



La descentralización de los hospitales públicos en Mendoza entre 1990 y 2014 y el rol de los médicos

The decentralization of public hospitals in Mendoza between 1990 and 2014 and the role of physicians

Cecilia Molina*

Palabras clave

Neoliberalismo
 Políticas de salud
 Descentralización hospitalaria
 Nueva gestión pública
 Médicos
 Mendoza

Resumen

El propósito de este escrito es reconstruir el proceso de descentralización de los hospitales públicos en Mendoza entre 1990 y 2014, atendiendo a las dimensiones político-gestionarias, financieras y asistenciales comprendidas en el proyecto. Se indaga de qué manera los médicos, con inserciones clave en el gobierno de la salud en la provincia, adoptaron y reformularon la autogestión, entendida como proyecto político para la transformación hospitalaria y no como una mera modernización sectorial. Se argumenta que el proyecto es afín a una visión compartida: los médicos con gravitación sectorial enmarcan la descentralización como una respuesta "técnica" legítima para enfrentar los problemas del hospital público y adoptan selectivamente los aspectos del modelo que convalidan la autonomía de los centros. Se muestra cómo una serie de normas de la administración pública provincial y del sector salud en particular abonaron el terreno para la descentralización de los hospitales provinciales en los primeros noventa en sintonía con las tendencias reformistas globales. También se rastrean los cambios y continuidades del proyecto bajo la orientación del trazado de proceso, un procedimiento cualitativo para el análisis de políticas que conjuga entrevistas con análisis de documentos.

* Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo. Contacto: cmolina@isg.org.ar

Keywords

Neoliberalism

Health Policies

Hospital

Decentralization

New Public

Management

Medical Profession

Mendoza

Abstract

The purpose of this work is to reconstruct the process of decentralization of public hospitals in Mendoza between 1990 and 2014, focusing on the managerial, financial and welfare aspects of this project. The article looks into the way physicians with key roles in the provincial administration regarding health policy adopted and reformulated self-management, understood as a political project for hospital transformation instead of just a sectorial modernization. It is argued that the project is related to a shared vision: physicians with a relevant role in their sector define decentralization as a legitimate "technical" answer to solve the problems of public hospitals, and selectively adopt the aspects of the model that validate the autonomy of the centers. The article shows how a set of rules of the provincial public administration, and particularly of its health sector, prepared the groundwork for the decentralization of local hospitals in the 1990's, in tune with global reformist tendencies. Finally, it also explores the changes and continuities of the project from the perspective of process tracing, a qualitative procedure for policy analysis that combines interviews and the analysis of documents.

La descentralización de los hospitales públicos y el cambio en los mecanismos de aseguramiento son medidas clave de las reformas sanitarias neoliberales, que adquirieron alcances globales a partir de las últimas décadas del siglo pasado.

Inicialmente, la orientación al mercado en salud se enlazó con la Nueva Gestión Pública (NGP), un modelo de desempeño estatal que intentaba remplazar el modelo burocrático –sobre el que se habían edificado las organizaciones inspiradas en la teoría keynesiana del Estado de Bienestar– por otro más flexible, que persigue liberar a las organizaciones públicas de interferencias de la política.¹ En ese contexto cobraron impulso fórmulas tendientes a ampliar la autonomía de los hospitales públicos, con base en combinaciones público-privadas vigentes hasta hoy.²

En sus distintas versiones, los proyectos de descentralización hospitalaria (DH) se presentaron como soluciones técnicas, como recetas para afrontar la crisis de

¹ Para un análisis de los fundamentos y efectos de la NGP en la administración pública en América Latina se puede consultar a Guerrero, 2004; 2003; y, en Argentina, a López, 2005.

² Saltman; Duran; Dubois, 2011; Artaza Barrios; Méndez; Holder Morrison; Suárez Jiménez, 2011.

financiamiento público.³ Inicialmente, los organismos internacionales, los gobiernos y parte de la literatura sectorial soslayaron la discusión sobre los alcances políticos de la propuesta, su adscripción a un nuevo modelo de desarrollo y sus consecuencias en la reconfiguración de las relaciones de poder en el sector,⁴ desdibujando las implicancias de los cambios en la mercantilización de la salud.⁵ Avanzadas las reformas, la crítica a la perspectiva tecnocrática en salud es extensamente reconocida. Se sabe menos sobre los modos en que los actores locales, conjugando experticia profesional y cierta capacidad de decisión política, adoptan o transforman las nuevas ideas en las instancias subnacionales en las que se diseñan y ejecutan las políticas.

Atento al planteo previo, el propósito de este escrito es reconstruir la génesis e implementación de la DH en Mendoza entre 1990 y 2014, indagando de qué manera los médicos con inserciones clave en el gobierno de la salud en la provincia adoptaron y reformularon la autogestión, entendida como proyecto político para la transformación de los hospitales públicos y no como una mera modernización sectorial.

Se argumenta que la DH es un proyecto afín a una episteme,⁶ a una visión compartida por médicos con gravitación sectorial, quienes enmarcan el proyecto como una respuesta “técnica” legítima para enfrentar los problemas de los hospitales públicos y adoptan selectivamente aspectos del modelo que convalidan la autonomía de los centros. Se muestra además cómo una serie de normas previas de la administración pública provincial y del sector de la salud abonaron el terreno para la descentralización de los hospitales, en sintonía con las tendencias globales de reforma estructural que modifican el papel del Estado como proveedor de políticas sociales, conciben la salud como un bien privado y promueven la incorporación de criterios de mercado en los servicios públicos de salud como un medio para mejorar su desempeño.

Orientado por la perspectiva constructivista, el estudio entiende que las políticas de salud se construyen a través de las formas en que los actores, en interacción,

³ Las experiencias europeas se conocen como Empresa Pública Sanitaria y Fundación Pública Sanitaria (España y Portugal); *NHS Trust y Foundation Trust* (Reino Unido); *Regional Health Enterprises* (Noruega). En América Latina: establecimientos de autogestión en red (Chile); hospital público de autogestión (Argentina); Empresas Sociales del Estado (Colombia); organizaciones sociales de salud (Brasil); hospitales e institutos (Perú).

⁴ Fleury, 2008; Arroyo Laguna, 2002.

⁵ Tobar, 2012; Correia, 2009.

⁶ Haas (1992: 27) vincula las dimensiones intelectuales y político-normativas mediante las que los expertos influyen en las políticas recuperando el término “episteme” propuesto por Foucault. Con él se refiere a “una forma dominante de ver la realidad social, a un conjunto de símbolos y referencias, expectativas e intenciones compartidas por colecciones concretas de individuos que comparten una visión del mundo (episteme) que delimita, para sus miembros, la construcción adecuada de la realidad social”.

las interpretan y les dan sentido, a partir de sus ideas y experiencias, en procesos que cambian con el tiempo.⁷ Se aproxima a los médicos como actores político-epistémicos, esto es: como profesionales-expertos que, en razón de su autoridad reconocida en el gobierno de la salud, enmarcan las políticas y redefinen sus alcances a partir de principios, de creencias en causas y de objetivos políticos afines. De allí que presta atención a los valores, a los marcos de referencia desde los cuales médicos insertos en la burocracia estatal inciden en los problemas de la política y a los mecanismos de los que se valen para hacer que esas referencias sean convalidadas.⁸

Un supuesto central del planteo es que los profesionales-expertos no solo son portadores de "conocimientos técnicos". Las epistemes, los paradigmas, que comparten y transmiten, combinan elementos cognitivos, normativos y programáticos.⁹ Su gravitación no tiene tanto que ver con la "corrección" de las ideas que sostienen, sino más bien con que, en tanto compartidas y socialmente legitimadas, establecen los límites del discurso colectivo, guían a los decisores en los caminos para gestionar los problemas políticos, identifican objetivos deseables y posibles y participan en la definición de las regulaciones sectoriales. En suma, ejercen poder enmarcando las políticas.

Las preguntas, entonces, son ¿cómo se configuró la descentralización hospitalaria en Mendoza? y ¿De qué manera los médicos con injerencia en el gobierno de la salud adoptaron o impugnaron aspectos del modelo? Para responderlas se requiere dar cuenta del contexto de surgimiento, de los contenidos de la descentralización y de las ideas y mecanismos a partir de los cuales los médicos la incorporaron y validaron en sus relaciones con otros actores con incidencia en el proceso político. Para esto, se recurrió a dos técnicas de obtención de datos: el análisis documental y las entrevistas.¹⁰

La información obtenida se analizó según las recomendaciones del rastreo del proceso (*process tracing*), un procedimiento que procura obtener información

⁷ Gilson, 2012.

⁸ A tono con la idea gramsciana de hegemonía, Boas; Mac Neil, 2004, consideran que los expertos influyen en la formulación y ejecución de las políticas operando sobre los significados de los problemas y dando forma a las ideas de los otros, para que sus propias ideas sean consideradas como verdades de "sentido común".

⁹ González Leandri, 2012; Joignant, 2009; Adler; Haas, 2009; Roth Deubel, 2007.

¹⁰ Normas, planes e informes de política se cotejaron con la perspectiva de informantes que participaron en el diseño original y en las modificaciones al proyecto desde los poderes ejecutivo y legislativo y los gremios médicos en el período analizado. En el trabajo de campo se constató la tendencia de los actores que cambiaron de puesto después de los eventos por los cuales se los interroga, a reconstruir la historia en función de sus nuevas responsabilidades (Muller, 2000: 54). Frente a esto, resultó útil conjugar los resultados de las entrevistas con el análisis documental.

detallada sobre procesos políticos específicos, prestando especial atención a las ideas y a sus rutas de viaje, a los actores y a la secuencia de episodios clave que configuran los procesos,¹¹ no solo en el momento en que tiene lugar la decisión política.¹² Los documentos se contrastaron con la opinión de actores clave para rastrear los orígenes de las ideas e identificar los mecanismos a través de los cuales influyeron en las decisiones y se incorporaron a los procesos de socialización política.¹³

Los resultados obtenidos se ordenan siguiendo el esquema propuesto por Walt y Gilson para estudiar políticas de reforma sanitaria y atienden a un mismo tiempo al contexto, los contenidos, los actores y los procesos que explican los resultados de las políticas.¹⁴

El contexto político organizacional¹⁵

El desplazamiento de poder decisorio desde niveles centrales de gobierno a instancias locales y las propuestas de autonomía hospitalaria, con base en el modelo de competencia público-privada, son tendencias globales de reforma sanitaria, impulsadas por la orientación política económica neoliberal. En Argentina, la descentralización de servicios de salud y la autogestión de los hospitales públicos fueron dos expresiones clave del proyecto neoliberal de la década de 1990.¹⁶ La

¹¹ En el transcurso de las entrevistas se identificó un amplio solapamiento de posiciones. Por ejemplo, médicos a los que se buscó entrevistar por su condición de referentes gremiales habían ejercido funciones en los directorios hospitalarios durante el período en estudio; altos funcionarios ministeriales y/o directores de hospitales actuaron como legisladores y/o asesores en la elaboración de las normas que respaldan la descentralización. La situación descrita mostró una densa trama de relaciones de proximidad entre directivos y profesionales vinculados entre sí y en el tiempo, a partir de sus posiciones y trabajos, y de relaciones interpersonales entre los que consideran pares, y, simultáneamente, una cercanía con los niveles de decisión política. Estas interrelaciones, que proporcionan papeles cruciales para influir en la política (Lewis, 2006) son caracterizadas como un "mundo social médico" que contribuye a la creación y mantenimiento de una identidad social propia y a lograr una comunicación fluida, directa y permanente con el poder político (Rodríguez, 2004).

¹² Jacobs, 2012; Collier, 2011; Tansey, 2007.

¹³ *Idem*.

¹⁴ Walt; Gilson, 1994, plantean la importancia de estudiar las interrelaciones entre los cuatro factores en vez de focalizarse en los enunciados de las políticas

¹⁵ Se asume con Oszlak; O'Donnell (1976) que el contexto de las políticas y las posiciones de los diversos organismos estatales y actores implicados en ellas no son estáticos ni predefinidos, por lo que se debe recrear el contexto más amplio de emergencia de la política e identificar los procesos burocráticos horizontales y verticales que generan las cambiantes posiciones de las unidades estatales y otros actores respecto de la política.

¹⁶ Cerdá; Ramacciotti, 2017: 234-35, vinculan el proceso de descentralización de los noventa con los argumentos que promueven la mercantilización de la salud y analizan algunas de las

descentralización hospitalaria en Mendoza tuvo como marco los pactos fiscales suscriptos con la Nación que, como en otras jurisdicciones, se tradujeron en privatizaciones, tercerizaciones y cambios en la configuración de diferentes áreas y empresas públicas. Integró la reforma administrativa del Estado encarada por el gobierno de la provincia desde fines de la década de los años ochenta y en su diseño tuvo un horizonte más amplio que el mero ajuste de las cuentas públicas.¹⁷

A diferencia de otras provincias que en los noventa, junto con el proyecto de Hospital Público de Autogestión (HPA),¹⁸ tuvieron que afrontar la recepción de hospitales que hasta entonces dependían de la Nación o municipalizaron servicios de salud (situaciones que complejizaron el financiamiento y la gestión de los sistemas de salud pública en los territorios),¹⁹ el gobierno de Mendoza no asumió, en esa coyuntura, los hospitales hasta entonces nacionales.²⁰ Tampoco optó por municipalizarlos u otorgar su gestión a terceros. Tales cuestiones llevaron a afirmar que la descentralización hospitalaria en Mendoza fue parte de un proyecto articulado de reforma sectorial,²¹ que incorporó diseños organizativos innovadores,²² y que se vio favorecido por el protagonismo del gobierno provincial que a partir de la recuperación democrática remodeló la mayoría de los hospitales públicos.

Algunos trabajos que comparan el impacto de las reformas sanitarias en los escenarios provinciales advierten que en Mendoza "el gran protagonista de los cambios ocurridos en el contexto de los 90 fue el sector de la salud pública, que se había caracterizado por su expansión y fortalecimiento en la década previa".²³ La fuerte ascendencia del gabinete de salud en el gobierno fue señalada como una oportunidad "para disponer de recursos que permitieran profundizar la estrategia global y sectorial de reforma estatal decidida por la propia provincia".²⁴

formas a través de las cuales el neoliberalismo sanitario deja libradas las necesidades de atención médica de las personas al accionar del mercado y agrava problemas de equidad y eficacia del sistema de salud.

¹⁷ Ciertas especificidades del proyecto local respecto de otras jurisdicciones del país, donde, en general, la descentralización no implicó cambios significativos en el gobierno de los hospitales y se limitó a la búsqueda de fondos alternativos a los presupuestos públicos han sido expuestas por Repetto; Potenza Dal Maseto, 2003; Belmartino; Bloch; Báscolo, 2003; Repetto, 2001.

¹⁸ Decreto nacional 578/1993.

¹⁹ Ase, 2006; Cetrángolo; Devoto, 2002; Repetto, 2001.

²⁰ La última transferencia de servicios de salud de Nación a la provincia data de 1968 (ley provincial 3537).

²¹ Repetto; Potenza Dal Maseto, 2003; Repetto, 2001.

²² Sojo, 2000; Tobar, 1998.

²³ Belmartino et al., 2003: 45.

²⁴ Ansolabehere, en Repetto; Potenza Dal Maseto, 2003: 16.

Las reformas de los noventa tuvieron repercusiones en las relaciones entre el Estado provincial y las organizaciones médicas. Específicamente, el impulso al modelo del HPA por parte de las autoridades provinciales "afectó la situación del mercado privado de servicios".²⁵ En esa coyuntura, donde también desde el Estado se promovieron nuevas formas de relación laboral, como los contratos a término, las organizaciones gremiales locales, que hasta entonces representaban a los médicos con inserción en los sectores público y privado de la salud, atravesaron rupturas.²⁶

En los primeros años de la década del noventa los Círculos médicos avalaron la descentralización de los hospitales y proveyeron a sus asociados la capacitación gerencial exigida por ley para ejercer puestos de conducción. Progresivamente, aglutinaron sus estrategias de defensa en la seguridad social y fueron desplazados por la Asociación Mendocina de Profesionales de la Salud (AMPROS), organización que logró personería gremial en 2005 y desde entonces es la principal interlocutora de los médicos que trabajan en la administración pública provincial.

Los contenidos de la descentralización hospitalaria

Los contenidos del proyecto se ordenan siguiendo la distinción de modelo de gestión, de financiamiento y de atención.²⁷ El primero, atiende a las formas y a los niveles en los que se toman las decisiones en salud, el segundo a las fuentes y el destino de los recursos, y el tercero, a los modos de organización y división del trabajo médico.

El nuevo modelo decisorio

Sancionada en 1992, la ley 6015 convirtió a los cuatro principales hospitales públicos provinciales en organismos autárquicos, les transfirió competencias para definir políticas asistenciales y financieras e introdujo la figura de directorio como forma de gobierno colegiado. El texto de la ley y su decreto reglamentario,²⁸ facultaron a los directorios a confeccionar sus presupuestos y asignar recursos, a establecer sus estructuras organizativas, programas operativos, sistemas de información, a establecer contratos y a adquirir bienes y servicios. En cuanto a la definición de la política hospitalaria, autorizaron a los centros a desarrollar su

²⁵ Belmartino et al., 2003: 71. Según este trabajo "en la perspectiva del sector privado la competencia con el sector público es imposible por desigual carga impositiva, falta de acreditación de servicios y especialidades" (pp. 74).

²⁶ Belmartino, 2010: 352.

²⁷ Estos modelos, dimensiones o niveles de análisis de las políticas de salud son propuestos por Tobar, 2010, y ampliados por Chiara, 2012b.

²⁸ Art. 9, decreto 2310/1993.

actividad en el marco de los programas fijados por el Ministerio de Salud, “tendiendo a la extensión de cobertura y al logro de equidad”.²⁹

Además de remplazar la conducción unipersonal por los directorios, la ley 6015 impuso requisitos de capacitación en gestión hospitalaria para el acceso a los puestos de dirección, gerencias y jefaturas de servicios médicos. Este planteo, congruente con la Nueva Gestión Pública, buscó acompañar el incremento del poder decisorio con herramientas de gestión empresarial. Pretendió suplir un criterio tradicional en la provincia, según el cual se encomendaba el gobierno hospitalario a profesionales con prestigio científico reconocido, y afines con la autoridad política de turno.

La norma estipuló que para acceder al puesto de dirección se debía acreditar título universitario,³⁰ y que los directores elegidos por el personal mantuvieran sus funciones asistenciales habituales y pudiesen ser removidos a pedido de los votantes antes de los dos años que dura el mandato.³¹

El proyecto original de DH también buscó reproducir hacia dentro del hospital la delegación de poderes del Ministerio de Salud a los hospitales estableciendo que la programación de la asistencia debe ser acordada entre los directores ejecutivos y los jefes de servicio. En teoría, este esquema buscaba implicar a los médicos en las decisiones y acotar brechas entre racionalidades médicas y administrativas, situación que se considera un valor potencial de la descentralización.³² Asimismo, la norma facultó al director ejecutivo a formular el programa de capacitación y de evaluación del personal y autorizó a los directorios a pagar incentivos al personal de planta, realizar convenios grupales para prestar ser-

²⁹ Art. 3, decreto 2310/1993.

³⁰ Art. 8, ley 6015/1992.

³¹ En los (cuatro) hospitales de mayor complejidad los gobiernos colegiados se integraron originalmente con cinco miembros: tres en representación del Poder Ejecutivo Provincial (PEP) y dos en representación del personal profesional y no profesional y en los (cuatro) hospitales regionales con dos representantes del PEP y un representante del personal. (ley 6015, art. 7). En 2003, por efecto de la ley 7099, se redujo de tres a dos los representantes del PEP en los directorios de los hospitales complejos y, a diferencia de la formulación inicial, se asimiló la presidencia del directorio a la dirección ejecutiva del hospital. Esta norma pautó pisos de antigüedad para ejercer funciones directivas y horas de capacitación en gestión sanitaria para los integrantes del gobierno hospitalario, incluidos los representantes del personal. En cuanto a los cuerpos gerenciales, la ley 6015 (art. 14) dio amplias facultades a los directores para conformarlos y definir sus funciones. Luego, la ley 7099 delimitó el número de gerencias con base en la complejidad de cada centro e introdujo concursos para el acceso a esos cargos, situación que, salvo excepciones, no se llevó a la práctica.

³² Tobar, 1998.

vicios críticos y estimular la capacitación, mediante el fondo creado por la ley 6015.³³

Los principios

La reforma hospitalaria de Mendoza adoptó dos preceptos clave de la concepción neoliberal: la separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios públicos y la focalización.³⁴ Este último principio estuvo presente en el proyecto local y en el nacional desde su sanción y durante la mayor parte de la década de los noventa. No obstante en la provincia, un conjunto de normas previas a la sanción de la descentralización de los hospitales ya había legalizado la focalización.^{35, 36} Por efecto de la ley 5.578, de 1990,³⁷ se autorizó en la provincia la distribución de los fondos que recaudaban los hospitales (vía facturación a las obras sociales y vía cobro directo) entre los trabajadores de los centros, situación que consensuaron los gremios de salud.³⁸ Como continuidad de esas medidas, la ley 6.015 estableció la gratuidad de prestaciones para quienes no tuvieran cobertura ni recursos debidamente identificados, invocando el principio de subsidiariedad.³⁹ Recién en 1997 se impuso un límite parcial al cobro directo de "cualquier prestación de salud" a embarazadas, madres y niños sin cobertura y en 1998 se

³³ Art. 10, ley 6015/1992.

³⁴ "Según el decreto provincial 1190/96 el fortalecimiento del hospital público, vía descentralización, permite optimizar la red de derivación de complejidad creciente e identificar a la población en función de su cobertura para avanzar en el financiamiento de la demanda en remplazo del financiamiento a la oferta" (Yáñez; David, 1999: 83). El decreto nacional 578 de HPA va en el mismo sentido.

³⁵ La focalización, explicitada en el decreto nacional 578/93, fue desplazada por el decreto 939/2000, que definió como propósito de los hospitales "la efectiva aplicación y materialización del Derecho a la Salud, con base en los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad".

³⁶ El decreto 1080 (antecedente de la ley 5578/1990 y vigente entre 1956 y 1974), autorizaba cobrar aranceles a los pacientes de los hospitales públicos, sobre la base de un nomenclador. Ese decreto fue derogado en 1974 por la ley 4009, que solo habilitó cobrar a los pacientes cubiertos por la seguridad social, mutuales o compañías de seguro, y recuperó vigencia entre 1976 y 1983.

³⁷ Otras normas complementarias a la ley 5578/1990 vigorizaron la focalización antes de que se sancionara la ley 6015/1992. El decreto 2851/1990 refuerza que "toda persona sin recursos debe ser atendida gratis", para lo cual tenía que gestionar un carnet de renovación anual. El decreto 2691/1990 obligaba a demostrar por medio de declaración jurada "incapacidad de pago de los servicios hospitalarios" a los pacientes sin cobertura. El Art. 2 del decreto 75/1992 dispuso que "los gastos de atención hospitalaria sean facturados a obras sociales, a otros aseguradores y a todas aquellas personas que pudieran afrontar el pago" y ordenó montar dispositivos para identificar capacidad de pago directo y focalizar la gratuidad en los indigentes.

³⁸ Entrevistas a exdirigentes de Círculo Médico, a dirigentes de la Asociación Mendocina de Profesionales de la Salud (AMPROS) y a legisladores de la comisión de salud.

³⁹ Art. 2, ley 6015/1993.

eliminó el arancelamiento, principal fuente de financiamiento no presupuestaria de los hospitales descentralizados entre 1993 y ese año.^{40, 41}

La dimensión financiera

La ley de descentralización otorgó amplias facultades a las conducciones hospitalarias para generar, administrar y asignar los recursos financieros incluidos en el "Fondo hospital público",⁴² integrado este último con la facturación a obras sociales, compañías de seguro y prestaciones a "personas con capacidad de pago",⁴³ con los aportes de la ley de presupuesto provincial y otras leyes nacionales y provinciales; con los intereses de la administración del Fondo, donaciones, contribuciones y aportes de organismos públicos estatales y no estatales, municipales, provinciales, nacionales o internacionales.⁴⁴

La legislación provincial no previó, como en la Nación,⁴⁵ que una parte de los recursos recaudados se destinaran a "un fondo de redistribución solidaria para desarrollar acciones y/o programas preventivos y de promoción de la salud, con base en la estrategia de atención primaria". Esta ausencia y las sucesivas autorizaciones para cobrar de forma directa los servicios hospitalarios (que incluyeron en todos los casos disposiciones para distribuir parte de esos fondos entre el personal a modo de estímulo), son distorsiones que afectan la equidad. En especial en las regiones donde la capacidad recaudatoria varía en función de una desigual distribución de la riqueza, distribuir parte de esas contribuciones entre el recurso humano es "una subvención por parte de los pobres a la clase media profesional".⁴⁶

No obstante estos atajos financieros, los hospitales de Mendoza enfrentaron dificultades para desarrollar el nuevo modelo como la demora en la provisión de padrones confiables, la renuencia de las obras sociales a realizar los pagos comprometidos, la inoperancia burocrática de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y el desfinanciamiento del sistema.⁴⁷ Más allá de las diferencias de facturación entre centros, como en otras jurisdicciones, las responsabilidades

⁴⁰ Decreto 1584, mencionado por Mengoni; Rosell, 1999.

⁴¹ En su análisis de los orígenes de la recaudación hospitalaria Mengoni y Rosell (1999), concluyen que la relación cobro directo/cobro a obras sociales fue 60/ 40 en 1992, situación que se revirtió en 1998, cuando el cobro de las obras sociales trepó al 68%.

⁴² Art. 18, ley 6015/1993.

⁴³ Previstos por la ley 5578/1990.

⁴⁴ Art. 17, ley 6015/1993.

⁴⁵ Decretos nacionales 578/1993 y 939/2000.

⁴⁶ Homedes; Ugalde, 2002; Tobar, 2006: 90; CLAD, 1998, en Acuña, 2007: 6.

⁴⁷ Belmartino, 2008: 157.

asignadas a los hospitales públicos siguieron dependiendo fuertemente de las transferencias que realiza el nivel central.^{48, 49, 50}

La dimensión asistencial

El modelo de atención contempla cómo organizar y brindar servicios de salud, cómo distribuir la oferta y procurar la accesibilidad.⁵¹ Es una dimensión compleja “y tal vez uno de los aspectos más opacados de la política sanitaria”.⁵² La planificación de las actividades asistenciales fue precisamente una de las atribuciones que la legislación otorgó a las conducciones de los hospitales de autogestión.

El proyecto local estipuló que los hospitales debían “adaptar sus actividades a las realidades locales y regionales, con el objeto de garantizar acciones integrales de salud a toda población, priorizando acciones dirigidas hacia la población en riesgo”.⁵³ Mediante la extensión horaria de los servicios en las áreas de diagnóstico y tratamiento buscó “ampliar la capacidad resolutive de los centros” y dispuso “organizar los servicios a partir de un modelo de cuidados progresivos en base a cuidados requeridos por los pacientes, e integralidad de la atención, en remplazo de criterios de internación por especialidades”.⁵⁴ De este modo, sentó bases teóricas para superar el modelo de organización tradicional de hospitales,

⁴⁸ Tobar, 2006: 97.

⁴⁹ Los problemas para avanzar hacia el autofinanciamiento de los hospitales de autogestión, que era una de las metas centrales del modelo, son claramente explicados e ilustrados por Cerdá y Ramacciotti (2017), para el caso de Ciudad de Buenos Aires.

⁵⁰ Desde que entraron en vigencia las normas que habilitan a los hospitales públicos de Mendoza a facturar servicios, la recaudación de cada uno tiene diferente significación en relación con el financiamiento que reciben a través de Rentas Generales de la Provincia. De todos modos, el peso relativo de los recursos propios no es el factor central en el presupuesto de ningún hospital (Cetrángolo, 2008: 56). En 2006 y 2007, por ejemplo, la recaudación por aranceles a terceros superó el 10% en los dos hospitales psiquiátricos y en el Hospital Humberto Notti, de referencia pediátrica para la región; representó hasta el 9% del presupuesto en los hospitales regionales; fue algo menor en los hospitales Lagomaggiore y Central, de referencia provincial para la atención de adultos, y mínima (1%) en los hospitales departamentales, que se caracterizan por una baja capacidad resolutive (Cetrángolo, 2008: 56-58).

⁵¹ Tobar, 2010.

⁵² Chiara, 2012a: 245.

⁵³ Art. 3, decreto 2310/1993.

⁵⁴ La atención progresiva es una forma de organizar la atención de los enfermos según sus necesidades de cuidado. El decreto reglamentario 2370/1991 de la Ley 11.072 de descentralización los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, también plantea en su Art.2º: “la organización de los servicios en función de características, calidad y cantidad de cuidados requeridos por los pacientes internados. Concepción de funcionamiento como cuidados progresivos, en sustitución del criterio de internación por especialidades”.

caracterizado por la organización parcelada de la práctica, de los conocimientos, de las estructuras organizacionales y físicas de los centros.⁵⁵

El proceso en Mendoza⁵⁶

El camino hacia la separación de funciones

En 1988 la administración pública provincial incorporó un sistema de administración presupuestaria llamado Presupuesto por Resultados (PPR) que, en sintonía con las orientaciones de la NGP, procuraba asignar los recursos públicos con base en metas de producción.⁵⁷

Al asociar recursos con actividades y avanzar en la discriminación de funciones de financiamiento y provisión, el PPR operó como un mecanismo para involucrar a directivos y equipos hospitalarios en la gestión de los servicios antes de que la ley de descentralización fuera sancionada. Por efecto del PPR la estadística de salud "se transformó en una herramienta de gestión".⁵⁸

Un asesor del gabinete a principios de los noventa relata los efectos de la adopción de la metodología en los hospitales.

"Hacíamos reuniones de 400 personas a las que asistían desde el jefe de calderas hasta los jefes de servicios médicos. Esta forma participativa de elaborar los presupuestos indujo a los jefes a manejar sus estadísticas y proyectar las actividades para el año siguiente, calculando los recursos que iban a necesitar y el porcentaje de actividades a incrementar o disminuir. También intervenían en la decisión sobre los insumos a comprar. Tenían que firmar y hacerse responsables. Esto generó involucramiento...

⁵⁵ Según Jarillo Soto, 2007: 340-341, la forma organizativa y arquitectónica de los hospitales sigue desde principios del siglo XX, las recomendaciones del Informe Flexner, cuyo propósito central es garantizar la enseñanza de la Medicina mediante el desarrollo (fragmentado) de las múltiples especialidades que confluyen en el enfermo.

⁵⁶ La reconstrucción que se presenta tiene como fuente primaria entrevistas a integrantes de los equipos de condujeron el Ministerio de Salud de Mendoza entre 1987 y 2014, a miembros de la comisiones de salud de la Legislatura de Mendoza, y a directores de hospitales y dirigentes de los gremios médicos del ámbito provincial. Las entrevistas se realizaron entre abril de 2011 y setiembre de 2014. Por razones de confidencialidad, en las citas textuales solo se consignan posiciones institucionales y período de participación en el proceso en análisis.

⁵⁷ Desarrollado por economistas de la Universidad Nacional de Cuyo que luego ocuparon posiciones relevantes en el Ministerio de Hacienda provincial, el PPR fue una medida precursora de las corrientes que al promediar los 90 buscaban introducir en el país parámetros de evaluación por resultados o desempeño en las funciones públicas (Bertranou, 2011).

⁵⁸ Funcionario de carrera del Ministerio de Salud, entrevista, marzo de 2012.

los jefes discutían y acordaban con los directores y de allí para arriba compactábamos todo.”⁵⁹

Al PPR y a la introducción de figuras para flexibilizar las contrataciones de personal (como las locaciones de obras o de servicios, que fueron medidas de reforma comunes a toda la administración), le siguieron otras transformaciones sectoriales. A principios de los noventa se produjo un recambio en el gabinete de salud y asumió un equipo técnico-político imbuido con la idea de “modernizar” el Estado siguiendo los lineamientos en boga.⁶⁰ Ese grupo se mantuvo en el gobierno durante toda la década y su fuerza fue decreciendo en desmedro de la que adquirió paulatinamente el Ministerio de Hacienda. La gravitación del equipo reformista local se manifiesta en la sanción de un paquete de normas de principios de los noventa, previas a la implantación de los hospitales de autogestión impulsados por Nación, lo cual puede considerarse un segundo episodio camino a la descentralización.

El equipo de la reforma

Una de las primeras medidas del grupo reformista fue promover la sanción de ley 5578/1990, que autorizó a los hospitales públicos a facturar los servicios a la población con obra social y a disponer con cierta autonomía de los fondos recaudados por esta vía para comprar insumos, equipamiento y servicios tendientes a mejorar la calidad de la atención.⁶¹

Según un integrante del gabinete de salud, entre 1987 y 1995:

“(…) la 5578 permitió que los hospitales pudieran manejar sus propios fondos, sin tener que recurrir al nivel central. Fue importante, porque pasaba que los hospitales tenían presupuesto pero no lo podían usar; entonces los directores, para ser eficientes, infringían leyes... acordaban con proveedores de confianza para que les adelantaran insumos a cuenta hasta tener crédito.”⁶²

El mismo entrevistado recalca el activo rol del gabinete de salud en el diseño de la reforma y su repercusión en medidas similares adoptadas por el gobierno nacional en los noventa.

⁵⁹ Exasesor de gabinete, entrevista, agosto 2014.

⁶⁰ El recambio se produjo en el último tramo del gobierno justicialista de José Octavio Bordón (1987-1991). Gran parte del gabinete de Salud se mantuvo durante los gobiernos también justicialistas de Rodolfo Gabrielli (1991-1995) y Arturo Lafalla (1995-1999).

⁶¹ Art. 6, ley 5578/1990.

⁶² Exintegrante del gabinete de salud, entrevista, mayo 2012.

“A la 5578 la elaboramos en el Ministerio de Salud y la presenté en la Legislatura un diputado cercano a un integrante de nuestro equipo. Esta ley fue tomada como antecedente por la Nación, para que los hospitales pudieran facturarle a las obras sociales. Hay un decreto de Aráoz,⁶³ del 91 o 92, que copia párrafos enteros de la ley nuestra.”⁶⁴

Otra medida simultánea a la autogestión hospitalaria –que expresa la intención de las autoridades sanitarias locales de avanzar hacia combinaciones público/privadas–, fue la creación, en 1991, de la Fundación Escuela de Medicina Nuclear (FUESMEN). A través de esta Fundación, instituida bajo un modelo de administración que se maneja con el derecho privado –capital público/gestión privada–,⁶⁵ se buscó concentrar en un único centro estatal la capacidad resolutive diagnóstica y terapéutica de alta complejidad y regular los precios del mercado del sector, “liberando” a los hospitales públicos de la inversión y mantenimiento de este tipo de tecnología.⁶⁶

El jefe del gabinete de salud en los primeros años de la década del noventa confirma que la creación de la FUESMEN y la descentralización de los hospitales tuvieron, como base, una concepción común y afín a las orientaciones reformistas globales:

“Lo que veíamos hace veinte años es que el Estado tiene una forma de organización que no permite la eficiencia. Buscamos atajos. La descentralización fue uno y la FUESMEN otro. Una de las mayores fallas en el Estado era la inversión y el manejo de la tecnología diagnóstica. Teníamos el mejor equipo de rayos en el hospital público pero no funcionaba y alrededor del hospital se iba instalando toda una oferta de centros privados de diagnóstico... Con la FUESMEN buscamos superar estas falencias. La creamos como fundación, con lo cual se maneja con normas de derecho privado, como han hecho muchos países para mejorar los problemas para gestionar lo público (...) Esto le dio la posibilidad de ser eficiente y además significó un cambio, se pasó de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda.”⁶⁷

La sanción del modelo

La aprobación de las normas que avalan la descentralización de los hospitales puede identificarse como otro episodio, emparentado con las propuestas

⁶³ Julio César Aráoz, abogado y político justicialista, fue ministro de Salud y Acción Social de la Nación entre 1991 y 1993, durante la primera presidencia de Carlos Menem.

⁶⁴ Exintegrante del gabinete de salud, entrevista, mayo 2012.

⁶⁵ Decreto 3602/1991 citado en <http://www.fuesmen.edu.ar>

⁶⁶ La FUESMEN, gestionada y financiada por la Comisión Nacional de Energía Atómica, la Universidad Nacional de Cuyo y el gobierno provincial es un “ingrediente estratégico en el fortalecimiento del subsistema público de salud con capacidad de competir con el sector privado en la provisión de tecnología diagnóstica de alta complejidad” (Belmartino et al., 2003: 45).

⁶⁷ Exjefe del gabinete de salud, entrevista, noviembre 2013.

anteriores y con los lineamientos neoliberales más enfocados a reestructurar servicios médicos que a procurar salud. Un médico que ocupó alternativamente cargos en el Poder Ejecutivo y en la Legislatura explica el cambio de eje y la resignificación de la descentralización, respecto de la forma que se la concebía antes de los noventa:

“Hasta los ochenta, el debate en salud estuvo influenciado por la OPS, [Organización Panamericana de la Salud] que promovía la atención primaria y la municipalización de los servicios. (...) La idea de transferirles competencias a los municipios –que fue la descentralización que impulsamos nosotros– la hicimos en base a una lectura sanitaria: los determinantes de la salud se expresan en el territorio, y también en base a una lectura política: si el intendente es quien primero recibe las alertas epidemiológicas locales, hay que darle poder en el manejo de la salud, con centros de salud y hospitales departamentales integrados como unidades. Esta propuesta fue cuestionada por los hospitales, que pretendían manejar los centros de salud, y por los gremios (...). Poco después cambiaron las autoridades y la lógica: la lógica epidemiológica quedó en el camino y se pasó a pensar desde la lógica de servicios, que era la que promovían los organismos internacionales.”⁶⁸

La sanción de la ley de descentralización fue posible por el peso que la cartera de Salud ejercía en el gobierno y por los acuerdos que los promotores del proyecto tejieron con legisladores y organizaciones profesionales. En palabras:

“La decisión de sancionar la ley surgió de Salud. Hacienda no tuvo injerencia y hasta se opuso, con el argumento de que en tiempo de crisis hay que centralizar los recursos para no malgastarlos (...) Nosotros fuimos un grupo compacto en lo político, técnicamente muy formado y tuvimos continuidad como equipos en las [tres] gestiones justicialistas. Eso fue muy importante para que lo que propusimos fuera aceptado.”⁶⁹

A diferencia del proyecto nacional, acuñaado junto con la reforma de las obras sociales en el Ministerio de Economía,⁷⁰ los contenidos de la descentralización hospitalaria en Mendoza fueron elaborados por el gabinete de Salud y defendidos por legisladores, parte de ellos médicos con experiencia en conducción de hospitales. Unos y otros convienen que el nuevo modelo permite superar trabas burocráticas.

“Cualquiera que ha dirigido un hospital público y se topa con el centralismo de la administración sabe que es imposible trabajar bien. Si tenés

⁶⁸ Médico, entrevista, abril 2012.

⁶⁹ Médico, entrevista, mayo 2012.

⁷⁰ Belmartino, 2005.

que pedir autorización para hacer un arreglo en la infraestructura, para comprar insumos, no podés dar respuestas oportunas. Esto fue lo que nos convenció de la necesidad de descentralizar.”⁷¹

La “propia experiencia” y el rediseño de los hospitales catalanes son las fuentes que los entrevistados citan como inspiradores del nuevo modelo; la decisión de descentralizar los hospitales se construyó como una herramienta para enfrentar las dificultades de disponer de insumos, mantener equipos e instalaciones y gestionar recursos de manera ágil. Una creencia causal compartida por los autores de la ley, y que se mantiene en el tiempo, es que los hospitales, para cumplir su cometido, no pueden gestionarse con las mismas normas que el resto de la administración pública. Un alto funcionario del Ministerio de Salud en la última década defiende la especificidad sectorial:

“Sería más lógico comprar todos juntos que comprar separados (...) Pero cuando compran todos juntos te quedás sin insumos y eso significa una pérdida, no en lo económico pero sí en la salud. Nadie te cuestiona si un quirófano está parado 20 días porque le falta una lamparita que sale \$500. Ahora, si comprás la lamparita sin concurso de precios, sí te cuestionan. Hay cosas que otros no ven (...)”⁷²

Las ideas para pensar el hospital “como empresa”, profesionalizar la función gerencial y crear órganos consultivos, cuestiones centrales para la NGP, fueron esbozadas en el proyecto original de DH de una manera diferente a la que quedó plasmada en la norma, una vez que sus contenidos se negociaron en la Legislatura. El mecanismo que posibilitó sancionar la DH con acuerdo de los partidos políticos con representación legislativa y de las organizaciones representativas de los trabajadores del sector fue la inclusión de representantes de los profesionales y no profesionales en el directorio de los hospitales; de representantes de los gremios en los organismos de control de la aplicación de la ley y la ratificación de la distribución de recursos recaudados entre el personal (ya previstos en la ley 5578/1990).⁷³

Entrevistas a legisladores, funcionarios y dirigentes de organizaciones de intereses médicos que participaron en las negociaciones para sancionar la ley 6.015/1993 convienen que esta medida fue un mecanismo clave en la aceptación de la norma. Dice una dirigente gremial:

⁷¹ Exdirector de hospital de mediana complejidad, entrevista, mayo de 2012.

⁷² Exfuncionario, entrevista, noviembre 2013.

⁷³ La incorporación de representante de los profesionales en los directorios se negoció en 1992 con los círculos médicos y se ratificó a través de la sanción de la ley 7099/ 2003 El otro compromiso asumido por el gobierno, distribuir parte de lo recaudado para mejorar los ingresos de los trabajadores, también se mantuvo en las gestiones radicales de Roberto Iglesias (1999-2003), Julio Cobos (2003-2007) y en las dos justicialistas que le sucedieron.

“Nosotros somos férreos defensores de la descentralización. El Estado no tiene por qué invertir en gente que recibe dinero. No tiene por qué financiar a las obras sociales. Tenemos la obligación de atender a todos pero hay que ser más rigurosos con la facturación. Esto es muy importante, porque si mejora la situación de los descentralizados, la situación de los trabajadores mejora.”⁷⁴

Además de las negociaciones locales, la puesta en valor del modelo descentralizador tuvo como uno de sus vehículos a las redes de expertos. Así lo señala un alto funcionario del ejecutivo provincial a principios de los años noventa:

“Cuando teníamos la ley de descentralización vinieron unos chilenos y dijeron: esto está bien orientado, vamos a hacer que los inviten al PRESSAL a Buenos Aires. Al poco tiempo vino Mazza,⁷⁵ el ministro de Salud de Menem durante varios años, y estuvo un día entero escuchándonos. No sabíamos bien por qué. Resulta que lo que estábamos haciendo se acercaba a lo que ellos querían hacer. El PRESSAL se hizo en Mendoza porque vieron que aquí estábamos avanzados.”⁷⁶

La adhesión de la Provincia al sistema de débito automático que operaba a través de la ANSSAL y al Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), con financiamiento del Banco Mundial, permiten suscribir que la descentralización en Mendoza se inscribió en una estrategia local del gabinete provincial que aceptó “activamente” los beneficios que conllevaba la propuesta delineada desde la Nación.⁷⁷ De hecho, los hospitales Central, Lagomaggiore, Schestakow, Paroissiens, Perrupato y Scavelli (los últimos cuatro cabeceras de región), se incorporaron a ese programa, que además proveyó créditos para remodelar edificios y renovar equipamientos y subsidió proyectos de fortalecimiento institucional en los seis hospitales.⁷⁸

La impugnación al modelo gerencial puro encarnado en las consultoras

Si bien el proyecto local incluyó en sus contenidos ciertos ingredientes de gestión privada, el paradigma empresarial aterrizó de la mano de las consultoras contratadas por la Nación para “fortalecer institucionalmente a los hospitales”. Este paradigma fue impugnado por los gremios médicos y los equipos de salud

⁷⁴ Dirigente gremial, entrevista, mayo 2013.

⁷⁵ Alberto José Mazza sucedió a Julio César Aráoz en el Ministerio de Salud de la Nación. Ocupó ese cargo entre 1993 y 1999.

⁷⁶ Exfuncionario, entrevista, noviembre 2013.

⁷⁷ Repetto; Potenza Dal Masetto, 2003; Repetto, 2001.

⁷⁸ Según fuentes de la Subsecretaría de Salud de Mendoza citadas por Repetto, 2001, los recursos para los hospitales mendocinos incluidos en el PRESSAL superaron los \$24 millones de dólares: \$16 millones se destinaron a obras físicas y \$8 millones a equipamiento. La Nación financió el componente de Fortalecimiento institucional.

de manera explícita y también, aunque menos abiertamente, por las autoridades sanitarias.

Anclados en los lineamientos del documento sobre HPA de 1996, los “Proyectos de Organización y Gestión hospitalaria”, convenidos entre la Nación y las consultoras, tuvieron lugar entre 1997 y 2001. Incorporaron técnicas como la gestión por resultados, reingeniería de procesos, dirección por objetivos, programas de calidad total, planes de gestión del cambio y mecanismos para estandarizar procedimientos o evaluar la satisfacción de los clientes externos, entre otros. La base conceptual de los proyectos fue “dotar a los hospitales de los instrumentos de gestión y las bases del cambio cultural necesario para su funcionamiento con criterio empresarial (aunque manteniendo su carácter público)”.⁷⁹

Sobre el desembarco de la asistencia técnica externa, un alto funcionario ministerial entre 1990 y 1999 señala:

“Lo de las consultoras venía bastante armado y no estaba mal. Lo que falló –sabemos que hacen su negocio– es que fueron subaprovechadas porque no había voluntad de cambio. Hizo más nuestro grupo político sin las consultoras, que lo que se hizo después cuando ya había otra gente en el gobierno (...) La verdad es que como el componente de fortalecimiento institucional no lo pagaba la Provincia, a nadie le importó mucho. Creo que todos accedieron a la asistencia técnica pensando en plata para obras y equipamiento. Dijeron: bueno, hagan la consultoría de los catalanes, vamos haciendo el hospital y cortamos el moño.”⁸⁰

Una asesora del gabinete de Salud entre 2000 y 2004 completa:

“Nosotros tratamos que expandieran a todo el hospital lo que al principio era bastante cerrado, porque todo quedaba entre directores y consultores y no se bajaba buena información. Eso daba pie a que la gente pensara: vienen con un libreto de otra parte y se llevan fortunas para dejarnos una pila de manuales.”⁸¹

El exdirector de uno de los hospitales más complejos ratifica que las consultoras pretendieron aplicar una lógica organizacional y un lenguaje percibido como ajeno:

“La consultora vino con el Banco Mundial y aquí la veían como interferencia externa... ¿De qué me estás hablando? Estas cosas no se pueden hacer, este es otro país, nosotros somos diferentes... El médico de

⁷⁹ Consorci de Salut Social de Catalunya, 2000.

⁸⁰ Exfuncionario Ministerial, entrevista, noviembre 2013.

⁸¹ Exasesora, entrevista, agosto 2013.

consultorio pensaba que los gallegos venían a imponernos un modelo y después seguramente iban a querer administrarlo. Y los sindicatos también pensaban así.”⁸²

El protagonismo de Hacienda tras la crisis de 2001

La crisis financiera y política de fines de 2001 disparó la sanción de una nueva ley de reforma del Estado provincial.⁸³ La norma acotó, de forma “transitoria y excepcional”, las atribuciones de los hospitales para hacer uso autónomo de los recursos obtenidos en concepto de prestaciones a terceros pagadores y anunció un nuevo sistema de distribución. Desde entonces, las leyes de Presupuesto y disposiciones del Ministerio de Hacienda introdujeron topes en el uso de los recursos propios de los hospitales y los presupuestos anuales incluyeron como fuente de financiamiento lo que cada hospital recauda, en concepto de facturación a las obras sociales, en el ejercicio anterior.

Estas restricciones financieras y políticas reflejan la progresiva disminución del peso de las autoridades sanitarias con respecto a los dictados de Hacienda a partir de 2000, mencionada por todos los funcionarios entrevistados.

Es notoria en esta instancia la contradicción entre los documentos oficiales de Salud y los nuevos mecanismos de manejo de las cuentas públicas. Puntualmente, el Plan de Salud de la Provincia de Mendoza, elaborado en 2002, pugnó por profundizar en la separación de funciones de financiamiento y provisión y por asignar los recursos sobre la base de criterios prospectivos para alcanzar eficiencia. Señala el Plan:

“La ausencia de competencia en la prestación de servicios se potencia negativamente con una racionalidad y conductas burocráticas por parte de los agentes inmersos en el escenario del Estado. (...) Los incentivos para los proveedores son perversos: los más eficientes son recompensados con más trabajo y no con mayores recursos, mientras que los proveedores ineficientes son recompensados con menos trabajo y recursos ociosos o subutilizados.”⁸⁴

En sintonía con este Plan, se creó en el Ministerio de Salud, una gerencia de aseguramiento y compra de servicios, para “negociar y pactar con cada proveedor”.⁸⁵ La norma que respaldó la creación de la nueva gerencia,⁸⁶ explicita el objetivo de avanzar en la separación de las funciones de financiación, planificación,

⁸² Exdirector, entrevista, junio 2012.

⁸³ Ley 6921/2001.

⁸⁴ Plan de Salud Provincia de Mendoza, 2002: 30.

⁸⁵ *Ibidem*: 32.

⁸⁶ Decreto acuerdo 1025/ 2002, citado en los considerandos del decreto 1.448/2002.

asignación de recursos de salud, provisión de servicios y control. No obstante esta declamada división de funciones para financiar a los hospitales según su producción, nunca se terminó de implementar. En palabras de un asesor de gabinete entre 1999 y 2007:

“Tratamos de avanzar en algo con los contratos programa: servían para que los hospitales incorporaran metas y acciones de salud reproductiva, por ejemplo, pero en la mitad de la gestión cambió el ministro y esto no fue retomado (...)”⁸⁷

La disputa por los recursos al interior del Estado hizo clara eclosión tras la crisis del 2001. Según un funcionario de carrera responsable de las cuentas hospitalarias en el nivel central:

“Hacienda empezó a sacarles a los hospitales que más recaudaban y mandaba esa plata a rentas generales. La desconfianza es histórica porque dicen que en Salud siempre tenemos crisis, siempre tenemos situaciones excepcionales.”⁸⁸

La progresiva centralización del Ministerio de Hacienda de los recursos facturados por los hospitales se percibe, en general, como una injerencia externa del poder político sobre Salud, capaz de desalentar el crecimiento. Una autoridad ministerial entre 2004 y 2007 advierte:

“La ley provincial 6015 y, en lo nacional, el decreto de autogestión, dicen que los hospitales tienen derecho a manejar su presupuesto. Y la falla grosera es que todo se decide en el Ministerio de Hacienda, cuánto te dan, cuánto te sacan y el ritmo del gasto.”⁸⁹

Los intentos de alineación

Avanzada la última década, las persistentes restricciones financieras tramitadas desde Hacienda se conjugaron con nuevos límites impuestos por el Ministerio de Salud a los hospitales, si bien las leyes clave que avalan la descentralización no fueron modificadas.⁹⁰

⁸⁷ Exasesor de gabinete, entrevista, octubre 2013.

⁸⁸ Funcionario de Carrera, entrevista, abril 2012.

⁸⁹ Exautoridad ministerial, entrevista, julio 2013.

⁹⁰ Las propuestas de Salud de los cuatro partidos políticos con representación parlamentaria provincial difundidas por el Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria de Mendoza (2011) coincidieron en mantener la descentralización, generar compromiso de gestión con cada hospital y con transferencias vinculadas al logro de objetivos.

No obstante, algunas “consecuencias no deseadas” del modelo, como la selección adversa de pacientes no asegurados y las disputas entre hospitales para facturar las prestaciones de pacientes atendidos en centros de diferente complejidad –cuestiones señaladas por varios de los entrevistados– no dieron lugar a medidas correctivas. Sí se trató de unificar criterios referidos a contrataciones, licitaciones y otras disposiciones vinculadas con la asignación de recursos.

En 2006, por ejemplo, el Ministerio de Salud definió un modelo único de control de producción asistencial y económica para todos los hospitales de media y alta complejidad. El modelo especificó niveles de prestación y facturación a cumplir por cada hospital; acotó la autonomía para comprar insumos, servicios y para contratar personal, y fijó metas de producción en cirugías, partos, uso de insumos y medicación de alto costo.⁹¹ Como justificación se planteó la necesidad de “alinear los controles de gestión asistencial para mejorar la gestión por procesos, trabajo en equipo y trabajo en red, con base en las metas trazadas por el Plan Federal de Salud de 2004” y estableció que, en adelante, el mecanismo de alineación hospitales-servicios serían los acuerdos de gestión. En el mismo año,⁹² se eliminaron las normas que possibilitaban distintos métodos de liquidación de pago por productividad al personal, con base en los criterios que podía definir cada hospital, y se anuló el sentido original de pagar la “productividad” según resultados.

Las pautas para definir los “adicionales” para el personal de salud establecidos entre 1990 y 1992 fueron remplazadas ahora por un procedimiento único,⁹³ que además transformó los incentivos en un sistema de pago igualitario e incorporó una nueva especie a financiar con la partida de recursos propios: las “mayores prestaciones”.⁹⁴ Por efecto del decreto de 2006 se introdujeron dos modificaciones significativas en la retribución del personal. Por un lado, se autorizó a los hospitales complejos a aplicar un sistema de “mayores prestaciones”, fundado en acuerdos grupales, individuales o de gestión compartida, según parámetros de producción medibles y verificables, siempre que se no superara el techo de la productividad general y previo dictamen del Tribunal de Cuentas y autorización del Ministerio de Salud.⁹⁵ La figura “mayores prestaciones” –creada para atender coyunturas sanitarias que exigen mayor recurso humano sin incrementar personal– afianzó la contratación de profesionales con criterios de mercado. De hecho,

⁹¹ Resolución 1686/2006.

⁹² Por efecto del decreto 3.321/2006.

⁹³ El decreto 90/1992 y las resoluciones 1.545/1992 y 1.747/1992 que reglamentaban el adicional por productividad de los profesionales de la salud con recursos afectados por la ley 5.578/1990.

⁹⁴ Cap. III, Art. 9, decreto 3.321/2006. No obstante las mayores prestaciones habían sido autorizadas por ley 6.975, prorrogadas y modificada por ley 7.025/2002 y se financian, al igual que la productividad, con la partida de recursos propios.

⁹⁵ Art. 2 decreto 3.321/2006.

bajo este rótulo se dirimió por años el pago de anestesistas, neurocirujanos y de servicios que se consideran críticos, como las guardias de los fines de semana.

Por otro lado, se estipuló que en los hospitales de mediana y alta complejidad se distribuyera por igual entre los profesionales con ley de carrera hasta el 20% de la facturación recaudada y se siguió el mismo criterio para el otro 20%, a repartir entre profesionales sin ley de carrera y personal no profesional.

Médicos en funciones de autoridad política comparten que esta decisión, fundada en una demanda de los gremios, desvirtuó la idea de incentivo, los privó de una herramienta para “premiar” a quienes trabajan y direccionar el hospital hacia el cumplimiento de prioridades.

“Los médicos no somos socialistas. Somos capitalistas. Tenemos claro que si producimos más ganamos más... por eso a la productividad se la aceptó bien... el punto es que hay especialidades más baratas que otras y servicios que pueden venderse y otros que no. Esto produjo inequidades, pero todos querían entrar... Cuando cambiamos la cosa, se pudrió todo (...) Hoy es un sobresueldo encubierto, más o menos importante, según lo que recauda cada hospital. Los gremios se opusieron y hoy la productividad es lineal. El que trabaja y el que no trabaja cobra lo mismo.”⁹⁶

La progresiva gravitación de AMPROS no solo se manifestó en el cambio de sentido de distribución de la productividad, evaluada como un logro por la dirigencia gremial. En 2007, la ley 7.759, que homologó el Convenio Colectivo de los profesionales de la salud, reconoció a la asociación como titular de la negociación colectiva por tener la representación mayoritaria de la parte trabajadora, desplazando oficialmente a los círculos médicos. El nuevo convenio incorporó cargas horarias y retribuciones uniformes según cargo, sistemas de evaluación de desempeño para personal asistencial y jerárquico y criterios para concursar funciones jerárquicas. Además, validó la injerencia de AMPROS en la discusión del sistema de pago por productividad, en la valoración de organigramas, en la protocolización de los procedimientos asistenciales y pactó las relaciones entre los hospitales y la representación sindical.⁹⁷

Sucesivas medidas continuaron avanzando sobre las facultades decisorias de los hospitales. Por ejemplo, en 2011 se fijaron criterios comunes para establecer los organigramas y la cantidad de jefaturas por área y servicio, “para evitar la creación de puestos jerárquicos que no se condijeran con necesidades de la

⁹⁶ Exgerente asistencial de un hospital de alta complejidad, entrevista, marzo de 2002.

⁹⁷ Según el Art. 104 de ley 7759/2007: “los directores recibirán una vez al mes a los delegados institucionales a los efectos de intentar resolver y no profundizar los conflictos institucionales”.

organización".⁹⁸ Un año después se reglamentó un procedimiento único para las licitaciones de insumos y equipamientos y el Ministerio de Salud empezó a supervisar la tecnología que compran los hospitales en orden a optimizar criterios y racionalizar las compras.⁹⁹

En 2013, se uniformó la contratación de servicios asistenciales críticos por parte de los hospitales descentralizados y ese mismo año, sin que mediaran resoluciones especiales,¹⁰⁰ economistas, abogados y contadores comenzaron a desplazar a los médicos en las direcciones ejecutivas de los grandes hospitales, posiciones que hasta ese momento había monopolizado la profesión.

Las sinergias con los seguros universales

Para algunos autores, la persistencia de problemas globales para financiar la atención médica en Argentina y el congelamiento de los valores que las obras sociales les restituyen a los hospitales significaron, en la práctica, la anulación de la política de autogestión.¹⁰¹

No obstante, y como contrapunto, los seguros públicos nacionales en boga desde la primera década de 2000 operan como fuentes de financiamiento alternativas al presupuesto provincial y los hospitales pueden administrar estos fondos con cierta autonomía, compensando, en alguna medida, la merma en los recursos vía seguridad social y leyes de presupuesto.

El Programa Incluir Salud (antes Programa Federal de Salud), el Plan Nacer (2007) y luego el Plan Sumar (2012), seguros que brindan cobertura explícita a población sin obra social, permitieron que los HD obtengan recursos facturando los servicios que brindan a los beneficiarios. Para operar como fuente de ingresos, los seguros contemplan indicadores que tensionan a los hospitales a cumplir con metas de cobertura y calidad de la atención. Por ejemplo, el Plan Sumar (2012), financiado por la Nación mediante un préstamo del Banco Mundial, busca explicitar y mejorar la atención de la población no asegurada e incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para este grupo, reforzando las capacidades de gestión institucional a través de mecanismos de financiamiento basados en resultados entre el nivel nacional y las provincias participantes, como entre las provincias y los proveedores de salud. Parte de acuerdos establecidos entre Unidades de Gestión del Seguro Provincial y los hospitales locales, también puntualiza deberes y derechos de las partes,

⁹⁸ Resolución 6.87/2011.

⁹⁹ Resolución 2.246/2012.

¹⁰⁰ Resolución 2.556/2013.

¹⁰¹ Cortés, Kessler, 2013: 248; Tobar, 2012: 14.

normas de calidad y búsqueda activa de población con riesgos, como requisitos para obtener recursos.¹⁰²

Frente a los problemas históricos de financiamiento, los médicos que dirigen los centros valoran que la transferencia de recursos sea a través de los seguros públicos porque resguarda, de algún modo, la operatoria diaria del hospital y posibilita, en el marco de la autogestión, asignar recursos atendiendo a las necesidades de los centros. Según el director de un hospital entre 2011 y 2015:

“(...) gracias al Plan Nacer y al Sumar se hizo en Neonatología la obra más importante en la historia del hospital. (...). Que venga cualquier privado y diga que tiene una mejor Neo. No la tiene. Ni por estructura física ni por recurso humano. ...y si el hospital hubiera sido centralizado nunca se podría haber hecho esta obra. Porque caés en la burocracia, interviene el Ministerio y empiezan las trabas (...)”¹⁰³

En síntesis

El análisis expuesto pretende contribuir a la conceptualización de la dinámica de cambio político en el sector salud, atendiendo a las ideas que sostienen y orientan la acción de los médicos insertos en la burocracia estatal. Espera aportar al entendimiento de la complejidad de las políticas hospitalarias y sus efectos en las jurisdicciones provinciales, poniendo foco en una comunidad profesional que históricamente ha tenido un papel relevante en la cuestión sanitaria.

La reconstrucción realizada muestra que la inclusión de la descentralización de los hospitales públicos en la agenda política de Mendoza, y su vigencia durante más de dos décadas, involucra tanto tendencias globales de reforma del Estado y del sector salud, como factores del contexto nacional y local previos y posteriores a la sanción de la norma. Entre otros, se destacan los pactos fiscales suscriptos con la Nación, la progresiva introducción de criterios de mercado en distintas áreas de la administración pública, las prescripciones de los organismos internacionales y los préstamos sectoriales con el Banco Mundial.

La focalización de la atención médica gratuita en los sectores de población más pobre, una medida típica de la concepción neoliberal, estuvo presente en la primera década del proceso y se disipó en la segunda. La controversial instrumentación de seguros públicos impulsados por la Nación desde principios de

¹⁰² República Argentina. Ministerio de Salud. Programa Sumar Política Federal de Inversión por resultados (en línea) <http://www.msal.gov.ar/sumar/index.php/institucional/politica-federal-de-inversion-por-resultados> (acceso marzo de 2018).

¹⁰³ Exdirector de un hospital, entrevista, agosto 2013.

este siglo compensa, de algún modo, los problemas de financiamiento vía obras sociales que acompañan al modelo desde su nacimiento.¹⁰⁴

Del rescate documental y de los testimonios se desprende también que el arancelamiento de la salud pública en Mendoza reconoce antecedentes desde que el Estado provincial asumió un papel relevante como prestador de servicios a mediados del siglo pasado. El cobro directo como fuente de financiamiento alternativa al presupuesto público y la distribución de los recursos resultantes entre el personal, con base en decisiones de cada centro, se institucionalizaron antes de 1993 y no generaron entre los actores sectoriales los resquemores privatistas que tuvieron lugar en otras jurisdicciones.¹⁰⁵

En contraste con lo que revelaron análisis en otras jurisdicciones, la mayoría de los cambios sectoriales de principios de los noventa no fueron pergeñados por las autoridades económicas ni se enfocaron a resolver déficits de financiamiento. Los testimonios de los impulsores de la descentralización en Mendoza coinciden en que la medida fue instrumental: se buscaba eximir a los hospitales de restricciones propias de la administración pública en general para ganar en oportunidades de respuestas, un propósito avalado en el tiempo por diferentes actores sectoriales y objetado por Hacienda.

La concepción empresarial del hospital público, presente en la formulación nacional del hospital de autogestión, no tuvo la misma nitidez en el modelo local. Su ingreso a través de consultorías internacionales fue impugnado desde diferentes frentes. Salvo ese episodio, y aun cuando las iniciativas provinciales diseñadas para ampliar las atribuciones de los hospitales reconocen la influencia de ideas externas, la descentralización no ha sido interpretada como una amenaza a intereses o a valores locales. Es más, el análisis de las entrevistas da cuenta de un alto "sentido de propiedad" del proceso de cambio, un factor que facilita la adopción de las reformas sanitarias gerencialistas en el continente europeo.¹⁰⁶

¹⁰⁴ La profundización de las desigualdades en salud y las crisis económicas y sociales de este siglo han influido para que, sin desalentar la orientación hacia el mercado, los organismos de asistencia técnica y financiera promuevan como principal medida de reforma el aseguramiento universal. Se trata de una cobertura sanitaria que explicita una serie de protecciones para los ciudadanos no cubiertos por la seguridad social y que, en los hechos, supone una fuente de ingreso alternativa para los hospitales descentralizados. No obstante esos atributos, el alcance de la medida es tema de controversias en términos de fortalecimiento del rol del Estado en lo social y de equidad en el acceso a la salud. Para Laurell, 2011, por ejemplo, se trata de un dispositivo que no altera sustantivamente el papel del Estado como garante del mercado, según propugna el neoliberalismo.

¹⁰⁵ Beliera, 2016: 190; Correia, 2009; Repetto, 2001.

¹⁰⁶ Kirkpatrick; Dent; Kragh-Jespersen; Neogy, 2007.

Principios y creencias causales compartidas por actores con injerencia en la política sanitaria de la provincia, incluidas las organizaciones médicas, convalidan la orientación teórico-política de la autogestión. Los cuestionamientos en el tiempo se relacionan con pujas por la forma en que se distribuyen los recursos entre centros y entre trabajadores, no con su procedencia, y con los mecanismos para su uso discrecional por parte de los hospitales. En tanto que los límites progresivos a las facultades decisorias que el diseño original confería a los gobiernos de los hospitales son mayormente interpretados como restricciones ilegítimas a la autonomía, antes que como intentos políticos por recuperar la gobernabilidad del conjunto de los hospitales y procurar cierta equidad.¹⁰⁷

Por último, si bien la ley 6.015/1993 introdujo innovaciones en el modelo asistencial tendientes, en teoría, a otorgar mayor centralidad a los usuarios, no estuvo en el horizonte de los reformadores locales aumentar la receptividad de los centros a necesidades y demandas específicas de las poblaciones, una ventaja potencial que se adjudica a la descentralización.

Fecha de recepción: 13 de marzo de 2018

Fecha de aprobación: 27 de junio de 2018

¹⁰⁷En un pormenorizado análisis sobre la profundización de las inequidades en el acceso a la salud por efecto de políticas de descentralización que promueven la competencia entre centros y la selección de pacientes, Ugalde y Homedes 2008 sostienen que para evitar la inequidad es necesario recentralizar regulaciones y establecer estándares, esto es: limitar la autonomía.

Fuentes documentales

- Consorci de Salut i Social de Catalunya. (2000). Organización y Gestión hospitalaria de los Hospitales Scaravelli y Paroisiens de la Provincia de Mendoza (en línea). http://historic.consorci.org/accessos-directes/consultoria-i-gestio/consultoria/jpg-projectes/Argentina_MendozaIII_esp.jpg (acceso abril de 2015).
- Fundación Escuela de Medicina Nuclear. Historia Institucional (en línea). <http://www.fuesmen.edu.ar> (acceso marzo 2018).
- Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria de Mendoza. (2011). Propuestas de políticas de salud de los partidos políticos de Mendoza (en línea) <https://isg.org.ar/> (acceso noviembre de 2011)
- Decreto 2.370. Provincia de Buenos Aires, Argentina, 24 de julio de 1997 (en línea) <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/97-2368.html> (acceso marzo 2018).
- Resolución 2.556. Régimen de Descentralización Hospitalaria. Procedimientos para la contratación de servicios, Boletín Oficial, Ministerio de Salud, Provincia de Mendoza (2013).
- Resolución 2.246. Procedimiento de licitaciones y adjudicaciones de insumos y equipamientos de los entes descentralizados, Boletín Oficial, Ministerio de Salud, Provincia de Mendoza, 14 de diciembre de 2012.
- Resolución 687. Guía para la confección de organigramas de efectores de Salud. Boletín Oficial, Ministerio de Salud, Provincia de Mendoza, 3 de mayo de 2011.
- Ratificación decreto 1.630/07. Homologación convenio colectivo sector salud. Ley 7.759. Boletín Oficial, Provincia de Mendoza, 5 de octubre de 2007.
- Resolución 1.686. Metas de Producción Asistencial y Económicas para Hospitales de Mediana y Alta Complejidad. Boletín Oficial, Ministerio de Salud, Provincia de Mendoza, 25 de agosto 2006.
- Decreto 3.321. Efectores de la red sanitaria y asistencial, adicional por productividad. (2006). Boletín Oficial, Poder Ejecutivo Provincial, Provincia de Mendoza, 14 de abril de 2007.
- Ley 7.099. Régimen de descentralización del hospital público, Modificación de la Ley 6.015. Boletín Oficial, Legislatura provincial, Provincia de Mendoza, 17 de marzo 2003.
- Ley 7.025. Prórroga de la ley 6975 de emergencia social y sanitaria, Boletín Oficial, Provincia de Mendoza, 6 de agosto de 2002.

Decreto 1.448. Red Provincial de Asistencia Sanitaria, Boletín Oficial, Provincia de Mendoza, 21 de noviembre de 2002.

Ministerio de Desarrollo Social y Salud. (2002). Plan de Salud Gobierno de Mendoza. Publicación de la Subsecretaría de Salud.

Ley 6.975. Emergencia social y sanitaria, Boletín Oficial, Legislatura provincial, Provincia de Mendoza, 30 de enero de 2002.

Ley 6.921. Reforma del Estado. Art. 16 y 17, Hospitales públicos, Boletín Oficial, Legislatura provincial, Provincia de Mendoza, 15 de agosto de 2001.

Resolución 1.056. Atención gratuita en centros de salud de las personas sin cobertura sanitaria. Boletín Oficial, Ministerio de Salud, Provincia de Mendoza, 9 de septiembre de 1998.

Decreto 2.310. Régimen de descentralización del hospital público, Reglamentación Ley 6.015, Boletín Oficial, Poder Ejecutivo Provincial, Provincia de Mendoza, 1 de febrero de 1994.

Ley 6.015. Régimen de descentralización del hospital público. Boletín Oficial, Legislatura provincial, Provincia de Mendoza, 17 de junio de 1993.

Ley 5.578. Centros sanitarios asistenciales. Prestación cobertura médica salud. Boletín Oficial, Legislatura provincial, Provincia de Mendoza, 5 de noviembre de 1990.

Ley 3.537. Ratificación de los decretos 5510 y 5551 que aprueban transferencia del hospital nacional neuropsiquiátrico El Sauce y centros materno-infantiles a la Provincia de Mendoza. Boletín Oficial. Legislatura provincial, Provincia de Mendoza, 28 de febrero de 1968.

Ministerio de Salud. Programa Sumar Política Federal de Inversión por resultados (en línea). <http://www.msal.gov.ar/sumar/index.php/institucional/politica-federal-de-inversion-por-resultados> (acceso 11 de marzo de 2018).

Decreto 908/2016. Cobertura universal de salud. Fondo Solidario de Redistribución. Provincia de Buenos Aires (en línea). <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/cnFmUDFkcUIrTWcrdTVReEh2ZkU0dz09> (acceso 22 de febrero de 2018).

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (1996). Hospital público de autogestión: marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos.

Ministerio de Salud de la Nación. (2004). Consejo Federal de Salud. Punto 7.1.6 Fortalecimiento del hospital público, en Bases del plan federal de salud

2004-2007 (en línea). http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cds-MCS/05/pub_msan/PlaNFederalLdeSalud.pdf (acceso diciembre de 2014).

Ministerio de Salud de la Nación. (2000). Decreto 939: Régimen de hospitales públicos de gestión descentralizada.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (1993). Decreto 578. Hospitales públicos de autogestión.

Bibliografía

Adler, Emanuel; Haas, Peter (2009), "Conclusión: las comunidades epistémicas, el orden mundial y la creación de un programa de investigación reflectivo", en *Relaciones Internacionales*, Nº 12, Madrid, pp. 145-169.

Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio; Holder Morrison, Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio (2011), *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*, Santiago de Chile, OPS/OMS.

Arroyo Laguna, Juan (2002), "Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el Área Andina en los albores de los 2000", en *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, Vol. 63, Nº 3, Lima, Perú, pp. 212 - 222.

Ase, Iván (2006), "La descentralización de los servicios de salud en Córdoba: entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal", en *Salud Colectiva*, Vol. 2, Nº 2, UNLA, pp. 199- 218.

Beliera, Anabel (2016), "Pensar al Estado como ámbito de trabajo. Reflexiones a partir de la experiencia de trabajadores de salud pública de Neuquén (2005-2013)", en *Estudios Sociales del Estado*, Vol. 2, Nº 3, pp. 180- 211.

Belmartino, Susana (2010), "Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX", *Salud Colectiva*, Vol. 6, Nº 3, UNLA, pp. 329-356.

Belmartino, Susana (2008), "Una década de cambios en la organización de la seguridad social médica, ¿reconversión o reforma?", en Spinelli, Hugo (comp.), *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar editorial, pp. 147- 170.

Belmartino, Susana (2005), *La atención médica en la argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Belmartino, Susana; Bloch, Carlos; Báscolo, Ernesto (2003), *Reforma de la atención médica en escenarios locales 1990-2000*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

- Bertranou, Julián (2011), "Estado y agencias público-privadas en la promoción del desarrollo productivo en la Provincia de Mendoza", en *Documentos y aportes en administración pública y gestión estatal*, N° 17, UN del Litoral, pp. 7 a 40.
- Boas, Morten; McNeill, Desmond (2004), *Global Institutions and Development: Framing the World?*, London, Ed. Routledge.
- Cerdá, Juan Manuel; Ramacciotti, Karina (2017), "Las políticas de salud en la década de 1990", en Biernat, Carolina; Cerdá, Juan Manuel; Ramacciotti, Karina (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, pp. 229 a 254.
- Cetrángolo, Oscar (2008), *Recursos humanos en los hospitales públicos y centros de atención primaria de la provincia de Mendoza. Diagnóstico y recomendaciones de política*, Documento de proyecto N°130, Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Publicación de Naciones Unidas (en línea). <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/34262/DocW30fin.pdf> (acceso junio de 2018).
- Cetrángolo, Oscar; Devoto, Florencia (2002), "Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual" (Documento presentado en el taller Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health, PAHO, Universidad de Toronto).
- Collier, David (2011), *Understanding Process Tracing*, Berkeley, University of California (en línea). <http://www.ukcds.org.uk/sites/default/files/uploads/Understanding-Process-Tracing.pdf> (acceso mayo 2016).
- Consejo Científico del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (2007), "Una nueva gestión pública para América", en Acuña, Carlos (comp.), *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Jefatura de Gabinete de Ministros, pp. 403-424 (en línea). <http://www.modernizacion.gov.ar/images/publicaciones/230.pdf> (acceso septiembre de 2014).
- Correia, Tiago (2009), "A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar Portuguesa", en *Revista Crítica de Ciências Sociais*, N° 85, Coímbra, pp. 83-103.
- Cortés, Rosalía; Kessler, Gabriel (2013), "Políticas, ideas y expertos en la cuestión social de la Argentina democrática (1983-2012)", en *Revista de Indias*, Vol. 73, Nro. 257, Madrid, pp. 239-264.

- Chiara, Magdalena (comp.) (2012a), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*, Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Chiara, Magdalena (2012b), "Paradojas de la descentralización en salud en el Gran Buenos Aires, Argentina: Derroteros de la Construcción de política Sanitaria en un Escenario Local", en *POSTdata: Revista de reflexión y análisis político*, Vol. 17, Nº 2, Buenos Aires, pp. 199-236.
- Fleury, Sonia (2008), "Modelos de reforma de la salud en América Latina", en Spinelli, Hugo (comp.), *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar editorial, pp. 171-199
- Gilson, Lucy (ed.) (2012), *Health policy and systems research: A methodology reader*, Geneve, Alliance for Health Policy and Systems Research- World Health Organization. (en línea). http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_reader.pdf (acceso marzo de 2018).
- González Leandri, Ricardo (2012), "Gobernabilidad y autonomía. Dos cuestiones claves para el estudio de los profesionales y expertos", en *Ecuador Debate*, Nº 85, Quito, pp. 101-110.
- Guerrero, Omar (2004), "El mito del nuevo 'Management' público", en *Revista Venezolana de Gerencia*, Vol. 9, Nº 25, Maracaibo, pp. 9-52.
- Guerrero, Omar (2003), "Nueva Gerencia Pública: ¿Gobierno sin política?", en *Revista Venezolana de Gerencia*, Vol. 8, Nº 23, Maracaibo, pp. 379-395.
- Haas, Peter (1992) (coord.), "Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination", en *International Organization*, Vol. 46, Nº 1, pp. 1-35.
- Homedes, Nuria; Ugalde, Antonio (2002), "¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?" (Ponencia en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa).
- Jacobs, Alan (2012), "Process-tracing the Effects of Ideas", en Bennett, Andrew; Jeffrey Checkel (eds.), *Process Tracing in the Social Sciences: From Metaphor to Analytic Tool*, Cambridge, University Press (en línea). http://www.politics.ubc.ca/fileadmin/user_upload/webhome/users/364/Jacobs_process-tracing_ideas_summer_2012_revision.pdf (acceso noviembre de 2014).
- Jarillo Soto, Edgardo (2007), "La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional", en Jarillo Soto, Edgardo; Guinsberg, Enrique (ed.), *Temas y desafíos en salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 327-346.

- Joignant, Alfredo (2009), *El Estudio de las Élités: Un Estado del Arte*, Serie de Políticas Públicas, Documentos de Trabajo N° 1, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile (en línea). <http://www.expansivaudp.cl/publicaciones/wpapers/> (acceso agosto de 2014).
- Kirkpatrick, Ian; Dent, Mike; Kragh Jespersen, Peter; Neogy, Indy (2007), "Professional Strategies and the New Public Management in Healthcare: Comparing Denmark and the UK" (Paper presented at 2007 Critical Management Studies, Conference: CMS5, Manchester) (en línea). <http://www.mngt.waikato.ac.nz/ejrot/cmsconference/2007/proceedings/newperspectives/kirkpatrick.pdf> (acceso marzo de 2018).
- Laurell, Asa Cristina (2011), "Los Proyectos de Salud en América Latina. Dos visiones, dos Prácticas", en *Voces del Fénix*, N° 7, pp. 16-19.
- Lewis, Jenny (2006), "Being around and knowing the players: Networks of influence in health policy", en *Social Science & Medicine*, N° 62, pp. 2125-2136.
- López, Andrea (2005), "Los fundamentos de la Nueva Gestión Pública: lógica privada y poder tecnocrático en el Estado mínimo", en Thwaites Rey, Mabel; López, Andrea (ed.), *Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas. Derrotero del ajuste neoliberal en el Estado argentino*, Buenos Aires, Prometeo Libros, pp. 71-90.
- Mengoni, Carlos; Rosell, Jorge (1999), "Evolución de los aranceles hospitalarios en la Provincia de Mendoza", en Subsecretaría de Salud Gobierno de Mendoza (ed.), *Publicaciones de Salud*, Vol. II, pp. 33-46.
- Muller, Pierre (2000), "Elementos para una estrategia de investigación sobre políticas públicas", en *Innovar, Revista de ciencias administrativas y sociales*, N° 16, Bogotá, pp. 49-54.
- Oszlak, Oscar; O'Donnell, Guillermo (1976), *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*, Buenos Aires, Documentos CEDES/GE CLACSO/N°4.
- Repetto, Fabián; Potenza Dal Maseto, María (2003), "Problemáticas institucionales de la política social Argentina: más allá de la descentralización" (Ponencia presentada en el VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración pública, Panamá) (en línea). <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0047516.pdf> (acceso enero de 2013).
- Repetto, Fabián (coord.) (2001), *Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*, Documento N°55, Buenos Aires,

Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional- Fundación Gobierno y Sociedad - Fundación Grupo Sophia.

Rodríguez, Joseph (2004), "Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio", en *Educación médica*, Vol. 7, Nº 1, España, pp. 2-8.

Roth Deubel, Andre (2007), "Análisis de las políticas públicas: de la pertinencia de una perspectiva basada en el anarquismo epistemológico", en *Revista Ciencia Política*, Universidad Nacional de Colombia, Nº 3, pp. 39-64.

Saltman, Richard; Durán, Antonio; Dubois, Hans (eds.) (2011), *Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, United Kingdom, The European Observatory on Health Systems and Policies (en línea). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf (acceso septiembre de 2014).

Sojo, Ana (2000), "Argentina: el gran abanico de la descentralización hospitalaria", en Sojo, Ana (comp.), *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasi mercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*, Santiago de Chile, Serie Políticas sociales Nº 39- CEPAL, pp. 39-42.

Tansey, Oisín (2007), "Process Tracing and Elite Interviewing: A Case for Non-probability Sampling", en *Political Science and Politics*, Vol. 40, Nº 4, Cambridge, pp. 1-23.

Tobar, Federico (2012), "Breve historia del sistema argentino de salud", en Garray, Oscar (coord.), *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y Penal*, Buenos Aires, Editorial La Ley.

Tobar, Federico (2010), ¿Qué aprendimos de las reformas en salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina, Buenos Aires, Fundación Sanatorio Güemes.

Tobar, Federico (2006), "Descentralización y reformas del sector salud en América Latina", en Yadón, Zaida (ed.); Gürtler, Ricardo; Tobar, Federico; Medici, André, *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina*, OPS, Buenos Aires, Argentina, pp. 65-114.

Tobar, Federico (1998), "Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina", en *Medicina y Sociedad*, Vol. 21, Nº 1, Buenos Aires, pp. 29-40.

Ugalde, Antonio; Homedes, Nuria (2008), "La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica", en *Salud Colectiva*, Vol. 4, Nº 1, pp. 31-56.

Walt, Gill; Gilson, Lucy (1994), "Reforma del sector sanitario en los países en vías de desarrollo: el papel central del análisis de políticas", en *Health policy and planning*, Vol. 9, Nº 4, pp. 353-370.

Yáñez, Lilibeth; David, Diana (1999), "Un análisis sociopolítico del sector salud. Actores sociales y políticas sanitarias", en Subsecretaría de Salud Gobierno de Mendoza (ed.), *Publicaciones de Salud*, Vol. II, pp. 69-94.