

La autogestión Hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90.

El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas¹

María Crojethovic y Ana Ariovich²

Introducción

La descentralización de la salud pública en el país avanzó progresivamente desde hace 50 años atrás, con el traspaso de facultades y competencias a todas las provincias, minimizando el rol del nivel central; a partir de 1978 se transfieren gradualmente los hospitales que aún quedaban en manos del poder central a las provincias, principalmente por motivos fiscales. Para la década del 90, se vuelve a retomar dicha política descentralizadora. En ésta, se observa según Bisang y Cetrángolo (1997) un triple fenómeno: transferencia de los últimos establecimientos hospitalarios, de la Nación a las provincias, casos de traspaso de las provincias a los municipios y el inicio de cierta descentralización microeconómica, promovida desde el gobierno central hacia el nivel de los hospitales, bajo la figura de Hospitales Públicos de Autogestión.

A través del estudio del caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas (Hospital Posadas en adelante), nos propusimos investigar el proceso de descentralización hospitalaria que se inició en 1993 por el Decreto N° 578 (el cuál sancionó la Autogestión de los Hospitales Públicos), que tuvo lugar a partir de la descentralización de los sistema de salud, enmarcada en la reforma del Estado de los años 90.

Según datos provistos por el área administrativa del Hospital Posadas, el caso estudiado es una institución médico asistencial (Hospital General de Agudos) que desarrolla tareas de medicina preventiva, curativas y de rehabilitación así como actividades docentes (pre y posgrado) y de investigación (clínica y experimental). Esta institución depende del Ministerio de Salud y Acción Social y de la provincia de Buenos Aires, y se encuentra

¹ Trabajo enmarcado en las tesis de maestría en Sociología Económica (IDAES-UNSAM). Una versión preliminar de la misma ha sido presentada en el 8^{vo} Congreso de Antropología Social (Salta, 2006).

² María Crojethovic es socióloga y magíster en Sociología Económica, becaria del CONICET, e-mail: mcrojethovic@hotmail.com. Ana Ariovich es antropóloga, está culminando su tesis de maestría con beca IDAES-UNSAM, e-mail: anariovich@yahoo.com

descentralizada e incluida en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Su área de influencia comprende:

| Localidades | Porcentaje de distribución |
|--|-----------------------------------|
| Morón | 40% |
| La Matanza | 12% |
| Merlo | 12% |
| 3 de Febrero | 10% |
| Moreno | 7% |
| General Sarmiento | 6% |
| Provincia de Buenos Aires y otras provincias | 10% |

Fuente: Documento provisto por el área de administración de Hospital Posadas.

Tradicionalmente la población que concurría a la institución pertenecía a una estructura demográfica con un marcado nivel de subdesarrollo y carente, en su mayoría, de un sistema de cobertura para la atención de su salud. La institución no cuenta con estadísticas actuales acerca del porcentaje de la población que concurre con seguro de salud, motivo por el cual ha emprendido recientemente una encuesta para obtener dicha información.

El hospital se encuentra intervenido desde el gobierno de Alfonsín, por sucesivos interventores o comisiones de tres (como fue en el caso del gobierno de la Alianza) y hasta la fecha no ha sido normalizada su situación.

Analizamos la redefinición del vínculo Estado-sociedad mediante el traspaso de la responsabilidad de la gestión hospitalaria; así como también, las características que asumió todo el proceso, considerando la perspectiva de algunos de sus actores.

Son objetivos de este trabajo:

- a) Analizar la normativa que llevó a la creación del Hospital Público de Autogestión, detectando en la misma los cambios que refieren al vínculo hospital público-sociedad civil.

- b) Establecer las características que adquirió la autogestión en la práctica y analizarlas en relación al proceso de reforma del Estado.
- c) Estudiar las características que adquirió la autogestión en la práctica, desde la perspectiva de los actores involucrados. La estrategia metodológica incluyó análisis de normativas pertinentes a la descentralización hospitalaria, documentación interna de la institución y entrevistas en profundidad a informantes claves de la institución y su comunidad (profesionales de la salud, jefes de servicio, consejero vecinal, miembros de la Asociación Profesional y funcionarios de la Unidad de Gestión Comunitaria de Morón). Estas entrevistas proveyeron información que nos permitió conocer las percepciones de los actores involucrados sobre los objetivos institucionales de la descentralización hospitalaria, planteados por el Ministerio de Salud y Acción Social. Así como también, orientar las interpretaciones tendientes a indagar las nuevas condiciones que asumió la interacción Comunidad-Hospital Posadas.

Reforma del Estado y descentralización: algunos conceptos teóricos

Para las políticas neoliberales, la reforma del Estado tiene como objetivo reducir su tamaño, tornarlo más ágil, flexible y eficiente. No obstante, la misma no puede ser vista como una mera modernización administrativa, sino como un cambio en las interacciones entre los diferentes actores económicos, políticos y sociales.

Los estudios sobre la reforma del Estado evidencian las nuevas modalidades que éste va asumiendo en su vínculo con la sociedad civil, enfatizando su relativa autonomía. En este sentido, para Oszlak (1996) estas transformaciones que se están produciendo deben ser interpretadas considerando a dicho vínculo (Estado-sociedad)³ en términos de una triple relación, observada en el plano de la división social del trabajo, en el de la distribución del excedente social y en el de la dominación. En este contexto de reforma (década del 90), nos ocuparemos de los cambios recientes en dirección a la descentralización, que se dirigen a la división social del trabajo.

³ “El Estado es una unidad de dominación, independientemente en lo exterior e interior, que actúa de modo continuo con medios de poder propios y claramente delimitada en lo personal y territorial” (Heller, 1942: 142).

La división del trabajo que surge entre instancias, actores e instituciones (sociales y estatales)⁴ respecto a la resolución de cuestiones socialmente problematizadas (e incluidas en la agenda estatal) no es rígida, y las fronteras entre las mismas se modifican permanentemente. Existen ciertos momentos históricos en los que los “corrimientos fronterizos” son mucho más significativos. Así, se trata de fronteras irregulares, porosas y cambiantes, cuyos límites están marcados por la confrontación y la negociación; la captura de nuevos espacios y la deliberada resignación de competencias corren alternadamente la frontera hacia una u otra dirección. Esto se debe a que no se puede pensar, como mencionan Oszlak y O’Donnell (1976), al Estado global frente a una sociedad indiferenciada. Tanto la autonomía como el accionar del Estado se encuentran atravesados por diversos intereses, según refieran a unos u otros sectores sociales y según se trate de cuestiones que importen más o menos a uno u otro actor social. De este modo, el accionar del Estado, y su interacción con la sociedad civil, va evidenciando las nuevas modalidades que éste va asumiendo en su vínculo con dicha sociedad. En este sentido, muchas veces se producen penetraciones del Estado en la sociedad civil, mientras que otras veces el límite entre el Estado y la sociedad sólo manifiesta una postura negociadora.

Es evidente que en el plano funcional, el papel histórico cumplido por el Estado ha sido sometido a duros cuestionamientos, y la frontera que separa al Estado de la sociedad se ha corrido, achicándose los ámbitos aceptados de intervención estatal. La división del trabajo entre una y otra esfera fija límites que hoy reducen lo que el Estado puede y debe hacer. Pero, hay también que resaltar, es necesario no desvincular los cambios citados en el plano funcional con los acontecidos en el plano de dominación. En este sentido, Oszlak (2000) expresa que la decisión de minimizar el Estado en América Latina no responde únicamente a exigencias técnicas de una crisis fiscal, sino también a una nueva correlación de fuerzas entre los grupos económicos altamente concentrados y los representantes estatales, en un contexto de creciente globalización económica y política. Rojas (1999), al igual que Oszlak, plantea que la crisis económica iniciada en los 80, que produjo problemas fiscales y grandes dificultades para dar respuesta a las demandas

⁴ “Las instituciones son reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, los constreñimientos u obligaciones creados por los [seres] humanos que le dan forma a la interacción humana; en consecuencia, éstas estructuran los alicientes en el intercambio humano, ya sea político, social o económico” (North, 1990: 3).

sociales, sumada a las recetas de los organismos multilaterales, fueron los factores que arrastraron a los países de la región a un proceso de descentralización. Rojas, a su vez, explicita que ésta se dio de forma precipitada ya que los estados en América Latina actuaron de manera reactiva y no activa en respuesta a los problemas planteados. En un mismo sentido Lo Vuolo y Barbeito (1998) también observan que el proceso adquirió más una tendencia a privatizar la oferta o modificar las relaciones entre el Estado, las provincias y los municipios, mediante acciones sectoriales y aisladas impulsadas por objetivos fiscales; que un verdadero proceso de reforma planificado y trazado por un programa.

Es necesario aclarar que, para Oszlak (1997), los mencionados cambios en el plano funcional repercuten también en el plano material, modificando la participación del Estado en el excedente, tanto para sostener el funcionamiento del aparato institucional nacional como para cumplir una función redistributiva. No obstante, no abordaremos esta cuestión en nuestro trabajo.

La desregulación, la apertura de los mercados, la reducción del Estado, la flexibilización laboral, las privatizaciones, la descentralización y la integración regional redefinen los roles tradicionales del Estado Nacional, reformulando (a su vez) el papel del mercado, la empresa privada, los actores y los espacios sub y supranacionales. Pero, hay que resaltar que esta redefinición de roles no significa, para Oszlak, un cambio en las reglas fundantes del vínculo Estado y sociedad civil, debido a que siguen siendo las mismas en las que se basa el sistema capitalista como modo de organización social. El Estado continúa erigiéndose como la máxima instancia de articulación social. No se trata de un cambio de las reglas de juego, sino más bien de un cambio de jugadores, de estrategias y de resultados del juego. Estos cambios y negociaciones, que tienen lugar en un determinado contexto histórico, son los que producen (de acuerdo con lo visto con anterioridad) corrimientos en la frontera, generando un nuevo vínculo del Estado con la sociedad civil.

Descentralización hospitalaria: el caso argentino visto desde la normativa

Dentro de lo que se conoce como la reforma del Estado, tuvo lugar el proceso de descentralización de la salud, la cual propuso la autogestión de los establecimientos públicos de salud. Con dicho fin, a principios de 1993, con el Decreto N° 578, quedó

sancionada la normativa que dio cuerpo al Hospital Público de Autogestión (en adelante HPA). En el mismo se enuncia (mencionaremos aquellos puntos que nos resultan interesantes resaltar):

- La obligación de pago por parte de los Agentes del Sistema Nacional de Seguros de Salud en el caso de que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos.
- La creación del Registro Nacional de HPA.
- La descentralización hospitalaria con capacidad para realizar convenios, complementar servicios, cobrar servicios a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores, integrar redes de servicios de salud.
- La extensión de cobertura de la atención médica; brindar el mejor nivel de calidad; contar con un proceso técnico administrativo de gestión; generar acciones de promoción, protección de la salud y de prevención de la enfermedad; implementar el Programa Médico Asistencial en base a estrategias de Atención Primaria de la Salud; promover y desarrollar la capacitación de personal; disponer de un área de servicio social que permita conocer la situación socioeconómica y el tipo de cobertura de la población que demanda su servicio.
- La elaboración de una serie de informes, documentos y manuales de procedimiento que contribuyan a una mejor gestión.
- La disposición por parte del hospital sobre la ejecución del presupuesto y los recursos generados.
- Brindar atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población carente de recursos de forma gratuita en todos sus servicios.
- La administración directa por parte del hospital de los ingresos que reciba por el cobro de prestaciones, sin dejar de percibir los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para su funcionamiento.

En el 2000, el Decreto N° 939/00 reemplaza al Decreto N° 578/93, cambiando la figura legal del Registro de HPA por el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. El Decreto N° 939 se propone adecuar las disposiciones contenidas en el Decreto N° 578/93 frente al Marco Estratégico Político que rige al Sector Salud, cuyo propósito central es la efectiva aplicación y materialización del derecho a la salud. Entre los artículos más importantes figuran:

- Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas.
- Fomentar una gestión eficiente y racional de salud.
- Mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura.
- Promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia.
- Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad.

- Promover la participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población.

En la normativa podemos observar cómo quedó redefinido el rol del hospital público dentro del sistema de salud de atención médica, al establecer que el mismo debe actuar como un organismo descentralizado. Tal como plantea Oszlak, el Estado central que se ha configurado en la Argentina, en las últimas décadas, ha demostrado cierta ausencia en diversas áreas de la gestión pública. En la salud en particular, vemos que el Estado Nacional adquirió ciertos rasgos y atributos que marcaron una clara metamorfosis en su fisonomía, dominio funcional y papel frente a la sociedad. Por ejemplo, al obligar a los hospitales a promover acciones tendientes a incrementar sus presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas, apareció un nuevo accionar del Estado (subnacional) como cajero, como recaudador central de los recursos y principal asignador de los mismos mediante el presupuesto de gasto consolidado.

Por otro lado, se le otorgó al hospital la responsabilidad de mejorar la calidad y extender la cobertura de la atención médica, de contar con una gestión administrativa eficiente, de promover y proteger la salud, y de implementar el Programa Médico Asistencial sobre la base de la estrategia de Atención Primaria en Salud. De este modo, lo que a simple vista podría interpretarse como una supuesta deliberada renuncia del Estado central (o incapacidad para cumplir sus funciones), para con el bienestar de los sectores sociales pobres, no es más que una transformación del vínculo Estado-sociedad, ya que dicha responsabilidad del Estado reapareció en las instancias subnacionales. Pero, esto último, de acuerdo con Lardone y Cingolani (2006), podría desembocar en una coyuntura desfavorable que acentúe las diferencias interregionales, siempre y cuando no se asegure un prediseño adecuado del sistema de transferencias y un apoyo nacional a las regiones más atrasadas.

El caso Hospital Posadas y sus actores

Con posterioridad a la sanción del Decreto N° 578/93, el Ministerio de Salud y Acción Social generó una serie de manuales donde proveyó normas para la acción, y documentos de asistencia técnica para la administración de los HPA. Consideramos interesante el análisis de estos documentos, ya que en los mismos queda plasmada la

postura del Ministerio de Salud respecto a la descentralización hospitalaria, que involucra a los HPA.

En el documento *Normas de descentralización para establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Acción Social*,⁵ el concepto de descentralización queda definido desde un punto de vista más administrativo:

“Desde la perspectiva de la administración, es un procedimiento jurídico por el que se transfiere el poder decisorio y resolutorio, así como los recursos necesarios para respaldarlos, desde una instancia de mayor jerarquía a otra que ocupa un nivel menor” (Ministerio de Salud y Acción Social, 1994: 22).

El mismo, contempla la necesaria vinculación entre los distintos niveles del sector público, los subsectores de obra social y privado. Al mismo tiempo que plantea que debe lograrse la autogestión del establecimiento.

El documento consta de varios ejes rectores para el *funcionamiento de los hospitales descentralizados*, a saber: objetivos institucionales, conducción, administración, financiamiento, inserción de los establecimientos de salud en la red de servicios, pautas para la organización de las prestaciones y producción, organización del personal.

Para 1997, el Ministerio de Salud promueve al “hospital moderno” como una empresa (esto se observa dentro del documento de trabajo *Hospital público de autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*). Este debe afrontar, de acuerdo con el documento, procesos de producción complejos que, a su vez, se encuentran interrelacionados, proponiendo una fluida relación entre la producción clínica (egresos, intervenciones quirúrgicas, consultas), la producción técnica médica (unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico: farmacia, laboratorio, radiología) y la producción industrial (alimentación, lavadero, esterilización). El documento expresa que, para lograr satisfacer las necesidades de la población de su área programática, utilizando racionalmente los recursos, el hospital-empresa deberá seguir ciertas estrategias entre las que figura la *descentralización efectiva*. Ésta implica, por una parte, el traspaso completo de los recursos financieros disponibles para la gestión. Otras estrategias serían: la capacitación de recursos humanos; un incremento de la retribución económica en forma diferenciada, ligada a la mayor productividad y a las mejores

⁵ Para el armado de dichas normas tuvieron en cuenta diversos documentos de la OPS donde figuran los objetivos específicos de la descentralización.

calificaciones técnicas; la integración del hospital en un modelo de atención (red de servicios locales); la incorporación de esquemas de acreditación, que garanticen la calidad de la atención; la incorporación racional de nuevas tecnologías y rescate de la capacidad instalada actual; la utilización de mecanismos de inversión conjunta con el área privada; el desarrollo de verdaderos sistemas de información; y estudios de costos. Por otra parte, en dicho documento queda expresado que la descentralización debe permitir la formación de un sistema local de salud equitativo, eficiente, y eficaz. Estos conceptos se encuentran definidos por el mismo:

- La *equidad* involucra una distribución igualitaria de las actividades de salud para los diversos grupos de la población, según sus necesidades de salud. Esto supone una planificación a nivel regional que reconozca la necesidad de centralizar algunos procesos, a cargo del nivel central debe estar la asignación de los recursos nacionales, y en forma descentralizada debe estar la función de compensar las desigualdades sociales y regionales.
- La *eficiencia* implica optimizar los recursos de salud de modo tal que se logre aumentar el impacto sobre la población para solucionar los problemas de salud.
- La *eficacia* mejora la accesibilidad a los servicios, acercando las actividades de salud y los efectores a la gente.

A diferencia del documento anterior, este propone una práctica descentralizadora vista desde una perspectiva más global, ya que no se está viendo a la descentralización como una mera desconcentración administrativa, debido a que se le otorga a la región garantía y predominio de intereses locales en la decisión pública, lo cuál se traduciría en una redistribución de poder político y económico. A su vez, el documento hace hincapié en que la descentralización implica una autonomía local sobre los recursos, con nuevas prácticas democráticas, y en que se incluye la participación comunitaria como factor importante para viabilizar la descentralización en la decisión pública (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997).

En otro documento, el Ministerio dejó asentadas las ventajas de los organismos descentralizados y presentó los instrumentos para la gestión del HPA. De este modo, en

el informe que se realizó bajo el marco del programa PRONATASS⁶, *Instrumentos para el Hospital Público de Autogestión*, se presenta una especie de manual para que los HPA puedan planificar y programar el desarrollo institucional y el correspondiente personal. En el mismo se ofrece información acerca del modelo de gestión propuesto, haciendo énfasis en:

- Identificación de cobertura y facturación.
- Modalidades de contratación para el HPA.
- Mejoramiento de gestión del sector: sistemas de información y circuitos administrativos, sistema modulado valorizado para las prestaciones de los hospitales de autogestión.
- Manual de evaluación para HPA.

Si bien, todos estos documentos nos resultan interesantes para nuestro trabajo, tomaremos los ejes que figuran en el documento *Normas de descentralización para establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Acción Social*, que hacen referencia a los “objetivos institucionales”, como marco de análisis para trabajar nuestras entrevistas. Esto se debe a que consideramos que dichos objetivos son los que mejor expresan el vínculo entre la institución y la comunidad. En los mismos, queda plasmada la obligación de: asegurar el acceso con equidad en la atención de la salud brindando los servicios pertinentes, según las necesidades de los diferentes grupos poblacionales; jerarquizar acciones de promoción y protección de la salud y priorizar la estrategia de acción primaria de la salud; favorecer la participación de la población; garantizar la óptima calidad e integralidad de la atención en cada servicio; armonizar el desarrollo de las acciones de salud ejecutadas, las capacidades e incumbencias científico-profesionales, los programas generales y los métodos administrativos; desarrollar la investigación permanente y la educación; adecuar la utilización y coordinación de los recursos disponibles, brindar adecuada respuesta a población en situaciones de emergencia sanitaria; garantizar a los usuarios un nivel de óptima calidad y un trato humano y digno; desarrollar programas y acciones de educación para la salud, intra y extramuros.

Diversas miradas sobre autogestión

⁶ Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales. (Gobierno Argentino-BIRF-PNUD).

Al preguntar a nuestros entrevistados cuál sería para ellos la diferencia entre un hospital público y un hospital público autogestionado, aparece claramente la referencia a un tema económico. En específico, que el HPA se define como aquél que debe generar sus propios recursos “genuinos”. Además, observamos que la mayoría de los entrevistados teme que la autogestión se convierta en una barrera para la equidad e igualdad, debido a que la atención del hospital esté centrada en aquéllos que puedan generar recursos. A su vez, el Ex Director Asociado, reconoce que, si bien es cierto que a través del hospital se está generando un subsidio directo a los seguros privados de salud al atender a sus afiliados en los hospitales públicos de forma gratuita (tal como se designa en la normativa)⁷, también se corre el peligro de que el hospital realice un cobro directo a pacientes al menos que no demuestren su incapacidad económica de pago. Esto iría en contraposición con la definición de hospital público:

“Asegurar el acceso a la atención de la salud en sus diferentes niveles y complejidades, a la población de su área asignada, y en particular a la de menores recursos; ofertando cobertura con equidad y calidad” (Tobar, 1998: 7).

“[...] el paradigma del hospital autogestionado es el Clínicas y en la práctica era casi como un sanatorio digamos, gente que no tenía cobertura, que no tenía obra social prácticamente no podía atenderse, se priorizaba la gente que podía generar algún recurso algún ingreso extrapresupuestario al hospital, estaba muy de moda hablar de recursos genuinos o por ahí se escucha hablar de recursos genuinos, mal hablado, porque en realidad los recursos genuinos son los presupuestarios, son los que el Estado genera y, sin embargo, se deforma eso y se dice que recurso genuino es aquello que el hospital puede facturar [...]” (Directivo de la AP).

“[...] cuando hablamos de autogestión estamos hablando de que esa recaudación que obtiene el hospital, va destinado según porcentajes. Un determinado porcentaje a recuperar insumos para el hospital, otro porcentaje creo que es un 30% va destinado al personal, o sea, se reparte en proporciones iguales en el salario de los trabajadores [...]” (Profesional de la salud, enfermero).

⁷ “[...] en términos económicos, existe transferencia real de recursos del sector público al privado, lo que implica un subsidio implícito al sector privado, fundamentalmente a las obras sociales, por parte del Estado” (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1997: 53, Capítulo VI).

“[...] Sí, hay diferencia, porque un hospital autogestionado seguramente es un hospital privatizado, al cual pueden acceder algunas personas aunque sea barato, pero van a acceder algunas personas [...] en el caso de los jubilados que no van a poder acceder a un hospital autogestionado porque van a tener que pagar la consulta, los laboratorios, los estudios especiales, van a tener que pagar todo [...], es mucho dinero, no es un hospital público ni gratuito, entonces sí la diferencia es enorme [...]” (Consejero vecinal).

“Lo que pasa que lo del hospital autogestionado es una impronta desde el punto de vista político y de administración que nace en la época de los 90 [...], cuyo elemento central era de alguna manera, lo que deslizaba eso era la retirada del Estado en relación con su obligación de financiar el hospital público y la generación por parte del hospital de lo que se llamó “entre comillas: recursos genuinos”, esto que significaba, que el hospital tenía potestad de cobrar las prestaciones, si el hospital cobra las prestaciones del sector de la seguridad social o del prepago o del seguro me parece bien [...] pero lo peligroso para mí era que también el hospital público de autogestión se permitía el cobro directo de la prestación al paciente al menos que demostrara que no tenía capacidad económica para pagar” (Ex Director Asociado, Director CGC, Morón).

En este último relato, también aparece la percepción de un Estado ausente a partir de la década del 90, debido a que el entrevistado entiende que el Estado se desliga de su responsabilidad de financiar a los hospitales públicos al transformarlos en autogestionados. En este punto, nos resulta interesante confirmar el análisis de Oszlak acerca de que tal retirada del Estado es vista como una desaparición del mismo, en lugar de observar un traspaso de éste a las instancias subnacionales. El Estado no desaparece. Por un lado, el poder central transforma sus funciones, de productor pasa a cumplir actividades de control y regulación. Por otro lado, decir que se retira, tal como plantea Oszlak, sería negar el carácter estatal de las instancias subnacionales.

Las características de la autogestión en el Hospital Posadas

En este eje nos interesa resaltar la perspectiva de los entrevistados acerca de las características que realmente asumió el proceso de autogestión en el Hospital Posadas. Lo primero que observamos es que cuando nuestros entrevistados describen los rasgos que adquirió la autogestión del Posadas en la práctica, la mayoría de sus relatos coinciden con la *percepción* que ellos tienen acerca de lo que significa la autogestión de un hospital público. Es decir, conciben la autogestión conceptual y empíricamente en su

propia institución, como un cambio en la obtención y administración de los recursos financieros. Únicamente en el primer relato (del directivo de AP) aparece la autogestión como un concepto más integral. En este sentido, por un lado, el entrevistado reconoce como negativo que en la práctica no se haya generado el consejo de administración (característica que considera central y favorable de todo proceso de autogestión). Por el otro, ve como positivo la resistencia, por parte de los trabajadores del Hospital Posadas, al recorte de los recursos humanos en la institución. Esto último es identificado por el entrevistado como un rasgo desfavorable de la autogestión de los hospitales públicos, inscripto dentro del proceso de reforma del Estado.

“[...] en todos los intentos que hubo para comisiones de control de gestión y qué se yo, en principio había acuerdo hasta el momento de implementarlo, digamos, inclusive hay otra cuestión que plantea en esta autogestión que la conformación de distintos lugares de consejos de administración, en el decreto de autogestión lo plantea, por debajo de la dirección del hospital, o sea, está la dirección y por debajo el consejo de administración conformado por este representante, el personal profesional-no profesional y de la comunidad, acá en el hospital jamás se conformó eso inclusive hubo un momento donde esta asociación generó un acuerdo muy fuerte con ATE e inclusive se llevaban listas comunes, estaba todo impreso, las boletas, los candidatos, y el ministerio cuando vio que el resultado era cantado, suspendió el acto electoral, y nunca conformó el consejo de administración” (Directivo de la AP).

“[...] la autogestión coincidió, con la reforma del Estado, con cesantías, con disminución de recursos humanos, acá eso no pasó, o sea, que en este hospital, en buena medida por la resistencia o por la oposición de buena parte del personal, y las dos son instituciones en ese momento más representativas, son ATE y nosotros (la asociación), no la pudieron instalar a la autogestión digamos como supongo que habrán querido e imaginado y deseado” (Directivo de la AP).

“Por ahí se crearon algunas áreas de facturación, de recuperación de costos, se crearon áreas nuevas, hay gente preguntándote por ahí ‘tiene obra social’, ‘no tiene obra social’, ‘este no’, me parece que es mucho más que eso. Yo creo que lo debo haber dicho ocho veces ya, pero no, para mí no le cambió mayormente ni los vicios ni las virtudes del hospital el tema de la autogestión, no creo que haya incidido en la marcha del hospital” (Directivo de la AP).

“[...] se tuvieron que crear servicios, como ‘el servicio de facturación’ que en su momento se había contratado a una empresa privada para que se encargue de la facturación, no se recaudaba, volvieron a formar un servicio de facturación con personal del hospital esto funcionó a medias, se volvió a disolver, esa gente fue a parar a otro servicio y se volvió a contratar otra empresa, esto no funcionó y se volvió a modificar aaa..., se volvió a modificar creando un nuevo servicio de facturación [...] vos lo que necesitás para decir que la autogestión es beneficiosa para el hospital es simplemente tener transparencia, si vos tenés transparencia en la gestión, la recaudación, en la documentación, o sea, hoy podemos llegar a definir realmente si la autogestión es beneficiosa para un hospital de esta naturaleza no” (Profesional de la salud, enfermero).

“El único cambio, por ahí que me parece importante, fue que a partir de la autogestión estaban determinados montos de los que se cobraba de la facturación, este porcentaje mayoritario estaba destinado a invertir en el propio hospital, creo que un 20-30% era para un fondo de redistribución entre hospitales, entre otros, entre hospitales de la red, y otra parte a distribuir entre el personal, esto podía actuar como incentivo para que el propio personal tenga conciencia y crea que, o se haga la idea de que, con algunos pesos más o menos que pudieran entrar en función de la facturación, engrosar su sueldo y con eso haber ganado su conciencia” (Directivo de la AP).

“No, no recuerdo nada en particular, yo vi que alguna cosa pasó, ahora yo no vi ningún cambio de estructura [...] Yo no noté ningún cambio” (Profesional de la salud, área de Psiquiatría).

Finalmente, también nos interesa mencionar que tanto la perspectiva conceptual de los entrevistados sobre la autogestión, como el desarrollo (que ellos conciben) de la misma en su institución, se alejan notablemente de la normativa y documentos elaborados por el Ministerio de Salud. En ambos, se presenta a la autogestión hospitalaria (posteriormente reemplazado por el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada) como un proceso que orienta el modelo de Atención de la Salud, en todos sus niveles, dentro de lo que se denominó Marco Estratégico Político. Éste define la efectiva aplicación y materialización del derecho a la salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad, a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones propuestas, como propósito central. En este sentido, el segundo relato muestra cómo el proceso de traspaso coincidió más con la visión de Rojas (1999), acerca del carácter

reactivo que tuvo el proceso de descentralización en los estados de América Latina, que con una acción programada, tal como se presenta en la normativa.

Equidad en el acceso a la salud, en el contexto de la autogestión

En todas las entrevistas vemos que desde el personal del Hospital Posadas hay consenso en mantener el hospital abierto a toda la población. Es interesante resaltar que todos los entrevistados reconocen la necesidad de mantener un acceso equitativo, no por hacer referencia a la universalidad⁸ de la atención en salud, sino debido a que entienden que la población que llega al hospital pertenece a un nivel socioeconómico bajo. Nos llama la atención que, si bien los entrevistados mostraron un importante compromiso con la comunidad, en sus actividades cotidianas como profesionales de la salud en un hospital público ninguno hace mención al derecho a la salud cuando preguntamos acerca de la equidad en el acceso a la salud. Por otro lado, todos se muestran preocupados porque el Hospital Posadas no deje de garantizar la equidad en el acceso a la salud con la autogestión. De este modo, entendemos que los entrevistados asignan dicha responsabilidad al hospital mismo y no al Estado, sea nacional o subnacional.

“En nuestro hospital, hubo intentos en realidad, la autogestión en nuestro hospital prácticamente no deformó la idea del hospital público que atiende al que viene, digamos, hubo intento, pero, la resistencia del personal en su momento, tanto profesional como no profesional, fue una de las razones fundamentales para que esa política que viene del norte, que son políticas del BM, que fueran tomadas con entusiasmo por el menemismo, no hayan podido realmente fructificar en este hospital” (Directivo de la AP).

“[...] realmente la autogestión acá, fue la posibilidad de facturar a las obras sociales que no está mal, pero no, no cambió el perfil de funcionamiento así en lo esencial del hospital, no es que las listas de espera de las decisiones en cirugía, por ejemplo, se tomaban en función de: “bueno este tiene obra social”, “este si va a generar un recupero, a este lo opero” y “este no tiene donde caerse muerto, no tiene un mango, a esto no lo opero”, no eso no pasó [...]” (Directivo de la AP).

“Yo creo que no, o sea, porque de repente a un hospital público vos lo tenés destinado en realidad a los sectores marginados, o sea, que no tienen obra

⁸ Por universalidad entendemos: “Todas las personas tienen la posibilidad de acceder a él” (Lemus, 2001).

social, este hospital en realidad no tiene un porcentaje de gente que tiene obra social y gente que no tiene [...]” (Profesional de la salud, enfermero).

“En general, la mayoría de la gente del hospital aboga por un hospital que no tenga un perfil donde el interés económico, de pronto, te puede afectar la atención de los recursos” (Jefa de consultorios de Neonatología).

“Porque nosotros no nos enteramos, el paciente llega y se lo atiende, una vez que está, o sea, nosotros recibimos, obstetricia recibe a la embarazada, la paciente entra a la sala de partos, se hace el parto y el paciente se va a internación en conjunto con la madre o se va a la terapia intensiva, depende del estado de salud del bebé, una vez que está supongamos, que está en la terapia intensiva, se le hace todo lo que se le tiene que hacer [...] y del tema de la obra social se encargan las secretarías, las secretarías son las que van después, entrevistan a la madre, le preguntan si tiene obra social [...] por el servicio no pasa, hasta el momento que el paciente se va de alta, cuando se va de alta vienen a buscar la historia para facturación” (Jefa de consultorios de Neonatología).

“Yo me acuerdo de las grandes discusiones en las asambleas sobre esto, porque todo el mundo tenía temor, porque si el Posadas se caracterizó por algo, siempre fue que la atención fue para todo el mundo igual y sobre todo el medio donde se maneja es un medio muy carenciado. [...] Es todo villa, 80% es villa, el otro 20% es clase media sin obra social” (Jefa de consultorios de Neonatología).

“[...] que sea autogestionado no quiere decir que todo el mundo deba pagar, que sí que quien llega sienta la obligación que así como paga el colectivo paga el hospital, que ponga en el hospital un boleto de colectivo sea muy importante, que se de cuenta que el hospital es un servicio que es útil y de que puede colaborar cualquiera [...]” (Profesional de la salud, área de Psiquiatría).

“Creo que la autogestión y la equidad en la salud no tienen nada que ver [...]. La descentralización implica aportes propios, entonces, la gente se ve obligada a pagar cuando viene, y por ahí se resiste a venir porque es más caro” (Profesional de la salud, área de Psiquiatría).

Para tornar más rica la discusión acerca de quién tiene la responsabilidad en garantizar la equidad en el acceso a la salud, consideramos interesante tomar la definición de Bambas y Casas (2001), más que la definición de equidad presentada por el Ministerio en los documentos presentados. Las autoras, plantean que la enfermedad no es el mayor determinante para distribuir los recursos en salud, debido a que enuncian que tomar la

enfermedad como única variable no es suficiente para reducir la desigualdad en el acceso y estatus de la salud, entre grupos con diferencias socioeconómicas. Para su justificación, sostienen que el servicio médico no es la variable determinante para acceder y mejorar el estatus de salud, ya que hay que considerar un objetivo más alto: la obtención de la mejor salud, que a su vez conlleva a la obtención de más oportunidades de vida. Para ello, proponen tomar aspectos de la vida que también afectan el estatus de salud, como las condiciones de vida, las condiciones laborales, el medioambiente, el nivel de educación, el acceso a la participación cultural, social y política. Al apropiarnos de esta definición, tomar la equidad en salud sólo a través del acceso a los hospitales, sería ignorar la importancia de los otros aspectos mencionados que son también determinantes para la salud. Motivo por el cuál queda así justificada la necesidad de la intervención de una instancia estatal superior a la unidad hospitalaria, que garantice la equidad en el acceso a la salud. Así también queda planteado por Oszlak:

“La ‘ausencia’ del Estado denota renuncia al cumplimiento de ciertos roles que, al no ser asumidos, deja al mercado y a la sociedad civil a merced de fuerzas cuya acción puede producir, entre otras consecuencias, un deterioro en las condiciones materiales de vida de los sectores sociales más vulnerables, con sus negativos impactos sobre la equidad, el desarrollo y la gobernabilidad” (Oszlak, 2000: 12).

Es necesario aclarar que cuando Oszlak refiere al “Estado ausente”, está haciendo referencia a las consecuencias que pueden derivarse de su extinción, nunca total.

Autogestión. La participación comunitaria y el vínculo hospital-comunidad

Tanto en los manuales como en la normativa aparece como objetivo programático del proceso de autogestión, la promoción y el fortalecimiento de la participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de la atención brindada. No obstante, los entrevistados coinciden en que el proceso de autogestión en particular, no ha abierto nuevos canales de participación hacia la comunidad. Si bien, sólo en el primer y último relato podemos ver cómo los entrevistados entienden como uno de los objetivos de la autogestión el acercar el hospital a la comunidad, todos hacen referencia a que el vínculo entre la comunidad y el hospital depende más de acciones por parte de las asociaciones vecinales y los médicos, que tuvieron lugar en coyunturas determinadas,

que de una verdadera acción programada desde la dirección del hospital. Puntualmente, en el caso del médico del área de Psiquiatría, surge en su relato una concepción muy pasiva de lo que implica la participación comunitaria, donde la relación médico-paciente cobra protagonismo y el médico es quien tiene la responsabilidad de establecer el lazo.

“En el decreto de autogestión el consejo de administración vendría a ser como asesor, teóricamente, bueno, estarían las opiniones del personal, estarían las opiniones de interés y de la comunidad; hay hospitales de provincia donde hubo y hay un consejo de administración y, en general, la participación comunitaria está muy “entre comillas”, digamos [...] Más que producto de la autogestión acá lo que hubo es módicamente participación de organizaciones de la comunidad especialmente; cada vez que hubo desastre de insumos, digamos, de alguna forma se fueron acercando las asociaciones vecinales y asociaciones de fomento y partidos políticos, etc. este proceso, bueno, después del desastre de De La Rúa en el 2001, del “que se vayan todos”, acá también tuvo bastante relación en las asambleas, pero en lo personal, los intentos de partidización y todo eso, que partieron de algunos sectores llevaron a un proceso de [...] alejamiento, digamos, lo que pasó más o menos en todos lados, acá no se escapó” (Directivo de la AP).

“Yo estuve participando en una asamblea acá en el Hospital Posadas donde pedíamos la desprivatización de la empresa de limpieza que estaba a cargo del hospital, porque era muy deficiente, era muy cara, porque entre el conjunto de asambleístas determinamos qué costos insume la limpieza del hospital y llegamos a la conclusión hablando con el director del hospital de que estábamos pagando el triple, el triple para una empresa privatizada, por la limpieza [...] Tenemos que hablar con los médicos para que nos reciban los médicos, el director a veces nos recibe cuando hay algún tema puntual que tenemos que pedirle explicaciones, ahora yo no participo tanto, estoy participando mucho con la gestión de Morón, estoy como vecino participando en la gestión de Morón” (Consejero vecinal).

“Creo que el vínculo con la comunidad depende de los lazos que uno establezca con la gente que atiende [...] llega gente que requiere ayuda médica y duele, sufren entonces, yo procuro siempre ayudarlos, es mi función social como médico [...]” (Profesional de la salud, área de Psiquiatría).

“Operativamente el hospital nunca funcionó como modelo acabado de hospital público de autogestión, entonces, la relación de la comunidad con el hospital mantuvo los avatares del problema del tipo político gremial, insumos, suministro, abastecimiento, etcétera, pero no es que haya marcado un antes y un después el hecho de estar en el registro de hospitales de autogestión” (Ex Director Asociado, Director CGC Morón).

Revisando la literatura en salud pública encontramos que la participación queda definida como:

“El proceso virtual del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a la salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario” (Lemus, 2001: 98).

Sin embargo, nos resulta más rico importar para nuestro análisis el *concepto de participación* que trabaja Hintze, en torno a las políticas sociales⁹:

“[...] el concepto de participación deberá referirse a la intervención sistemática y autogestiva de los sectores populares en los programas sociales. Esto es, no como destinatarios de una oferta sino como gestores colectivos de una demanda por bienes y servicios que los incluya, tanto en el diagnóstico de los problemas que el programa apunta a resolver, en la definición de sus objetivos y los componentes de las prestaciones, como en la gestión y evaluación de sus resultados a partir de los efectivos mecanismo de contrato social” (Hintze, 1996).

Elegimos este concepto ya que le otorga un rol activo y sistemático a la participación comunitaria, de modo tal que permitiría pensar en un cierto grado de penetración de la sociedad civil en las instancias estatales. De lograrse este objetivo, podríamos estar en presencia de un corrimiento fronterizo en el vínculo Estado-sociedad, haciendo referencia al concepto de Oszlak anteriormente desarrollado. Si bien, desde la normativa se promueve la participación comunitaria (que a nuestro entender sería uno de los aspectos positivos del proceso de autogestión) en el caso del Hospital Posadas, interpretamos que en la práctica la participación comunitaria en dichos términos no se desarrolló. De modo que, en este aspecto en particular, no se ha logrado una transformación en dicho vínculo. El siguiente fragmento lo demuestra:

“Bueno, las sucesivas administraciones del hospital se ocuparon de mantener bien alejada a la comunidad, jamás les interesó realmente tener relación, se han manejado de forma poco transparente, por no decir, nada transparente,

⁹ Si bien no abordaremos la discusión acerca de las políticas públicas, sociales y estatales, entendemos que dichos conceptos no pueden ser tomados como sinónimos.

durante muchos años y cuanto más lejos de la gente mejor, no me parece que haya habido alguna actitud preacercamiento” (Directivo de la AP).

El impacto de las relaciones intergubernamentales en la descentralización del Hospital Posadas

El análisis de este eje nos permite observar cómo se revela el vínculo entre los diversos niveles (nacionales y subnacionales) e instancias estatales y cómo éste marca el proceso de autogestión del Hospital Posadas. Con dicho fin, nos interesa traer la discusión que retoma Cingolani (2006), acerca de los conceptos de descentralización y relaciones intergubernamentales en su análisis sobre la descentralización de la salud en la provincia de Córdoba.

Cingolani argumenta que en la literatura existente se ha hecho hincapié en ambos conceptos pero siempre de forma separada, quedando ausente un análisis que incorpore y relacione estas dos dimensiones. Por un lado, los trabajos que refieren a las relaciones intergubernamentales hicieron foco en las relaciones fiscales o financieras centrales/locales. Por el otro, los estudios sobre la descentralización estuvieron orientados al análisis de la eficiencia y equidad, o a la participación en el proceso de actores no gubernamentales. Cingolani entiende por *descentralización* una redistribución de competencias entre las diferentes instancias de gobierno, que debiera promover procesos de transformación en el ordenamiento preexistente del vínculo intergubernamental. De este modo, la coordinación entre distintos niveles de gobierno es fundamental para garantizar una adecuada prestación del servicio de salud. También es un factor clave en el proceso de descentralización la cooperación entre los distintos actores relacionados con el servicio de salud, que se encuentran en los diversos niveles del Estado y en las diferentes jurisdicciones al mismo nivel. Dicha necesidad de coordinación en el área de salud, para la autora, se debe a que el diseño institucional de descentralización del servicio de salud argentino se caracterizó por una fuerte interdependencia entre los actores. No obstante, lograr una coordinación que involucre las diversas instancias intergubernamentales resulta muy difícil. Esto se observa en la mayoría de los relatos, en los cuales aparece, por un lado el Ministerio de Salud reclamando sus competencias de forma autónoma y, por el otro, la provincia, también reclamando sus competencias, ambos inmersos en un sistema de salud sumamente

interdependiente. Esto es lo que generó la tendencia hacia la fragmentación que atenta contra la cooperación. En el caso del Hospital Posadas, vemos que la fragmentación se da, tanto por el retorno compulsivo de determinadas acciones que responden a una coordinación por parte del poder central [Ministerio de Salud (léase fragmento Directivo de AP)], como por el juego de los intereses entre las partes representadas, en este caso, por el Ministerio de Salud, la provincia y el Hospital Posadas. Ambas situaciones parecieran terminar atentando contra el normal funcionamiento del Hospital como efector de la salud:

“Este hospital pasó teóricamente a la provincia de Buenos Aires, la provincia nunca lo aceptó, entonces es un hospital transferido a provincia, pero, administrado por la Nación y nada más. Con presupuesto de ambas partes, y la Nación a lo largo del tiempo tuvo que ocuparse del hospital, a veces no tenía muchas ganas, pero, no le quedaba otra porque se venía el despelote acá y ahora dicen que lo quieren renacionalizar. Digamos, actuales autoridades dicen querer renacionalizarlo y transformar el Posadas en “el mascarón de proa” del sistema sanitario, bueno, son cosas que nos transmiten a nosotros que Kirchner quiere transformar [...]” (Directivo de la AP).

“[...] en realidad lo nuestro es medio atípico, lo del hospital Posadas, porque en realidad todavía no tenemos una definición de a qué ámbito pertenecemos. [...] nosotros históricamente fuimos nacionales pero en el año 92 por una Ley del presidente Menem pasa a la provincia de Buenos Aires. Duhalde lo rechaza, no lo quiere al hospital dentro de la provincia de Buenos Aires y eh... hay un acuerdo entre el Ministerio de Salud de la provincia y el Ministerio de Salud de Nación, en la cual el Ministerio de la Nación se hace cargo del hospital, se hace cargo del hospital en el orden nacional y la provincia, aportaría el 40% del presupuesto anual con la coparticipación federal. O sea, hasta entonces el día de la fecha, hasta el día de hoy, el Hospital Posadas no tiene definición política del ámbito al que pertenece, o sea nosotros estamos peleando para que se defina por el ámbito nacional, porque es medio ambiguo, es decir, en este momento somos provinciales, pero con un salario que se corrige dentro de los nacionales [...]” (Profesional de la salud, enfermero).

Por último, Lo Vuolo y Barbeito también advierten una tendencia a privatizar la oferta o modificar las relaciones entre el Estado, las provincias y los municipios, sin un programa integral de reformas sino de acciones sectoriales y aisladas, impulsadas por objetivos

fiscales (Lo Vuolo y Barbeito, 1998: 284). Esta tendencia queda expuesta en forma explícita en el siguiente relato:

“Aparentemente seguimos siendo de Nación, incluso se está pidiendo en niveles profesionales, en los gremios y todo, están pidiendo, que el Ministerio se expida para saber definitivamente en qué situación estamos. [...], el tema es que aparentemente Nación se lo quiere sacar de encima y provincia no lo quiere, porque es un monstruo, es un presupuesto muy importante” (Jefa consultorios de Neonatología).

Conclusiones

Consideramos que el proceso de autogestión del Hospital Posadas, tal como lo muestran los entrevistados en sus relatos, implicó el traspaso de ciertas responsabilidades sanitarias desde el Ministerio de Salud al hospital sin una previa definición de su pertenencia jurisdiccional, sin un prediseño adecuado del sistema de transferencias y, sin el apoyo de la instancia nacional. A su vez, la dirección del Hospital aún se encuentra intervenida desde hace años, sin poder normalizar su situación. En este contexto, el proceso de descentralización del hospital Posadas y su autogestión, parece adquirir características conflictivas que ubican a la institución en una coyuntura desfavorable y que pone en evidencia la falta de coordinación entre las relaciones intergubernamentales. Asimismo, en la percepción de los entrevistados, aparece una imagen de la gestión administrativa del hospital como “poco transparente”, y como desvinculada del resto de los servicios de la institución. De esta forma, entendemos que no hubo una previa revisión de las capacidades institucionales del hospital, necesarias para llevar adelante el Proyecto de Reforma.

En consecuencia, el proceso de autogestión se revela como un simple y desordenado traspaso de la gestión de los mecanismos técnico-administrativos. Esto se debió a que no hubo desde el Ministerio de Salud una estructura institucional articulada de unidades responsables de la formulación y ejecución de políticas de salud, que permitiera llevar adelante el proceso de descentralización tal como fue diseñado en sus objetivos programáticos. En específico, pudimos observar que el objetivo referente a lograr “promover la participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población” desde la perspectiva de los actores no se cumple. Por

otro lado, vemos cómo en los fragmentos de los entrevistados la autogestión aparece (en la mayoría de los casos) como un proceso que implica solo una transformación en los aspectos financieros de la institución. Desde este punto de vista, se ve a la autogestión como un proceso que podría perjudicar la equidad en el acceso a la salud. De este modo, aparecen en los relatos actitudes de resistencia por parte del personal hacia la autogestión.

Finalmente, en este escenario, vemos que la descentralización del Hospital Posadas que podría ser entendida como un proceso de reforma del Estado, en realidad constituye un proceso que contempla medidas que sólo instrumentan el desplazamiento fronterizo trazado entre los dominios legítimos de la sociedad y el Estado Nacional. Correlativamente, la descentralización también modifica el campo de acción de ciertos actores sociales, produciendo una serie de consecuencias sobre las relaciones de producción, la legitimidad de los dominios públicos y privados, y el poder relativo de diferentes actores sociales o estatales.

Bibliografía

BAMBAS, Alexandra y CASAS, Juan Antonio: *Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. Equity and Health Views from the Pan American Sanitary Boureau*, Washington DC.

BISANG, Roberto y CETRÁNGOLO, Oscar (1997): *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*, en: *Serie de Reformas de Política Pública*, Proyecto Regional CEPAL, n° 47, Santiago de Chile, Naciones Unidas.

DÍAZ DE LANDA, M.; LARDONE y CINGOLANI, M. (2000): “Oportunidades y restricciones para la cooperación intermunicipal en los servicios descentralizados. El caso del sistema de salud en Córdoba, Argentina”, Santo Domingo: 5^{to} Congreso Internacional del CLAD, sobre Reforma del Estado y la Administración Pública.

DI GROPELLO, Emanuela y COMINETTI, Rosella [comp.], (1998): *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL.

HELLER, Hermann (1942): *Teoría del Estado*, México, Fondo de Cultura Económica.

HINTZE, S. [coord.], (1996): “Problemáticas, enfoques y técnicas en el estudio de las políticas sociales”, en *Políticas Sociales. Contribución al debate teórico-metodológico*, Buenos Aires, colección CEA-CBC.

LARDONE, M.; LARDONE y CINGOLANI, M. (2006): *Gobiernos bajo presión, Relaciones Intergubernamentales y reforma del Estado. El caso Córdoba*, Argentina, EDUCC.

LEMUS, Jorge (2001): *Salud pública. Marco conceptual e instrumentos operativos*, CIDES.

LO VUOLO, Rubén y BARBEITO, Alberto (1998): *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador*, Ciepp: Miño y Dávila Editores.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN (1997): *Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos, Hospital Público de Autogestión*, segunda edición, Argentina.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, PRONATASS (1994): *Normas de descentralización para establecimientos de salud*, Argentina.

----- (1994): *Instrumentos para el Hospital Público de Autogestión*, Argentina.

NORTH, DC. (1990): *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Nueva Cork, Cambridge University Press.

OSZLAK, Oscar (s/r): *Estado y Sociedad: ¿Nuevas reglas del juego?*, Biblioteca Virtual TOP: www.top.org.ar/publicac.htm.

----- (1980): *Políticas públicas y regímenes políticos, Estudios*, Buenos Aires, CEDES, vol. III, n° 2.

----- (1996): “Estado y Sociedad: las nuevas fronteras” [Ponencia]. Mendoza: 9^{no} Congreso Nacional de Administración Pública, organizado por la Secretaría de la Función Pública, el Instituto Nacional de Administración Pública, la provincia de Mendoza y la Universidad Nacional de Cuyo.

----- (2000): “El mito del Estado mínimo, una década de reforma estatal en Argentina” [Ponencia]. Santo Domingo: 4^{to} Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública.

---- y O’DONNELL, Guillermo (1976): *Estado y políticas estatales en América Latina*, Buenos Aires, Doc. CEDES/CLACSO, n° 4.

PAHO (2001): en BAMBAS, Alexandra y CASAS, Juan Antonio: *Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. Equity and Health Views from the Pan American Sanitary Boureau*, Washington DC.

ROJAS, Fernando (1999): “The political context of decentralization in Latin America”, en: BURJI, S. y PERRY, G. [eds.]: *Decentralization and accountability of the American and Caribbean*, Washington DC, World Bank.

TOBAR, Federico (1998): *Modelos de gestión descentralizada en hospitales públicos*, Buenos Aires, Ediciones Isalud.