franquista había reunido las

características atribuidas a dicho sistema (Schmitter, 1992). Las asociaciones de representación funcional de intereses habían sido construidas *desde arriba* y controladas verticalmente por el estado, el cual dirigía a sus liderazgos, que actuaban como *quasi* funcionarios estatales, y la representación política estaba monopolizada por el “Movimiento”. El proceso de democratización no solo implicó el tránsito al pluralismo político, además significó el quiebre de las corporaciones “oficiales”. El reflujo final de éstas tendría consecuencias favorables al surgimiento de una arena política que redistribuyó poder entre los potenciales apoyos y resistencias a un proyecto de reforma de salud de cuño universalista, desactivando el potencial de veto de ciertos actores. Ello se observa claramente en los efectos que tuvo sobre la organización corporativa de la profesión médica, un recurrente actor de veto en todos los casos de reformas tendientes a la instauración de servicios o seguros nacionales de salud (Immergut, 1992). Si bien la autonomía profesional de los médicos frente al control y la regulación estatal ya se encontraba erosionada por su progresiva conversión en empleados públicos y de la seguridad social, la desintegración del corporativismo estatal contribuyó al creciente cuestionamiento de los colegios médicos oficiales en cuanto a su representatividad de la profesión (Guillén, 1996:226), pues la caída del estado autoritario arrastraba a las organizaciones cuyo poder había sido “prestado” por éste.

Algunas dinámicas favorables a una reforma se originaron en el interior del propio sistema de salud público. Entre ellas sobresale la serie de huelgas y conflictos llevados adelante por médicos jóvenes desde comienzos de los años setenta y que se identificaban con el socialismo y el comunismo. Los conflictos surgieron en regiones periféricas y promovían el establecimiento de un servicio nacional de salud, además de plantear conjuntamente demandas democráticas y de autonomía regional (Rico, 1996). Como plantea Moreno Fuentes (2009:125), fue en estas luchas donde surgió un núcleo de médicos de orientación progresista que luego se convertirían en funcionarios públicos en el área de Salud con la llegada del PSOE al gobierno. Encarnaron una suerte de “elite programática” que tuvo un rol clave en el diseño de la reforma desde los altos cargos del Ministerio de Sanidad, y sostuvieron con solvencia técnica y compromiso ideológico los lineamientos principales del proyecto, lo que permitió laudarse al Jefe de Gobierno a favor del cambio de sistema a pesar de las resistencias dentro del propio gobierno.

El conjunto de factores analizados arriba favoreció la articulación de una amplia coalición sociopolítica pro-reforma, al mismo tiempo que la transformación institucional macro del proceso de democratización debilitaba a un significativo actor de veto de este tipo de iniciativas y abría la ventana de oportunidad para el cambio.

El caso de Brasil.

El patrón histórico de protección social en Brasil, especialmente en el sector de salud, tuvo evidentes rasgos *bismarckianos*. El acceso a la salud se relacionaba con la categoría ocupacional del trabajador. Los que no tenían cobertura a través del sistema de seguridad social dependían de organizaciones filantrópicas, seguros prepagos y servicios públicos ínfimos. El sistema fue fragmentado, con brechas en la cobertura y muchas desigualdades. Antes de 1930 no hubo una política nacional de salud en Brasil. Algunos estados y organismos federales organizaron campañas de higiene, pero el sistema era fragmentado y desarticulado. Durante la presidencia de Getulio Vargas se creó el Ministerio de Educación y Salud⁷, que incluía un Departamento Nacional de Salud y Asistencia Social-Médica (1930). A pesar de eso, a lo largo de las décadas siguientes, el sector de seguros se convirtió en el actor predominante en la prestación de servicios de salud por encima de la provisión estatal.

Hacia la centralización del sistema.

La dictadura militar de 1964 llevó a cabo una reforma institucional y administrativa. Dado que el gobierno no contaba con legitimidad electoral, una de sus estrategias para legitimarse fue a través de la expansión de la seguridad social (Draibe et. al 1995: 15; Lobato and Burlandy, 2000: 83). Al mismo tiempo, la dictadura militar buscaba con su reforma institucional del sistema de seguridad social debilitar el poder de los sindicatos laborales. Ello se observa con la reforma promovida por el gobierno de Castelo Branco (1964-67), cuando unificó todos los institutos de la seguridad social –algo ya intentado por Vargas en 1945- creando un único Instituto Nacional de Previdencia Social (INPS), reemplazando a los presidentes y consejeros “políticos” -vinculados a los sindicatos- por tecnócratas “apolíticos” (Falleti, 2010: 43).

La estrategia gubernamental respecto a la provisión de servicios de salud fue estimular al sector privado, con el que se comenzó a contratar crecientemente. La expansión de la cobertura fue generalmente a través de contratos con el sector privado y se mantenía una separación en las actividades de previsión social y ministerio de salud. Dada esa lógica, no se podía avanzar en la reducción de las desigualdades en la atención de la salud. En 1974, se creó el *Ministério da Previdência e Assistência Social* (MPAS) que tenía responsabilidad para la prestación de atención médica a los trabajadores cubiertos por la seguridad social. Si bien tenía algunos prestadores propios, la mayoría de los servicios quedaron a cargo de prestadores privados y eran pagados según el procedimiento provisto. A principios de los años ochenta el sistema de salud brasileño tenía un fuerte sesgo hacia el sector privado y la medicina curativa.

⁷ En 1953, cambió de nombre a Ministerio de Salud.

En 1976, el 27 por ciento de las camas hospitalarias estaban en el sector público, mientras que el 73 por ciento en el sector privado (Lobato y Burlandy, 2000).

La transición a la democracia y la reforma de 1988.

Desde finales de los años setenta y comienzos de los años ochenta comenzaron a delinearse actores durante la lucha por la restauración de la democracia que superpusieron demandas de libertad política y, entre otras, las vinculadas con el cambio en el sistema de salud. La crisis del financiamiento de la seguridad social, junto con los defectos del sistema percibidos, dieron impulso para un movimiento de reforma. Sectores populares, profesores, legisladores, sindicatos y la clase media vieron la salud como “un tema social y político para resolver en público” (Paim, 2011: 1784). Sus esfuerzos para cambiar el sistema de salud formaban parte de un movimiento en general por la democratización y la expansión de los derechos sociales. La reforma del sistema de salud de Brasil tuvo lugar en el contexto de una apertura democrática que creó espacio político-institucional y social para introducir cambios.

Las elecciones de 1985 fueron ganadas por una coalición en la que se destacaba el Partido del Movimiento Democrático Brasileño (PMDB), que había sido la principal fuerza opositora a la dictadura militar y con una orientación de centro, y de la que también participaba el partido del presidente Sarney, el Partido del Frente Liberal (PFL), de orientación derechista. Este período de gobierno duraría hasta 1989. Durante el mismo período se reúne una Asamblea Nacional Constituyente que comienza a sesionar en febrero de 1987. Luego de 19 meses se aprueba una nueva constitución, que consagrará nuevos derechos sociales. Entre ellos se mandata la reforma universalista del sistema de salud. Se adoptaron políticas sociales universales, en contraste con el anterior modelo vinculado al empleo. Además, se cambió la estructura de financiación del sistema y los roles y la participación de los diferentes niveles de gobierno, promoviéndose la descentralización y la participación ciudadana.

La reforma sanitaria tenía la meta de reducir las desigualdades y la fragmentación que caracterizaba al sistema. Se buscó la creación de “una sola autoridad pública en cada nivel del sistema, la integración de la red sanitaria previa de la Seguridad Social con el Ministerio de Salud y la agregación de los proveedores públicos en un solo sistema público” (Fleury, 2001: 16). También puso énfasis en la atención integral, con prioridad para los servicios preventivos y primarios. La Constitución estableció formalmente el *Sistema Único de Salud* (SUS), que la Ley 8.080 volvería operativo, estableciendo las regulaciones sobre las acciones y servicios de salud en todo el país. La ley permitió la participación de la iniciativa privada en el SUS, que incorporó instituciones y proveedores públicos y privados y está financiado a través de los presupuestos federales, estatales y municipales.

Llegados a este punto cabe interrogarse sobre cuáles fueron los factores que permitieron romper con el *path dependence* y aprobar una reforma que sentaba las bases para transitar del bismarckismo al universalismo. ¿Cuáles eran los actores que integraban la coalición pro-reforma que encontró en la apertura democrática la ventana de oportunidad para elevar su propuesta al nivel constitucional? Entre los actores claves para explicar la reforma se destaca el papel del *movimiento sanitario*. Las reformas necesitan apoyo social para tener éxito, pero muchos analistas han destacado la naturaleza inusual de la reforma de la salud brasileña en la medida en que fue moldeado por un grupo de profesionales de salud con ideas reformistas (Pêgo y Almeida, 2002; Fleury, 1997; Costa, 2017).

El movimiento sanitarista, cuyo origen se remontaba hasta mediados de los años setenta, logró colocar en la agenda político-institucional sus propuestas, demostrando capacidad para aprovechar estratégicamente el momento político. Durante los últimos años de la dictadura, una de las maneras en las que los opositores al régimen enmarcaron su oposición fue en términos de reivindicaciones sobre la cuestión sanitaria. Profesores e investigadores en las universidades públicas y los institutos de investigación, profesionales y expertos en salud argumentaron a favor de una universalización de la cobertura de salud a través de la creación de un sistema nacional financiado por impuestos generales. Lograron vincular estratégicamente su conocimiento específico y demanda para servicios de salud con la demanda para una apertura democrática, y la formación de una red fuerte a lo largo de muchos años les dio una importante poder organizacional (Pêgo y Almeida, 2002). La expansión de la cobertura del sistema de seguridad social que llevó a cabo el gobierno militar en combinación con la organización federal de país, creó oportunidades para que los reformistas penetraran el estado a nivel local e implementaran programas de salud comunitaria (Falleti, 2010: 40).

Una vez iniciado el proceso de apertura política desde comienzos de los años ochenta se fueron sucediendo elecciones a nivel local, algunas de las cuales eran ganadas por la oposición, cuyos intendentes elegidos incorporaban como funcionarios en el área de salud a miembros del movimiento sanitario. Posteriormente, se daría un proceso análogo a nivel de las autoridades estatales. En 1987, en la Asamblea Nacional Constituyente, los reformistas lograrían formar un bloque y movilizar sus vínculos con los partidos de izquierda y miembros de la burocracia. Falleti destaca la estrategia multifacética del movimiento que consistió en hacer presión al congreso, tomar posiciones de poder en el gobierno (especialmente a nivel municipal y estatal) y producir y difundir información (2010: 46-47).

Además de concebir el acceso a la salud como un derecho de ciudadanía, para lo cual sostenían la necesidad de una reforma universalista, los sanitaristas abogaban por una estrategia de atención primaria y preventiva, que permitiría mejoras de eficiencia en la operación del

sistema (Barros 1996 en Lobato y Burlandy, 2000: 87-88; Weyland, 1995: 1701). También abogaban por un sistema descentralizado, con mayores competencias y funciones para el nivel estadual y municipal, con el objetivo de acercar la prestación de salud a las necesidades de la población. Al mismo tiempo la estrategia descentralizadora serviría para debilitar el poder concentrado en el INAMPS y la burocracia central y los intereses privados (Arretche, 2004: 167).

Un momento decisivo en el proceso de creciente influencia del movimiento sanitario fue la 8va Conferencia Nacional de Salud que tuvo lugar entre el 17 y el 21 de marzo en 1986⁸, y que marcó el momento cuando la reforma se convirtió en una propuesta concreta. Reunió a representantes de los institutos sectoriales, la sociedad civil, organizaciones profesionales y partidos políticos. La conferencia resultó en un documento nacional que estableció principios importantes y declaró que la salud es un derecho fundamental del ciudadano. El informe concluyó que la atención sanitaria debería ser administrada por un solo organismo, el Ministerio de Salud. Por lo tanto, ya no estaría bajo la autoridad del Ministerio de Seguridad Social y Asistencia Social (Lobato y Burlandy, 2000: 88-89). El movimiento reformista llevó este documento a la ANC y muchos de sus principios fueron incorporados en la nueva constitución. Además, después de la 8ª CNS, se crearon la Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) y el Plenário da Saúde (Paim, 2008). El Plenario sirvió como un espacio de intercambio para el desarrollo continuo de una propuesta de reforma entre movimientos populares, académicos, partidos políticos y sindicatos (incluyendo la Central Única de Trabajadores).

La coalición pro-reforma iba a encontrar un lugar institucional clave en la *Asamblea Constituyente* para obtener ventaja política e impulsar su proyecto. La ANC empezó a sesionar a principios de 1987 y estuvo compuesta por 559 diputados y senadores que tenían el doble deber de legislar ordinariamente en el congreso y elaborar y aprobar una nueva constitución. La mayoría de los diputados y senadores pertenecía a los partidos oficialistas y a los partidos conservadores⁹ (Machado, 2013: 62). También hubo partidos minoritarios de izquierda (Partido Comunista Brasileño, PCB; Partido Comunista de Brasil, PC de B; Partido Democrático del Trabajo, PDT; Partido Socialista Brasileño, PSB; Partido de los Trabajadores, PT; y Partido de la Social Democracia Brasileña, PSDB). Es interesante notar que muchos miembros del movimiento sanitarista también formaban parte del PCB.

Se formaron dos grandes bloques de coaliciones políticas en la ANC. Uno fue el progresista o de izquierda, que nucleaba a los partidos ya mencionados junto con una corriente minoritaria del PMDB, y, por el bloque conservador, reunido en torno a lo que se conocería

⁸ Las conferencias eran eventos organizados regularmente por el Ministerio de Salud.

⁹ Partido del Frente Liberal, PFL; Partido Democrático Social, PDS; Partido Demócrata Cristiano, PDC; Partido del Trabajo Brasileño, PTB.

como el “centrão”, se alinearon los partidos conservadores, a lo que se sumaba la fracción mayoritaria del PMBD (Farfán Mendoza, 2014: 42). El “centrao” tenía el apoyo del poder ejecutivo (Machado, 2013: 62). En teoría, la mayoría de los elementos conservadores en la ANC protegería eficazmente los intereses favorables al *statu quo*, pero el resultado demuestra lo contrario. Inicialmente, a pesar de ser la minoría, las reglas internas del proceso dieron influencia desproporcionada a los elementos progresistas, especialmente en términos del rol importante de las presidencias de las comisiones. Incluso, después de modificaciones de las reglas internas de la asamblea constituyente, las reglas informales beneficiaron a los progresistas y a la creación de coaliciones. El bloque progresista mostraba más disciplina y presencia en votos claves, mientras la coalición conservadora mostraba más divisiones y ausentismo. Incluso antes de la ANC, el Congreso había sido un espacio importante para el debate y la consideración de políticas alternativas de salud, especialmente la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados (Lobato y Burlandy, 2000: 91). Las interacciones previas y los fuertes lazos organizacionales habían servido para fortalecer a los proponentes de reformas.

Entre los sectores que apoyaron la reforma también estuvieron el sector progresista de la Iglesia católica, algunos de cuyos miembros formaron parte del movimiento sanitarista, y, aunque inicialmente renuentes, también terminarían acompañando los sindicatos. Los sindicatos tuvieron poca influencia en los debates sobre la política social. Desde el punto de vista de ciertos sectores del movimiento sanitarista, los sindicatos se identificaban más con la idea de mejorar la cobertura de los ya cubiertos en el sector formal. Aunque algunos sectores apoyaban cobertura médica para todos, no fue una demanda primaria del movimiento sindical (por ejemplo, la CUT, que se había formado en 1983) (Draibe et al, 1995: 61). Sin embargo, los sindicatos estaban interesados en mejorar el sistema de atención de la salud y finalmente acompañaron las reformas. Incluso participaron en la 8ª CNS y otros foros subsecuentes donde se debatían propuestas de reforma.

La coalición favorable al *statu quo* mostraba motivaciones heterogéneas. Por ejemplo, una reforma universalista generaba prevención en políticos que basaban su poder en formas de clientelismo político. El control de los servicios médicos había tomado un rol importante en las relaciones políticas durante el gobierno autoritario. El INAMPS tenía una oficina en cada estado donde se negociaban demandas y sus representantes muchas veces jugaban un rol importante en la política local (Neto, 1997 en Lobato y Burlandy, 2000: 91). Hubo oposición por parte del sector privado pero con diferencias internas. Por un lado, una parte del sector privado (*los prestadores contratistas*) querían continuar prestando servicios y recibiendo fondos públicos de INAMPS, pero sin supervisión ni reglas más estrictas o interferencias (Lobato y Burlandy, 2000:91). Por otro, los aseguradores privados querían mantener su independencia total. El rol del sector privado y su relación con el SUS fue un punto de debate en la ANC. El movimiento

sanitarista apoyaba un sistema completamente público y universal, pero el sector privado ejerció presión significativa y finalmente la constitución no incluiría cambios significativos que involucraran al sector (Falleti 2010, 56). Aunque la Constitución estableció un sistema universal, la regulación del SUS se limitó principalmente al sector público, y el sector de los seguros privados permaneció sin regulación por varios años. La regulación del sector privado no está incluida en la Constitución ni en la ley Orgánica de la Salud (Ley 8080), que implementó el Sistema Único de Salud (SUS). Incluso en ese caso, el entonces presidente Collor de Mello vetó 25 artículos de la ley por no ser lo suficientemente amigables con el mercado (Arretche, 2004: 166).

Reflexiones finales

Cabe ahora una respuesta a la pregunta postulada arriba sobre cómo se puede explicar la transformación del sistema de salud en Brasil desde uno con rasgos bismarckianos, en el que los beneficios estaban vinculados con el empleo, a un sistema con una orientación más universal, basado en un derecho de ciudadanía. La apertura democrática y el proceso de redacción de una nueva constitución cambiaron las restricciones institucionales y políticas sobre lo que era posible lograr. El movimiento sanitarista fue un actor clave para dar forma al resultado final. Además, el legado bismarckiano en Brasil, al igual que en España, había implicado la administración centralizada del financiamiento y había excluido la participación de actores sociales como los sindicatos de la gestión del sistema de seguros sociales. Aunque una reforma universalista estuviera más allá de las reivindicaciones sindicales tradicionales, que priorizaban antes que nada la representación del trabajo formal, la extinción del sistema bismarckiano no ponía en juego recursos de poder altamente valiosos por los sindicatos brasileños, y, por lo tanto, resultaría menos costoso políticamente evitar la oposición a la reforma.

Mientras los sanitaristas habían logrado implementar reformas a nivel municipal y estadual en los años 70 y 80, no habían logrado impulsar cambios significativos a nivel nacional. La coalición a favor del mantenimiento del sistema de seguro social (que incluía el sector privado y sus usuarios, que tenían más poder político que los que estaban excluidos del sistema -como los desempleados-, y la burocracia del sistema, que tenía importante gravitación política) tenía la capacidad de prevenir la reorganización a gran escala. Sin embargo, a finales de los 80 el impulso cayó del lado de los reformadores. Los miembros del movimiento pudieron aprovechar experiencias previas y las redes organizacionales que habían formado a lo largo de décadas para impulsar una reforma. Esto les permitió ser una de las fuerzas más organizadas en la redacción de la Constitución. Fueron capaces de vincular sus conocimientos sobre las desigualdades y sus llamadas para una reforma con un interés más amplio en la sociedad por la democratización y la valorización de los derechos políticos y sociales de la ciudadanía. Se

beneficiaron de un debilitamiento de los actores antagónicos a la reforma y se beneficiaron también del apoyo de los sindicatos o al menos de su neutralidad. El momento fue propicio para una reforma y tenían la organización y experiencia para aprovecharlo.

Otro aspecto destacable en el caso de Brasil es que la organización federal operó como facilitadora del proceso de formación e influencia del movimiento sanitarista, es decir del principal promotor de la coalición pro-reforma. La capacidad de penetrar el estado a nivel subnacional por parte del movimiento sanitarista no solo contribuyó a su constitución como actor, sino que también sirvió para articular progresivamente una coalición con intendentes y gobernadores que apoyaban una reforma del sistema de salud, y que se convertirían en aliados a la hora de negociar con legisladores y burócratas de nivel nacional (Falleti, 2010: 57). La dinámica que se desplegó desde la periferia al centro implicaría también a actores de la institucionalidad federal.

El caso argentino

A lo largo de las primeras décadas del siglo XX el sistema de salud presentaba una realidad heterogénea y desarticulada tanto en el financiamiento como en el desarrollo de distintos agentes prestacionales (hospitales públicos, privados, sociedades de beneficencia, socorros mutuos de comunidades extranjeras y distintas formas de mutualidades). Hasta mediados de los años cuarenta hubo poca regulación del estado, el cual carecía de una política global e integradora para el sistema. Recién con el advenimiento del peronismo se desplegó el proyecto de integrar un sistema único de salud, con un fuerte protagonismo del Estado nacional.

Los años del peronismo: la impronta universalista que no alcanzó a cristalizar.

Durante los años cuarenta el gobierno peronista desplegó acciones para fortalecer el papel del sector público; tanto en el sentido de la definición de una política de alcance nacional para el sector, para lo cual creó el Ministerio de Salud, como también en su rol de prestador, ampliando fuertemente la oferta estatal¹⁰ y desarrollando programas de lucha contra diversas enfermedades. Simultáneamente, se dio un salto cualitativo en el desarrollo de las *mutuales* u *obras sociales obreras* durante esa década. Las consecuencias políticas y sociales de la nueva relación entre Estado y sindicatos estimularon la expansión del sistema de obras sociales.

En esos años la acción estatal acompañó el crecimiento en forma paralela del seguro de salud *bismarckiano*, aunque contenido todavía en la periferia del proyecto universalista que encarnaba la política del ministerio de Salud peronista y cuya figura emblemática era el ministro Ramón Carrillo. No obstante, ello implicó un límite al logro de un sistema único de cobertura

¹⁰ A modo de un único indicador: entre 1946 y 1955 el sector público pasó de 63.000 camas hospitalarias a 108.000.

universal y financiado íntegramente por rentas generales (Andrenacci y otros, 2004). Una vez que se fuera perdiendo la centralidad de la política y la planificación estatal, comenzaría a instalarse la controversia sistémica entre universalismo y bismarckismo. Pero ello, más que una herencia directa del período peronista, se debió al retroceso del subsistema público de salud observado desde la segunda mitad de los cincuenta, lo que llevaría a que las obras sociales fueran ocupando el lugar dejado por el Estado (Alonso, 2000). Y ese fue un camino iniciado con la caída del peronismo. La ley 18.610 de 1970 institucionalizaría esa nueva realidad.

Retroceso del sector público y ascenso del bismarckismo. Ley 18.610

A partir del derrocamiento del peronismo en 1955 los gobiernos posteriores desarrollaron nuevas políticas, siendo algunas de sus principales líneas el impulso a la descentralización de servicios; dando inicio en 1957 a un prolongado proceso de transferencia de responsabilidades a las provincias, que se completaría en distintas fases recién en los años noventa. Otro aspecto relevante de aquellos años fue el progresivo retroceso del Estado como prestador, lo que se observó en la disminución de camas públicas al mismo tiempo que crecía la capacidad de los efectores privados (OPS y otros, 2011).¹¹

La ley 18.610 de 1970 fue el primer intento destinado a regular el funcionamiento de las obras sociales, que darían cobertura a todos los trabajadores en relación de dependencia, e implicó un impulso decisivo en la expansión del sistema. Mientras que en 1967 las obras sociales brindaban cobertura a tres millones y medio de personas, para los primeros años posteriores a la puesta en vigor de la ley 18.610, el número de afiliados había llegado a aproximadamente 16 millones (Marshall, 1988). La nueva legislación fijaba el régimen de financiamiento consistente en aportes y contribuciones de la nómina salarial en forma obligatoria. La ley establecía que en el caso de las obras sociales sindicales la percepción y administración de los recursos quedaba a cargo del sindicato representativo de cada rama de actividad, el cual tenía que destinar dichos recursos prioritariamente a las prestaciones de salud. Para la regulación y control del sistema se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Las obras sociales eran autorizadas a dar prestaciones en forma directa mediante sus propios establecimientos o en forma indirecta a través de un sistema de contrataciones. Esta última modalidad serviría para dar gran impulso al sector privado, que funcionaría como el oferente real de los servicios, mientras que las obras sociales evolucionarían fundamentalmente como financiadoras. La ley 18.610 de 1970 representó la institucionalización del control sindical sobre el sistema de seguro de salud, y desde entonces la cuestión de las obras sociales ocupó un lugar central en la relación Estado-sindicatos.

¹¹En 1964 el sector público todavía tenía el 76% de las camas hospitalarias, mientras para 1985 su participación ya había descendido al 63% (Belmartino, 2010: 146).

La dictadura militar de 1966 había perdido cohesión interna respecto a la política de salud. Belmartino (2010) muestra como en el ámbito de la política de salud se manifestó la tensión entre una visión más tecnocrática, tendiente a la homogeneización y unificación del sistema, y una visión más vinculada a la doctrina social de la iglesia y cercana a los principios organizativos del bismarckismo, o al menos a dar lugar a las “asociaciones intermedias”. Sin embargo, fue la abrupta irrupción del conflicto sociopolítico en 1969 lo que dirimió esa diferencia interna más allá de razones sanitarias. La nueva ley de Obras Sociales, que establecía la contribución obligatoria de todos los trabajadores y empresarios según rama o sector laboral y la administración sindical de los recursos y de los entes, transfirió un significativo poder a los sindicatos. Por la misma época, se producía la normalización de la CGT y se convocaba a convenios colectivos. Este conjunto de medidas sólo pueden explicarse por el nuevo contexto político signado por la irrupción de la protesta social y la radicalización de los conflictos a partir del Cordobazo. En este sentido, estas medidas constituyeron concesiones a los sindicatos por parte de un gobierno debilitado que buscaba desactivar el conflicto político y social (Isuani y Mercer, 1988; Lo Vuolo, 1995; Alonso, 2000).

La ley 18.660 de 1970 y la legislación complementaria contribuyeron a modificar los equilibrios de fuerza entre oferentes y demandantes de servicios de salud. En los hechos implicó un retroceso para las entidades corporativas de la profesión médica, COMRA, y de los prestadores sanatoriales, CONFELISA. La profesión médica había sostenido a lo largo de las dos décadas anteriores una fuerte resistencia al avance de la intervención estatal en el sector, que pudiera restringir la autonomía profesional en la práctica médica o las formas de contratación. Ambas instituciones siempre habían defendido que la remuneración de las prestaciones debía consistir en pago por acto médico, además de reclamar una representación monopólica para negociar contratos con las obras sociales. De este modo, los conflictos con los otros actores del mercado de la salud (obras sociales, aseguradoras privadas, mutuales) solía resolverse a su favor en un contexto con escasa regulación pública, en el que predominaba el pago por acto médico, la libre elección del profesional y la falta de restricciones en la prescripción del profesional (Belmartino, 2010). La ley 19.170 de 1972 introdujo nuevas formas de contratación, además del pago por acto médico contempla el empleo asalariado en relación de dependencia y la capitación. La misma ley introduce un sistema de arbitraje obligatorio para que el INOS –ya en la órbita del Ministerio de Trabajo- laudara en casos de conflicto sobre aranceles. Según la ley, la CGT ejercería la representación por las obras sociales. La fuerte implantación sindical en el sistema y la representación única de las obras sociales a cargo de la CGT contrarrestaba la hegemonía de los prestadores que suele caracterizar a los sistemas de prestaciones sociales (Cawson, 1982; Alonso, 2004).

A pesar de la pérdida de poder relativo por parte de las corporaciones representantes de la oferta, que buscó ser limitada por éstas a las concesiones sobre las formas de contratación pero manteniendo los mismos instrumentos reguladores elaborados anteriormente (nomenclador, etc.) (Belmartino, 2010), los prestadores médicos y sanatoriales encontraban en el sistema de seguridad social en salud un equilibrio aceptable que evitaba alternativas peores. Por un lado, al establecer la ley 18.660 la afiliación obligatoria de todos los trabajadores de cada rama de actividad se produjo una fuerte expansión de la demanda, la que se orientaría hacia la contratación con el sector privado, que conocería un importante crecimiento en los años posteriores. Por otro, la nueva fórmula que colocaba en el centro del sistema de salud al seguro social bismarckiano representaba para la profesión médica una alternativa mejor que si la pérdida de hegemonía de la oferta hubiera sido reemplazada por un rol estatal decididamente más técnico, ordenador y centralizado; los rasgos esperables, por ejemplo, de un modelo inspirado en alguna forma de seguro nacional de salud. Planteada en estos términos las opciones estratégicas, aun cuando siguiera vigente la pugna distributiva entre oferentes y demandantes, el sistema de obras sociales articularía una alianza sectorial defensiva, en la que convergerían los actores del sector ante las intervenciones estatales dirigidas hacia la integración de un sistema unificado.

Primer round entre universalismo y bismarckismo. El proyecto del SNIS y el desdoblamiento del peronismo en oficialismo y oposición.

Con el retorno del peronismo al gobierno en 1973 se intentó implementar un plan global de transformación del sistema de salud argentino. Previo a la llegada al gobierno distintos agrupamientos de técnicos vinculados al peronismo habían elaborado al menos tres proyectos de política dirigida al sector salud. Más allá de matices los tres proyectos tendían a coincidir en la propuesta de reforma global dirigida a lograr un sistema de salud unificado, que permitiera la integración de todos los recursos y subsistemas, además de proponerse el fortalecimiento del sector público. Se contemplaba también la descentralización ejecutiva a nivel provincial (Belmartino y Bloch, 1994: 236-39). Por ese tiempo, también la central sindical (CGT) fijaría posición respecto de la cuestión sanitaria, de un modo que preanunciaba las líneas de conflicto en que el propio peronismo se dividiría respecto a una reforma del sistema de salud una vez en el gobierno. En un documento elaborado por la CGT se ratificaba el principio de que las obras sociales tenían autarquía jurídica y administrativa, cuyo logro representaba para el movimiento sindical argentino “una preciada conquista política” (García Díaz, 1975, citado en Belmartino y Bloch, 1994: 239). En la discusión del proyecto de reforma del sistema de salud se reflejaría la tensión entre las dos “almas sanitarias” del peronismo: una, que remite al universalismo carrillista, y otra que enraiza en la tradición bismarckiana del sistema de obras sociales sindicales.

El nuevo gobierno peronista asumido en mayo de 1973 promovió la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, con el que se buscaba fortalecer el rol del Estado en la organización y financiamiento del sistema de salud, lo que requeriría la coordinación de los distintos subsistemas: obras sociales, sectores público y privado. Aun cuando el nuevo sistema era concebido con una fuerte centralización de la toma de decisiones en el Ministerio de Bienestar Social y en los procesos de control de gestión, el avance sobre el manejo autónomo de las obras sociales tenía límites: los recursos financieros de las entidades quedaban fuera de la jurisdicción del SNIS. Sin embargo, las obras sociales estaban obligadas a subordinar sus planes prestacionales a los programas diseñados por el Sistema Integrado de Salud. Indirectamente, entonces, el Estado orientaría el uso de los recursos (Katz y Muñoz, 1988).

Las chances políticas del proyecto evolucionaron condicionadas por el desarrollo del conflicto interno peronista. Su instalación en la agenda no puede desligarse del clima político imperante en la etapa política inicial que acompañó el retorno del peronismo al poder tras dieciocho años de proscripción, cuando el ala izquierda del movimiento estaba en auge y encontró en el breve gobierno de Cámpora su apogeo (mayo-junio de 1973). En ese contexto, y a pesar que los responsables políticos directos encargados de la política de salud no resultaban encuadrables en la izquierda peronista, la propuesta de creación de un servicio nacional de salud parecía viable aun en sus objetivos más ambiciosos. Además, las primeras elaboraciones del proyecto habían contado con el acuerdo de Perón (Belmartino y Bloch, 1994: 243). No obstante, el enfrentamiento entre la derecha y la izquierda peronistas implicaría la recuperación de la iniciativa política por parte de la dirigencia sindical tradicional, un actor que se oponía a que el subsistema del seguro social fuera integrado plenamente a un sistema único de salud, pues ello implicaría la pérdida del control de las obras sociales. Dado este nuevo escenario y dinámica políticos se asistió a una progresiva desradicalización de los objetivos y alcances del proyecto. Aun antes que una propuesta elaborada tomara estado parlamentario, se desplegaron en el ámbito del propio poder ejecutivo constantes consultas y negociaciones, que fueron incorporando al proyecto inicial diversas modificaciones que buscaban desactivar el veto de diversos sectores, en especial de los sindicatos.

La estrategia de centralización estatal que el proyecto reflejaba generó el rechazo de todos los sectores vinculados al sistema de obras sociales: desde los sindicatos hasta las asociaciones gremiales médicas, las empresas de medicina privada y la industria farmacéutica se movilizaron en su contra. Por la propia lógica de la coalición en el gobierno fue la oposición sindical la más gravitante de todas¹², y el proyecto final incorporó sus reclamos centrales: la

¹² De los 145 diputados integrantes de la bancada oficialista 46 eran de origen sindical (Rouquieu, 2017: 272), es decir algo más del 30% de los diputados justicialistas. También entre los gobernadores y

adhesión de las obras sociales sería voluntaria, lo que en la práctica tampoco se produjo. El proceso finalmente decantó en la ley 20.748 del año 1974, que en la práctica sólo tuvo incumbencia sobre el sector público de salud. La brecha entre los propósitos iniciales –ya notoriamente atenuados durante la formulación- y el grado de implementación alcanzado fue ostensible: solo cuatro provincias adhirieron al sistema.¹³

El tercero en discordia irrumpe. El orden del mercado: la “libre elección” por *manu militari*.

La dictadura militar de 1976 también se propuso una reforma del sistema de seguro social de salud. El intento de una reforma al sistema de obras sociales debe ser entendido en clave del proyecto de disciplinamiento social encarado por el régimen, ya que la ley 22.269 tuvo como objetivo principal debilitar el poder de los sindicatos, al quitarles a éstos el control sobre las obras sociales (Isuani y Mercer, 1988; Alonso, 2000). Una nueva ley introdujo la *libre elección* por parte del beneficiario, al autorizar al afiliado a cambiar de obra social transfiriendo hasta el 90% de su aporte a un prestador de su elección. No obstante, no parece haberse dado ningún movimiento importante de afiliados que renunciaran a su obra social para incorporarse a prestadores alternativos (Isuani y Mercer, 1988). La otra disposición tendiente a estimular la lógica del mercado y la expansión del sector privado consistía en prohibir que las obras sociales desarrollaran capacidad instalada propia, quedando limitadas a su función de financiadoras de los servicios. En los hechos, la ley 22.269 no fue reglamentada y su implementación quedó pendiente. Por otro lado, respecto al subsistema público de salud la dictadura retomó el proceso de descentralización de servicios hacia las provincias.

Transición a la democracia desde 1983 y el segundo round entre universalismo y bismarckismo.

El nuevo gobierno constitucional de 1983 buscó impulsar una reforma global del sistema de salud. En 1985, el poder ejecutivo remitió al parlamento un proyecto de creación del "Seguro Nacional de Salud". Su objetivo principal estaba dirigido a la universalización de la cobertura mediante la incorporación a los beneficios de todas las categorías de trabajadores, incluyendo a los que estaban fuera del mercado de trabajo formal. Se contemplaba también la necesidad de federalizar el sistema, descentralizando hacia el nivel provincial. El proyecto introducía una importante modificación en cuanto al régimen de financiamiento, pues propiciaba la eliminación del aporte del trabajador y establecía una contribución total del 7.5% sobre la nómina salarial exclusivamente a cargo del empleador. La necesidad de recursos adicionales se financiaría fundamentalmente con las rentas generales del Estado. El modelo

vicegobernadores justicialistas los dirigentes de origen sindical alcanzaban un 22% del total de ellos, aunque cabe aclarar que sus preferencias ideológicas estaban lejos de ser homogéneas.

¹³ Ellas fueron las provincias de San Luis, La Rioja, Chaco y Formosa. Según los datos del censo de 1970 estas cuatro provincias representaban menos del 5% de la población argentina total.

propuesto evitaba que los sindicatos recuperaran el control sobre las obras sociales. Se establecía que los representantes laborales en las obras sociales serían designados a través de elecciones entre sus afiliados, propias e independientes de las efectuadas por los sindicatos.

Si bien el objetivo específico del proyecto de Seguro Nacional de Salud era la reforma del sistema de salud, tampoco puede desvincularse del intento de reforma sindical que tempranamente impulsó el gobierno, el proceso de "democratización sindical desde arriba" (Gaudio y Thompson, 1990, pag. 39). Vistas las cosas de esta manera, la negativa a restablecer el pleno control sindical sobre las obras sociales se adecuaba funcionalmente al objetivo tendiente a debilitarlos y, a su vez, tenía como precondition la previa desactivación del poder "corporativo" de los sindicatos. Esto explica que cuando el proyecto original del Seguro de Salud se presentó en 1985, su viabilidad ya estaba seriamente comprometida por la previa derrota del proyecto gubernamental de reordenamiento sindical.

El discurso anticorporativista con el que Alfonsín obtuvo su triunfo electoral había despertado expectativas favorables entre el empresariado, pues significaba que el retorno democrático ya no implicaría el fortalecimiento del poder sindical. Dicho apoyo global, sin embargo, no podía propagarse hacia la arena de política que estamos analizando, pues el proyecto establecía un nuevo régimen de financiamiento que recaería en gran medida sobre el empresariado, por lo que el rechazo de éste no se hizo esperar. Un proyecto que transfería al empresariado el financiamiento casi total de una parte significativa del salario indirecto podría haber logrado apoyo sindical. Sin embargo, el gobierno elegía la confrontación con los sindicatos, pues el proyecto constituía una seria amenaza al control sindical sobre las obras sociales, consideradas por éstos un estratégico recurso organizacional. Obviamente, sin el apoyo de los sindicatos y del empresariado, las posibilidades de éxito del proyecto inicial de Seguro Nacional de Salud eran casi nulas.

A partir de entonces, la cuestión de las obras sociales evolucionó paralelamente al desarrollo de la relación entre el gobierno y los sindicatos, y se abriría un proceso de negociación que finalmente desvirtuaría los objetivos del proyecto inicial. El resultado de las negociaciones fue el desdoblamiento del proyecto original en dos normas, una de las cuales estaría destinada a regular específicamente el sistema de obras sociales (ley 23.660) e implicaría el restablecimiento del control sindical sobre estas, además de mantener tanto las contribuciones patronales como los aportes de los trabajadores. De este modo concluía el último intento por lograr una reforma global y articulada del sistema de salud, en la línea de alcanzar un seguro nacional.

Reflexiones finales

El prolongado y persistente legado institucional del seguro social de salud argentino (*las obras sociales*) puede ser explicado por las consecuencias de largo plazo de decisiones políticas tomadas en el contexto de la coyuntura crítica abierta a fines de la década de 1960¹⁴. La irrupción contingente de la protesta social en 1969 marcaría el inicio de la crisis final del régimen burocrático-autoritario. En el contexto de esa coyuntura crítica, las decisiones gubernamentales buscaron desactivar el nivel de conflicto social, para lo cual involucraron a la política de salud mediante la concesión a los sindicatos del control pleno de las obras sociales, convertidas ahora en el centro del sistema de salud. Al hacerlo, la dictadura de 1966 descartó, como señalamos más arriba, otro curso de acción disponible en el propio repertorio oficial y que representaba una solución más característica de este tipo de regímenes: tender a una mayor unificación del sistema de salud, con gestión tecnocrática y exclusión de la participación de actores sociales.

Esa última estrategia se había dado tanto en el caso del franquismo como de la dictadura militar brasileña. Por ello, para entender la decisión gubernamental de 1970 es necesario considerar también alguna de las *condiciones antecedentes* de la coyuntura crítica (Capoccia, 2015); por ejemplo, la naturaleza de los actores involucrados en la cuestión. Si el sindicalismo argentino hubiera sido un equivalente a los *pelegos* brasileños o a los sindicatos *verticales* de la España franquista, la probabilidad de la solución finalmente instrumentada (conceder las obras sociales) hubiera sido menor. Pues es probable que al tomarla se confiase estratégicamente en que los sindicatos disponían, aunque crecientemente cuestionada en la coyuntura, de legitimidad propia y arraigo social, y, por lo tanto, podían contener y canalizar una conflictividad social cada vez más radicalizada.

La crisis emergente del ciclo de inestabilidad política y proscripción del peronismo desde 1955 impactó sobre el sistema instalando la centralidad de sus rasgos más *bismarckianos*. Por un lado, ello profundizó la fragmentación del sistema, confirmando una característica inherente a la lógica del seguro social. Por otro, y a diferencia de las estrategias de integración vertical “desde arriba” propias de una cooptación bismarckiana (corporativismo estatal), llevó al empoderamiento económico y organizacional de un actor social, que a partir de entonces defendería celosamente su control sobre ese importante recurso de poder; el cual contribuye al

¹⁴En el análisis seguimos el esquema analítico propuesto por Capoccia (2015: 147-179). Según este autor: “The analysis of critical junctures is a part of path dependence arguments, according to which institutional arrangements put in place at a certain point in time become entrenched because of their ability to shape the incentives, worldviews, and resources of the actors and groups affected by institution” (pags. 147-148).

desarrollo de acción colectiva, además de constituir una fuente de legitimidad interna para los dirigentes¹⁵. Esta peculiaridad llevó a que los sindicatos se constituyeran en el principal actor de veto ante los proyectos de reforma del sistema, cuando los siguientes dos gobiernos democráticos quisieron retomar en décadas sucesivas la senda del universalismo^{16 17}. Además, ello sería el principal factor que serviría para evitar el aislamiento político de la corporación profesional médica y de los prestadores privados, los candidatos “naturales” para oponerse a las propuestas de creación de un seguro nacional de salud. En clave de economía política, el principal legado del bismarckismo sanitario argentino, al establecer la gestión sindical de los fondos de seguro, fue la definición de patrones de alianza y conflicto que dificultarían la estructuración de coaliciones universalistas en el ámbito de la política de salud.

Cuando se discuten y formulan los proyectos de creación de un sistema nacional de salud, en el contexto de sendos procesos de democratización, el caso argentino también se distingue por el escaso protagonismo asumido por los actores subnacionales. Cuando se intentó en los años setenta, es probable que la impronta fuertemente centralizadora del proyecto no generara incentivos para la participación provincial¹⁸. Luego, en la década de los años ochenta, cuando la descentralización hospitalaria había avanzado implicando aún más a los estados provinciales en la gestión del sistema, es probable que la situación de gobierno multinivel dividido, en que la mayoría de las provincias estaba en manos de la oposición justicialista, no promoviera el acompañamiento de una iniciativa del oficialismo radical.¹⁹

¹⁵ Para un análisis de estos aspectos puede consultarse Alonso (2000: 204-209).

¹⁶ Sin apartarnos de nuestro objetivo principal, enfocado en las reformas universalistas, cabe aquí recordar que el *path dependence* disparado por la coyuntura crítica en que se aprobó la ley de creación del sistema de las obras sociales también sufrió los embates de propuestas de reforma orientadas al mercado (cuasi-mercados) durante la dictadura de 1976 y en la década de los años noventa; sin embargo, los rasgos básicos del persistente legado institucional se mantuvieron.

¹⁷ Para evitar una lectura idiosincrática, vale recordar aquí lo ya aludido sobre la posibilidad de que las clases trabajadoras se escindan ante propuestas universalistas en base a clivajes de “asegurados” versus “no asegurados” (Ver Baldwin, 1990). Sobre este punto, también puede verse Esping Andersen (1990, página 68). *Mutatis mutandis* el control sobre las obras sociales ha representado para los sindicatos argentinos lo mismo que para otros movimientos obreros ha representado el control sobre los fondos de seguro de desempleo, también administrados por los propios sindicatos. Como plantea Rothstein (1992) esa circunstancia fortaleció el poder de los sindicatos, y, obviamente, no los volvió proclives a conceder esos recursos de poder.

¹⁸ En la discusión en el Senado la oposición puso énfasis en señalar algunos aspectos de la “excesiva centralización” de la ejecución administrativa en la que incurría el proyecto de ley, lo que implicaba que la propiedad de los bienes y servicios de las provincias adherentes al nuevo sistema pasaría a depender de la Nación y también la designación de funcionarios sanitarios sería asumida por el nivel central (Belmartino y Bloch, 1994: 253).

¹⁹ Vale aquí recordar que en Argentina históricamente las relaciones entre el universalismo sanitario y el federalismo no parecieron marchar de acuerdo. Si el punto más alto de un proyecto universalista,

Conclusiones

Los procesos de transición a la democracia inauguran coyunturas históricas en cuyo contexto de incertidumbre las acciones estratégicas están dirigidas prioritariamente a la construcción institucional de un nuevo régimen político. En esos contextos, las demandas por el logro de derechos sociales universales y políticas sociales expansivas encuentran una mejor oportunidad, expandiéndose probablemente hacia la arena de la política de salud. Las propuestas de instauración de sistemas nacionales de salud pueden disponer de un entorno político más adecuado, y los actores que las promueven pueden encontrar mayor receptividad entre distintos actores sociales e institucionales. Para que los proyectos sean viables, la ventana de oportunidad abierta por la transición democrática tiene que ser aprovechada para forjar amplias coaliciones sociopolíticas en respaldo de ese tipo de reforma, definiendo un balance de poder favorable frente a las coaliciones del *statu quo* bismarckiano.

Las condiciones de posibilidad de esas coaliciones y de su balance de poder favorable vienen condicionadas por el legado histórico de las políticas ya institucionalizadas. Aquí es donde nuestros casos encuentran un importante factor diferenciador. Tanto España como Brasil tuvieron una herencia bismarckiana caracterizada por haber impuesto la gestión pública centralizada del financiamiento. A diferencia de Argentina, no se dio una gestión descentralizada en múltiples fondos. Si este es ya un factor que dificulta la transición a un sistema de financiamiento más centralizado, más aún lo es cuando son actores sociales (sindicatos) los que gestionan esos fondos y encuentran en ellos un importante recurso de poder organizacional y económico. El legado *bismarckiano* argentino implicó un fuerte factor de *path dependence*.

En Argentina, los intentos de reforma sanitaria universalista implicaban poner en juego necesariamente el control sindical sobre las obras sociales, lo cual llevaba al veto político de los sindicatos y a su inevitable ubicación en la coalición del *statu quo*. Ello pudo observarse en los dos momentos (décadas del setenta y ochenta) en que se intentaron reformas universalistas, y en ambas oportunidades se confirmó la hipótesis de que sin el apoyo de los sindicatos las reformas no lograron aprobarse. El modo en que se estructuró el seguro de salud bismarckiano sentó las bases para una perdurable coalición *pro-statu quo* y restó espacio político crucial para articular una coalición reformista.

inspirado en el modelo de servicio nacional de salud, se alcanzó durante los años cuarenta y cincuenta, ello fue posible porque el primer gobierno peronista decidió “desobedecer” a la Constitución Nacional. En efecto, como ha sido observado (OPS-CEPAL-PNUD, 2011), el Estado nacional asumió competencias que no habían sido delegadas por las provincias en el pacto constituyente: nacionalizó hospitales, relegó a prestadores privados, desplazó a las viejas sociedades de beneficencia e impuso la planificación estatal centralizada.

Los dos casos exitosos también mostraron otro factor diferencial respecto del caso argentino. La estructura federal (o quasi-federal en España) interactuó positivamente con el proceso de formación de la coalición pro-reforma. Ello confirma lo señalado por Hacker (1998) en cuanto a que el rol de la estructura federal no debe analizarse aisladamente sino en interacción con otros factores políticos para comprender si bloquea o favorece las reformas de política social. La lógica de la formación de las coaliciones y el papel que les cupo a sus principales articuladores políticos impulsó una dinámica de involucramiento de actores subnacionales en el apoyo a las iniciativas de reforma. En el caso español, el propio partido socialista, en la búsqueda de un equilibrio interno entre facciones, operó como el canal a través del cual se incorporaron demandas de las comunidades autónomas de Cataluña y País Vasco. En el caso brasileño, la dimensión subnacional no solo se observa en el propio proceso de constitución y despliegue político del movimiento sanitario –el principal impulsor de la reforma-, sino que la creciente instalación política de éste a nivel de municipios y estados sirvió para activar en el apoyo a sus posiciones a actores de la institucionalidad federal como intendentes y gobernadores. En el caso argentino, esta dimensión subnacional estuvo ausente, pues no se observa en ninguno de los dos momentos en que se intentaron proyectos de seguro nacional de salud un involucramiento significativo de los actores provinciales.

Bibliografía

Alonso, Guillermo V., 2000: Política y seguridad social en la Argentina de los noventa, Miño y Dávila Editores, Colección FLACSO, Buenos Aires.

Alonso, Guillermo V., 2004: “La Superintendencia de Servicios de Salud y su herencia institucional (o la reforma del estado se hace cargo de la historia)”. En Bertranou y otros, *En el país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en la Argentina*, Prometeo Libros, Buenos Aires.

Andrenacci, L., Falappa, F. y Lvovich, D., 2004: Acerca del Estado de Bienestar en el Peronismo Clásico (1943-1955), en Bertranou y otros, *En el país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en la Argentina*, Prometeo Libros, Buenos Aires.

Arretche, Marta. 2004. “Toward a Unified and More Equitable System: Health Reform in Brazil.” In Kaufman, R. and J. Nelson: *Crucial Needs, Weak Incentives. Social Sector Reform, Democratization, and Globalization in Latin America*. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press.

Baldwin, Peter. 1992. *La política de solidaridad social. Bases sociales del Estado de Bienestar europeo 1875-1975*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España, Madrid.

Belmartino, Susana y Carlos Bloch. 1994. *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985*. Organización Panamericana de la Salud.

Belmartino, Susana, 2010: Los servicios de atención médica, en Torrado Susana (dir.), *El costo social del ajuste*, T.2, Edhasa, Buenos Aires.

- Campos, Luis, 2014: "Densidad sindical en Argentina en el largo plazo y sus determinantes estructurales". Observatorio de Derecho Social, Buenos Aires.
- Capoccia, Giovanni. 2015. "Critical junctures and institutional change". En Mahoney and Thelen (2015), pags. 147-179.
- Cawson, Alan, 1982. *Corporatism and Welfare. Social Policy and State Intervention in Britain*, London, Heineman Educational Books.
- Costa, Nilson do Rosário. 2017. "Comunidade Epistêmica e A Formação Da Reforma Sanitária No Brasil". *PhysisRevista de SaúdeColetiva* 24(3): 809-829.
- Draibe, Sonia, María Helena Guimaraes de Castro y Beatriz Azeredo, 1995. *The System of social protection in Brazil*. Notre Dame, University of Notre Dame, Helen Kellogg Institute for International Studies.
- Esping Andersen, Gösta, 1985: *Politics against Markets*. Princeton University Press.
- Esping Andersen, Gösta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.
- European Observatory on Health Care Systems, 2000: *Health Care Systems in Transition*. Spain.
- Falleti, Tulia G. 2010. "Infiltrating the State: The Evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964–1988." In *Explaining Institutional Change*, Cambridge University Press.
- Farfán Mendoza, Guillermo. 2014. "Brasil: La Constitución de 1988 y las reformas a los sistemas de pensiones". *Revista Latinoamericana de Derecho Social* 19: 31-62.
- Fleury, Sonia. 1997. *Estado Sin Ciudadanos: Seguridad Social En América Latina*. Lugar Editorial.
- Fleury, Sonia. 2001. "Universal, dual or plural? health care models and dilemmas in latin America." In *Health Services in Latin America and Asia*, ed. Carlos Molina and José Núñez. Inter-American Development Bank.
- García Diaz, C., 1975: "Entre un régimen pluralista y un Servicio Nacional de Salud. El Sistema Nacional Integrado de Salud". *Revista del Centro de Investigación y Acción Social*, 244, 5-22.
- Gaudio, Ricardo y Andrés Thompson, 1990: *Sindicalismo peronista/Gobierno radical*, Fundación Ebert/Folios Ediciones, Buenos Aires.
- Gingrich, Jane. 2015. "Coalitions, policies, and distribution: Esping-Andersen's Three Worlds of Welfare Capitalism. En Mahoney and Thelen (2015), pags. 67-96.
- Guillén, Ana, 1996: *Políticas de reforma sanitaria en España: de la Restauración a la Democracia*. Tesis doctoral, Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales, Universidad de Oviedo, Madrid.
- Guillén, Ana y Cabiedes, Laura, 1997: "Towards a National Health Service in Spain: The search for Equity and Efficiency". *Journal of European Social Policy*, Vol. 7, n° 4, London.
- Guillén, Ana, 2010: "Defrosting the Spanish Welfare State: the weight of Conservative components", en Pallier, Bruno: *A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam University Press.
- Guillén M. y León M., 2011: *The Spanish Welfare State in European Context*, Ashgate, Surrey.

Hacker, Jacob, 1998: "The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian and U.S. Medical Policy". *Studies in American Political Development*, 12, 57-130.

Haggard, Stephan and Robert Kaufman, 2008: *Development, Democracy and Welfare States*. Princeton University Press, Princeton.

Heclo, Hugh, 1974: *Modern Social Politics in Britain and Sweden*. New Haven, Yale University Press.

Huber, Evelyne, Charles Ragin y John Stephens, 1993: "Social Democracy, Christian Democracy, Constitutional Structure and the Welfare State". *American Journal of Sociology*, vol. 99, nro.3.

Huber, Evelyne and John Stephens, 2001: *Development and Crisis of the Welfare State*. The University Chicago Press.

Huber, Evelyne and John Stephens, 2012: *Democracy and the Left. Social Policy and Inequality in Latin America*. The University of Chicago Press.

Immergut, Ellen, 1992: *The rules of the game: The logic of health policy-making in Frances, Switzerland, and Sweden*, en Steinmo, S. y otros: *Structuring Politics*, Cambridge University Press.

Isuani, Ernesto A, y Mercer, Hugo, 1988: *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?*, CEAL, Buenos Aires.

Katz, Jorge y Muñoz, Alberto, 1988: *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*, CEPAL-CEAL, Buenos Aires.

Korpi, Walter, 1983: *The Democratic Class Struggle*, Routledge and Kegan Paul, Londres.

Lobato, Lenaura, y Luciene Burlandy. 2000. "The Context and Process of Health Care Reform in Brazil." In *Reshaping Health Care in Latin America*, Ottawa: International Development Research Centre.

Lo Vuolo, Rubén, 1995: *The Welfare State in Contemporary Argentina*. Kellogg Institute.

Machado, Luís Fernando Pires. 2013. *Convocación de una Asamblea Constituyente para el Brasil: solución para reforma política brasileña o formalidad dispendiosa e innecesaria*. Buenos Aires: Editorial UMSA.

Mahoney, James and Kathleen Thelen. 2015. *Advances in Comparative-Historical Analysis*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Malloy, James M. 1979. *The politics of social security in Brazil*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.

Marshall, Adriana, 1988: *Políticas sociales: el modelo neoliberal*, Legasa, Buenos Aires.

Moreno Luis (ed.), 2009: *Reformas de las políticas del bienestar en España, Siglo XXI*, Madrid.

Moreno Fuentes, Francisco, 2009: "Del sistema sanitario de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud descentralizado", en Moreno Luis (ed.), op. cit.

Niedzwiecki, Sara, 2010: *Social Policy in South America. The Effect of Organized Labor and Civil Society Groups on Pension and Health Reforms in Argentina and Brazil (1988-2008)*. University of North Carolina at Chapel Hill, Department of Political Science. (Tesis de maestría).

- OPS-CEPAL-PNUD, 2011: Aportes para el desarrollo humano en Argentina, Buenos Aires.
- Paim, Jairnilson. 2011. "The Brazilian health system: history, advances, and challenges." *The Lancet* (British edition), 377(9779) 1778–1797.
- Pêgo, Raquel Abrantes, y Celia Almeida. 2002. "Teoría y práctica de las reformas en los Sistemas de Salud: Los casos de Brasil y México". *Cadernos de Saúde Pública* 18(4).
- Pierson, Paul, 1994: *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge University Press.
- Pierson, Paul, 1995: *Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy, Governance*, Vol.8, n° 4.
- Pierson, Paul (ed.), 2001: *The New Politics of the Welfare State*. The Oxford University Press
- Przeworski, Adam y Henry Teune, 1970: *The Logic of Comparative Social Inquiry*. Wiley Interscience, New York.
- Rico, Ana, 1996: "Regional Decentralization and Health Care Reform in Spain (1975-1995)", *South European Politics*.
- Rodriguez Cabrero, Gregorio, 2011: "The Consolidation of the Spanish Welfare State (1975-2010)", en Guillén M. y León M. op. cit.
- Rothstein, Bo, 1992: Labor-market institutions and working-class strength, en Steinmo S. y otros.
- Rouquié, Alain, 2017: *El siglo de Perón. Ensayo sobre las democracias hegemónicas*. Edhasa, Buenos Aires.
- Schmitter, Philippe, 1992: *Teoría del Neocorporatismo. Ensayos de Philippe Schmitter*. Universidad de Guadalajara.
- Skocpol, Theda y Edwin Amenta, 1986: "States and Social Policies". *Annual Review of Sociology*, 12.
- Skocpol, Theda, 1992: *Protecting Soldiers and Mothers*. Harvard University Press.
- Steinmo, Thelen y Longstreth (eds.), 1992: *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge University Press.
- Weir, Margaret, Ann Orloff y Theda Skocpol (eds), 1988: *The Politics of Social Policy in the United States*. Princeton University Press.
- Weyland, Kurt. 1995. "Social Movements And The State: The Politics Of Health Reform in Brazil". *World Development* 23(10): 1699-1712.
- Wilensky, Harold, 1975: *The Welfare State and Equality*. Berkeley, University of California Press.

Tabla comparativa

País	Proceso de democratización	Concentración de poder decisorio	Oposición de los médicos	Protagonismo Actores Subnacionales	Legado Bismarckiano (administración de fondos de aseguramiento)	Oposición de los Sindicatos	Aprobación de la reforma
España	Si	Alta, parlamentarismo bipartidista	Si	Si	Pública centralizada	No	Si
Brasil	Si	Baja, presidencialismo de coalición	Si	Si	Pública centralizada	No	Si
Argentina	Si	Media, Presidencialismo bipartidista	Si	No	Fondos múltiples, gestionados por actores sociales (sindicatos)	Si	No

