

# **DESCENTRALIZACION DE LA SALUD PUBLICA EN LOS NOVENTA: UNA REFORMA A MITAD DE CAMINO\***

**Coordinador de la investigación: Fabián Repetto  
Equipo de investigación: Karina Ansolabehere, Gustavo Dufour,  
Carina Lupica y Fernanda Potenza  
Asesor: Horacio Rodríguez Larreta**

**Documento 55**

**Octubre de 2001**

---

\* Elaborado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia.

## PRESENTACION GENERAL

*En el último cuarto de siglo, en particular en los años '90, han ocurrido una serie de importantes transformaciones que redefinieron la relación entre el Estado y el mercado, así como entre las distintas jurisdicciones propias de un país federal. En ese marco, también el sistema de políticas sociales ha sufrido cambios de relieve. Entre ellos cabe destacar las distintas expresiones de la descentralización (al menos en cuanto a su expresión de transferencia de responsabilidades hacia niveles inferiores de gobierno) que se pusieron de manifiesto en los casos de educación y salud, así como en lo referido a ciertos recursos destinados a programas alimentarios. Tales cambios se expresaron, por ejemplo, en el modo en que se han redefinido las responsabilidades sobre el manejo del gasto social, una vez descontado el gasto previsional. De hecho, entre 1980-1997 el gasto social provincial y municipal en sectores sociales pasó del 65,15% al 82,9% del gasto público social total.*

*En ese marco se inscribió la investigación llevada adelante en el año 2000 por un equipo de investigadores del Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (Fundación Gobierno y Sociedad) y el Grupo Sophia, la cual se concentró en los sectores de salud y educación, así como en los recursos asociados a las intervenciones alimentarias. Tomando en cuenta la importancia creciente que ha ido adquiriendo la gestión social en el plano provincial como expresión del doble proceso de reforma estatal y cambios en la institucionalidad de las políticas sociales, así como la ausencia de información sistematizada al respecto, los propósitos de este estudio se centraron en diagnosticar la forma en que el proceso de descentralización sectorial se expresó de manera diversa según las características propias de las diferentes jurisdicciones provinciales y de las derivadas de la relación con el nivel nacional del Estado. Esto habría de facilitar insumos, asimismo, para reflexiones analíticas de carácter comparado, tanto a nivel de sectores o áreas de intervención social como de entidades subnacionales.*

*Para cumplir con el objetivo central de la investigación, se trabajó con técnicas cualitativas de relevamiento de información: se analizó documentación de los servicios y*

*programas sociales analizados (normativa, organigramas, documentos de programas) e información secundaria (estadísticas socioeconómicas, información presupuestaria, de prestaciones y beneficiarios atendidos). También, se realizaron entrevistas semiestructuradas a funcionarios nacionales y provinciales e investigadores de estas temáticas, considerados referentes claves a los fines de este estudio.*

*Ante la dificultad de analizar la descentralización de las políticas sociales (en los sectores seleccionados) desde Nación a todas las provincias argentinas, elegimos cuatro de ellas siguiendo criterios que permitiesen nuclear “grupos de provincias” en función de diversos aspectos socioeconómicos, políticos y administrativos, con el objetivo de elegir una provincia de cada grupo y trabajar sobre ella como caso testigo. De este modo se seleccionó a Buenos Aires, Chaco, Mendoza y Neuquén.*

*Los participantes del estudio, así como las instituciones auspiciantes, deseamos agradecer el apoyo brindado por un amplio número de personas, que de una u otra manera colaboraron para que esta investigación se pudiera llevar a cabo. La responsabilidad por los errores u omisiones que aún perduran es exclusiva responsabilidad del coordinador del equipo.*

# DESCENTRALIZACION DE LA SALUD PUBLICA EN LOS NOVENTA: UNA REFORMA A MITAD DE CAMINO

## INTRODUCCION

El propósito del presente trabajo consiste en identificar y analizar las estrategias de descentralización impulsadas por el Estado nacional durante la década del noventa en relación con el subsector público del sistema de salud. En términos generales, podemos definir la descentralización como una transferencia de responsabilidades, capacidades y/o recursos desde un nivel superior de gobierno a otro inferior. A efectos metodológicos, en el análisis de este sector se tomó como punto de partida la concepción que guió las decisiones del Estado nacional, razón por la cual se analizarán como “descentralizadoras” aquellas estrategias que fueron presentadas como tales por los actores nacionales durante la década del noventa<sup>1</sup>. Así, a los fines de esta investigación se identificarán dos variantes de estrategias de descentralización impulsadas desde el Estado nacional respecto del subsector público de salud: por un lado, la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales y, por el otro, la promoción de la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión.

A pesar de que nuestro propósito es analizar las transformaciones impulsadas respecto de uno de los tres subsectores del sistema de salud, también se hará referencia general a los restantes subsistemas - de la seguridad social y privado – por dos razones. En primer lugar, debido a que algunas de las estrategias impulsadas desde el Estado nacional se comprenden mejor en el marco de las transformaciones más globales propuestas para el sistema de salud durante la última década. En segundo término, debido a que la interacción entre los tres subsectores asume características particulares en cada una de las provincias, lo cual proporciona diferentes marcos para el análisis aquí propuesto.

A lo largo de este trabajo, intentaremos mostrar que:

---

<sup>1</sup> Consideramos que esta aclaración es de particular relevancia metodológica debido a que muchos actores provinciales no consideraron como “descentralizadoras” las estrategias que aquí se analizan debido a que no habrían supuesto una verdadera transferencia de poder.

- a) Ninguna de las dos estrategias de descentralización desarrolladas durante los años noventa fueron propias de ese momento, ya que movimientos en estas direcciones venían desarrollándose desde las décadas del cincuenta y sesenta. La dinámica que adquirieron esas propuestas a lo largo de la década del noventa puede explicarse por las necesidades de corto plazo de las autoridades nacionales asociadas a disminuir el déficit público, así como al activo rol de dichos actores (en conjunto con su coalición de apoyo) por promover una mayor responsabilidad de las provincias en materia sanitaria.
- b) El proceso de transferencia de los hospitales públicos, que culminó en 1992, constituyó meramente un desplazamiento de las responsabilidades administrativas desde el nivel nacional a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires. En este sentido, solamente implicó una mayor carga presupuestaria para las administraciones provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires, pero no conllevó cambios sustantivos en cuanto a mejoras en la calidad de atención o apertura a la participación comunitaria.
- c) En los casos en que no se inscribió en el marco de un proyecto provincial de descentralización, el régimen de Hospital Público de Autogestión – impulsado por el Estado nacional - no promovió cambios sustantivos en la administración de los hospitales: solamente amplió las posibilidades de recaudar recursos a través de fuentes alternativas.

Con este propósito, se comenzará por analizar la evolución del sistema de salud en la Argentina a fin de enmarcar históricamente las transformaciones acaecidas en la última década, y se caracterizará a los actores de mayor relevancia para el abordaje del sector. A continuación, se describirán las estrategias de descentralización de la salud pública desde la perspectiva con que fueron elaboradas desde el nivel nacional, identificando las posiciones tomadas frente a ellas por parte de los diferentes grupos y sectores involucrados. Seguidamente, se observará la existencia o ausencia de estrategias de descentralización impulsadas por las provincias estudiadas durante la década del noventa, analizando en qué medida éstas se articularon con los proyectos impulsados desde la Nación, a partir de lo cual se podrá explorar el impacto en la capacidad de gestión en materia de salud pública.

# **I. CARACTERIZACION DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA: ESCENARIO Y ACTORES**

Las estrategias de descentralización impulsadas desde el Estado nacional en relación con el subsector público de salud tienen la particularidad de presentar antecedentes históricos que se remontan a fines de la década del cincuenta. De ahí la importancia de observar algunos hitos relevantes ocurridos con anterioridad al período objeto de nuestra investigación. Asimismo, resulta relevante brindar un panorama de la evolución y situación actual de los tres subsistemas de salud. De esta manera, se procura dar cuenta tanto del escenario en el cual se deben analizar las transformaciones ocurridas en el subsector público como del mapa de actores relevantes a efectos de los procesos estudiados.

## **I.1. Evolución histórica del sistema de salud**

Importantes estudios sobre la evolución histórica del sistema de salud en la Argentina coinciden en identificar al menos cuatro etapas en función del nivel de concentración o descentralización de las decisiones tomadas respecto del sector, así como también del poder relativo de los principales actores involucrados (Estado, obras sociales y agentes privados) y los paradigmas en el marco del cual éstos se movían. Estas etapas refieren a los siguientes períodos: hasta 1945; de 1945 a 1955; de 1955 a 1978; y de 1978 hasta la actualidad<sup>2</sup>.

### **Hasta 1945**

El paradigma imperante hasta principios de la década del cuarenta consideraba a la salud como una cuestión de responsabilidad individual, objeto de la caridad. En este marco, la función que debía cumplir el Estado era marcadamente subsidiaria: se limitaba a cuidar la higiene pública, controlar epidemias, vigilar la sanidad de fronteras y de la asistencia frente a contingencias no previstas. Esta concepción subsidiaria del rol de Estado respecto de la salud tenía su correlato claro en la estructura del Estado Nacional: el sector estaba representado por el Departamento Nacional de Higiene –dependiente del Ministerio del Interior- y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales – en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

---

<sup>2</sup> Los trabajos en los que nos hemos basado para la reconstrucción histórica de la evolución del sistema de salud son los de Arce (1993); Belmartino y Bloch (1994); Belmartino y otros (1991); Bisang y Cetrángolo (1997); González García y Tobar (1999); Katz y colab. (1993); Tobar (2000).

Bajo diferentes denominaciones, los analistas del sector describen el funcionamiento en este período como un entramado de actores (estatales, sociedades de beneficencia, mutuales, privados) caracterizado por su desarticulación y una baja capacidad de formulación/gestión de políticas a largo plazo. Como era común que cada institución proveedora de servicios de salud contara con su propia capacidad instalada, existía escasa ligazón entre sectores.

### **Entre 1945 y 1955**

Este período estuvo signado por el paradigma de la “salud pública”, bajo la consideración de que el cuidado de la salud del conjunto de la población era responsabilidad del Estado en el marco de una acción colectiva. De ahí la creciente injerencia del Estado Nacional en la planificación, inversión y administración de los servicios de salud. En la estructura estatal, el cambio de paradigma se reflejó en la creación del Ministerio de Salud Pública.

Es en esta etapa cuando se desarrolló y consolidó un Estado planificador y prestador hegemónico, bajo cuyo impulso se expandió la cobertura sanitaria del subsector público<sup>3</sup> y se nacionalizaron todos los establecimientos públicos (desplazando a las sociedades de beneficencia de su patrocinio). Durante este período también se desarrolló una red de centros de atención ambulatoria y se llevaron a cabo una gran cantidad de programas para problemas sanitarios específicos (como el de lucha contra enfermedades endémicas).

Respecto de los demás actores constitutivos del sistema de salud argentino, se observa la tendencia de las entidades mutuales a reagrupar a los trabajadores por rama de producción, dando lugar, de esta manera, a un incipiente conjunto de obras sociales sindicales. Sería este el origen del subsector de la seguridad social en el campo de la salud, lo cual habría de afectar en el futuro al sistema en su conjunto. El funcionamiento de las obras sociales se caracteriza en esta etapa por el aporte no obligatorio de los afiliados a los fondos manejados, en gran parte, por los sindicatos; la prestación de servicios se concentra

de manera exclusiva en los afiliados (titulares y familiares) y posee una elevada autonomía funcional.

### **Entre 1955 y 1978**

A partir de 1955 se retoma y afianza la concepción del Estado subsidiario. Asimismo, se observa una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud. Por un lado, las obras sociales cobraron gran importancia dentro del sistema de salud. Asimismo, se realizaron las primeras transferencias de los hospitales públicos nacionales a las provincias.

En 1970, la Ley N° 18.610 extendió de manera obligatoria el sistema de obras sociales a toda la población trabajadora<sup>4</sup> y la Ley N° 19.032 hizo lo propio en relación con los jubilados y pensionados. Lejos de impulsar la provisión directa (centrada en servicios de su pertenencia) o la participación del sector público en el sistema, a partir de la sanción de estas leyes se afianzó la tendencia ya existente a la contratación con el sector privado, el cual comenzaría a expandirse bajo la forma de empresas de medicina prepaga o planes médicos de clínicas y sanatorios dirigidos, principalmente, a los sectores de mayores recursos (González García y Tobar: 1999; 142).

Con el propósito de constituir un sistema más federal bajo la coordinación del nivel central,<sup>5</sup> se impulsaron un conjunto de reformas tendientes a transferir a las provincias y a los municipios los establecimientos públicos nacionales.<sup>6</sup> El proceso fue impulsado por el informe técnico que realizó en 1957 una misión de la Oficina Panamericana de la Salud acerca de la situación hospitalaria en la Argentina. En dicho informe se planteó la escasez

---

<sup>3</sup> Siendo Ministro Ramón Castillo, se duplicó la capacidad hospitalaria de 60.000 a más de 120.000 camas. Junto al recientemente creado Ministerio de Salud, cabe señalar también el rol ejercido por la Fundación Eva Perón (entidad de ayuda social vinculada al poder político).

<sup>4</sup> Asimismo, esta Ley homogeneizó los descuentos salariales, especificó las responsabilidades de los empleadores sobre la recaudación y creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) a cargo de la conducción del subsector. La implementación de esta normativa redundó en un importante aumento del poder de los sindicatos, que posteriormente se pretendió recortar a través de la Ley 22.269 de 1980. Esta última – que sólo fue aplicada parcialmente por no haberse reglamentado – eliminó la afiliación obligatoria, aumentó los aportes de los empleados y estableció la obligación de que el 80% de los fondos recaudados fueran destinados a la atención médica.

<sup>5</sup> En este marco surgió el Comité Federal de Salud, antecedente del Consejo Federal de Salud creado en 1981.

<sup>6</sup> La primer transferencia se realizó en el año 1957, pero un año después los establecimientos fueron reintegrados a la esfera nacional debido a la baja capacidad financiera y técnica de las provincias. Otros hitos de este proceso fueron: la Ley N° 16.432 del Presupuesto 1962, a través de la cual se instrumentó la transferencia de hospitales a las provincias de Santa Cruz, Formosa, Tucumán y Córdoba y la Ley N° 18.586 de 1968, en cuyo marco se suscribieron convenios de reciprocidad con otras provincias.

de recursos humanos, la baja atención preventiva, la mala coordinación entre organismos encargados de la medicina social, sanitaria y asistencial, la obsolescencia de edificios y equipos, la débil normatización de la arquitectura hospitalaria y el déficit de la infraestructura asistencial en zonas rurales (Katz *et al*, 1993: 20-21).

Las evaluaciones realizadas sobre este proceso subrayan la falta de asistencia técnica y financiera para una adecuada descentralización, lo cual produjo un rápido deterioro de los establecimientos y, en paralelo, de la hegemonía estatal en la oferta de servicios. Asimismo, algunos estudios remarcan el carácter incompleto de la descentralización de este período: quedaron establecimientos bajo la órbita del Estado nacional y el proceso no se continuó, en la mayor parte de los casos, en una instancia posterior de descentralización microeconómica, toda vez que las provincias replicaron los esquemas centralizados heredados de la Nación (Bisang y Cetrángolo, 1997: 30).

A los fines de esta investigación, cabe señalar tres experiencias desarrolladas con el propósito de modernizar y agilizar la administración de los establecimientos públicos de salud. Durante la década del sesenta se impulsó en la provincia de Buenos Aires un proyecto de reforma de los hospitales orientado a desarrollar la descentralización administrativa, la participación de la comunidad y del personal en las decisiones, así como la obtención de fuentes alternativas de financiamiento, dada la creciente intervención de las obras sociales en la financiación de la atención médica. Implementado como experiencia piloto en dos hospitales regionales (los hospitales de Mar del Plata y Gonnet, conocidos como “hospitales de la reforma”), este proyecto duró menos de tres años pero, de acuerdo con algunos investigadores del tema, dejó un saldo muy favorable (Arce: 1993; 168).

Otro proyecto impulsado en la misma época fue en de los hospitales que se enmarcan en la modalidad autárquica de los “Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad” (SAMIC), creada en 1967 por Ley N° 17.102. Esta norma fue innovadora en la medida en que previó para los hospitales la figura de personería jurídica, sin la cual el establecimiento no goza realmente de capacidad decisoria para actuar de manera descentralizada. Junto con la personería jurídica, la mencionada ley también previó la figura de estatuto propio, la conducción del establecimiento a cargo de un Directorio integrado por representantes de la comunidad y presidido por el Director, el desarrollo de

diferentes fuentes de financiamiento y la participación de los profesionales en la distribución de los recursos.

Finalmente, en 1971 se sancionó la Ley N° 19.337 de Descentralización Hospitalaria e institución de los Hospitales de la Comunidad, a partir de la cual se estableció una delegación de funciones administrativas, la cual no llegó a concretarse. A través de esta Ley se intentaba conseguir una mayor independencia de los hospitales respecto del origen y destino de sus recursos y lograr la integración y coordinación entre los subsectores público, privado y de la seguridad social. En 1973, la Ley N° 20.222 modifica la del año 1971, pero nuevamente factores presupuestarios y organizativos, además de los políticos, obstaculizan el proceso.

En relación con la articulación del sistema en su conjunto, el Estado Nacional intentó – sin éxito - atenuar los niveles de fragmentación a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El SNIS se creó en 1974 con el propósito de conformar un sistema único de salud, con eje en el Estado, que asegurara un acceso igualitario a la salud para toda la población. Este proyecto no logró suscitar el interés de las obras sociales ni de la mayoría de las provincias. No obstante, hasta su intervención tras el golpe militar de 1976, el SNIS registró avances en San Luis, La Rioja, Formosa y Chaco. De acuerdo con algunos autores, esta experiencia puso en evidencia la dificultad del Estado Nacional para articular a los miembros del sistema de salud por el camino legislativo (Katz y colab., 1993: 25).

### **Entre 1978 y 1989**

Hacia fines de los años setenta, el rol del Estado en el financiamiento y la provisión de salud había caído progresivamente. Asimismo, su capacidad instalada se había deteriorado y los stocks de capital en el sector no habían sido repuestos (González García y Tobar; 1999: 142). A partir de 1978, el Estado nacional retomó con énfasis la política de descentralización iniciada durante la etapa anterior. Por medio de la Ley N° 21.883, se aprobaron los convenios suscriptos entre el Ministerio de Bienestar Social de la Nación con la Municipalidad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. El propósito fue transferir a esas jurisdicciones 65 hospitales (*Ver anexo de normativa*).

De acuerdo con Bisang y Cetrángolo (1997), este proceso de transferencia se caracterizó por dos rasgos básicos: por un lado, los gobiernos provinciales que firmaron los acuerdos con la Nación eran meros delegados del Poder Ejecutivo Nacional durante un gobierno de facto, lo cual habría disminuido las posibilidades de una transferencia negociada. Por otro lado, se observa que la transferencia de hospitales públicos, al igual que en el caso de los establecimientos educativos transferidos por entonces, no fue acompañada por ningún mecanismo de compensación financiera<sup>7</sup>.

En momentos en que los recursos provinciales presentaban una sustancial recuperación, el Estado Nacional presionó a las provincias para que emprendieran un ajuste fiscal adicional, haciéndose cargo de mayores funciones sin recibir nuevos recursos. Sobre esta base, Bisang y Cetrángolo concluyen que la transferencia obedeció a motivaciones fiscales antes que a razones de política sectorial (Bisang y Cetrángolo: 1997; 31).

En el año 1986, una resolución puso en vigencia la Ley 19.337 de 1971 y su reforma de 1973, realizándose de esta manera la descentralización administrativa de 7 hospitales en 1988 y 12 en 1989. Tras el fracaso del Sistema Nacional Integrado de Salud impulsado en la década de los setenta, y en el marco del retorno a la institucionalidad democrática, a mediados de los ochenta se avanzó en la propuesta de un nuevo marco normativo para articular los diferentes subsectores. Tras complejas disputas políticas, donde se hicieron sentir fuertemente las presiones de los diferentes actores del conjunto del sector, a fines de 1988 se sancionaron las Leyes N° 23.660 de “Obras Sociales” y la N° 23.661 de “Seguro Nacional de Salud” (*Ver anexo de normativa*). Estas normativas no habrían de ejercer, sin embargo, influencia alguna en lo que quedaba de la década, toda vez que la crisis política y económica que aquejaba al país y particularmente al gobierno de

---

<sup>7</sup> Esto último constituiría, una vez restaurada la democracia, el argumento utilizado por las provincias para fundamentar sus reclamos de una mayor participación en la distribución de los recursos nacionales. A fines de 1987, cuando se discutió la redacción de una nueva ley de Coparticipación, se decidió incrementar el porcentaje de la distribución primaria correspondiente a las provincias en una proporción equivalente al costo de los servicios transferidos en 1978.

Alfonsín impidió que fuesen reglamentadas<sup>8</sup>. Veamos no obstante el contenido central de dichas leyes.

La Ley de “Obras Sociales” no introdujo significativas modificaciones en relación con la Ley N° 18.610 de 1970: mantuvo a la totalidad de las obras sociales como prestadoras del sistema, sujetas ahora a un marco más amplio por ser también agentes del Seguro Nacional de Salud. Se mantuvo la obligatoriedad de la afiliación para los trabajadores en relación de dependencia, pero se eliminó la cláusula de adhesión obligatoria a la obra social de la rama de actividad.

Por su parte, el “Seguro Nacional de Salud” previó la responsabilidad del Ministerio de Salud y Acción Social sobre la articulación y coordinación de los servicios de salud de los diferentes subsistemas, pero dando un mayor protagonismo a las obras sociales. En la Ley se previó una progresiva descentralización del Seguro, delegando las funciones, atribuciones y facultades de la Secretaría de Salud de la Nación (MSAS) y de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSES) a las jurisdicciones provinciales y a la Municipalidad de Buenos Aires mediante la firma de convenios<sup>9</sup>.

Durante este período, el subsector privado fue aumentado su importancia, en tanto se vio favorecido por la política económica desarrollada por el gobierno entre 1977 y 1981: la sobrevaluación de la moneda nacional junto con la reducción de las barreras arancelarias constituyeron un importante incentivo para que los prestadores importaran tecnología médica.

En síntesis, analizando la evolución del sistema de salud en la Argentina puede observarse que ninguna de las dos estrategias de descentralización planteadas en los noventa fueron propias de esa década, sino que reconocen antecedentes que datan de mediados del siglo XX. Las transferencias de hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales comenzaron a fines de la década del cincuenta. Por su parte, ya en la década

---

<sup>8</sup> Tanto la Ley N° 23.660 como la N° 23.661 se reglamentaron recién en 1993, a través de los Decretos N° 9 y N° 576 respectivamente. De acuerdo con la opinión de algunos autores, la reglamentación hizo que se avanzara en la conformación de un sistema de salud alejado de los objetivos de esas leyes en materia de equidad e integración del sistema (Cetrángolo, 1998: 25).

siguiente nos encontramos con proyectos orientados a dotar de mayor autonomía a los hospitales, contemplando el logro de una mayor participación del personal y de la comunidad en la conducción del establecimiento y la recaudación de fondos a través de fuentes alternativas. Para comprender el renovado impulso que tuvieron estas estrategias en los noventa es necesario revisar el mapa de actores relevantes para el sector, así como su dinámica y cambio de dotación de recursos durante los últimos años.

## **I.2. Los actores<sup>10</sup> y una “fotografía” del escenario a finales del siglo XX**

Un rasgo distintivo del sistema de salud de la Argentina es la coexistencia desarticulada de tres grandes sub-sectores: el público, el de la seguridad social (obras sociales) y el privado. A nivel agregado, cada uno de estos sectores puede ser considerado como un entramado de reglas donde coexisten múltiples actores, a la vez que se diferencian entre sí principalmente respecto de su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de sus recursos. Asimismo, también se observa diversidad de intereses, de recursos y de fundamentos ideológicos al interior de cada uno de estos sectores. En el caso específico del subsector público, el mapa de actores incluye a protagonistas de los diferentes niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal) así como su relación con los actores de la seguridad social y también, más recientemente, de los organismos internacionales de crédito.

### **Sub-sector público**

El subsector público está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud, que funcionan bajo la coordinación de los Ministerios y Secretarías de Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal). Dentro de este subsector, la Nación – en la figura del Ministerio de Salud (MS)<sup>11</sup>– asume en los noventa funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. (*Ver anexo de normativa*) En la práctica, el rol del nivel central es acotado debido a que el porcentaje de gasto público que actualmente maneja es muy pequeño. Si se considera el Gasto Público

---

<sup>9</sup> Por medio de esta Ley también se creó la Administración del Seguro de Salud (ANSSAL), en reemplazo del INOS.

<sup>10</sup> A los fines de este trabajo, consideraremos como actores a: “Aquellos individuos o grupos que ocupan una posición estratégica en el sistema de decisiones y que responden, en el proceso de formación de políticas, por las funciones de articulación en el campo cognitivo y del campo del poder. En tanto mediadores son quienes definen los temas de debate y el marco intelectual en el cual se desarrollan las negociaciones, alianzas y conflictos que sustentan la toma de decisiones.” (Belmartino: 1998; 2-3).

<sup>11</sup> Durante el período bajo análisis este Ministerio tuvo la denominación de “Salud y Acción Social”, modificándose su nombre a partir del cambio de la Ley de Ministerios (Art. 23 de la Ley 25.233) en diciembre de 1999.

Consolidado del sector salud se observa que, entre 1980 y 1997, el correspondiente al nivel nacional apenas superó en algunos casos el 20% sobre el total del gasto en los diferentes niveles de gobierno (cfr. Cuadro 5).

Por el contrario, durante las últimas décadas, se ha visto reforzada la importancia de los Ministerios o Secretarías de Salud provinciales, los cuales como producto de un progresivo proceso de transferencia de establecimientos iniciado tempranamente – aunque con diferencias según las jurisdicciones - han tenido que ir haciéndose cargo de la mayoría de los hospitales públicos que en algún momento fueron nacionales.

Siendo que las provincias cuentan con autonomía respecto de las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, el poder de decisión del Ministerio de Salud de la Nación se ve acotado. En base a ello, algunos autores sostienen que las políticas sustantivas del MS tienen valor meramente indicativo y la concreción de acciones determinadas desde el Estado nacional dependen de coincidencias de nivel político más general (Bisang y Cetrángolo: 1997; 24).

Por su parte, los municipios tienen un rol residual en la administración de los servicios de salud, que habiendo sido transferidos por la Nación a las provincias no fueron mayoritariamente descentralizados por éstas a los niveles locales. No obstante, cabe señalar que la importancia de los Municipios como financiadores y administradores de los hospitales públicos es diferencial según las jurisdicciones, siendo la provincia de Buenos Aires la que presenta mayor porcentaje de hospitales públicos municipales.

Cabe señalar la existencia en el sub-sector público de la salud de un organismo interjurisdiccional, creado en 1981 por medio de la Ley N° 22.373 con el propósito de promover la articulación entre los diferentes niveles: el Consejo Federal de Salud (COFESA) (*Ver anexo de análisis de normativa*). El COFESA está integrado por la autoridad de salud pública de más alto nivel en el orden nacional, a nivel provincial y de la Ciudad de Buenos Aires, y es presidido por el Secretario de Salud Pública de la Nación. Entre las funciones del COFESA se encuentran las de analizar los problemas de salud presentes en todo el país y en cada una de las provincias, identificar sus causas y recomendar cursos de acción orientados a lograr una política sectorial estable. La creación

del COFESA se enmarca en el proceso de transferencia de establecimientos retomado por el gobierno nacional en 1978. Así, se expresa en la normativa que:

*“... siguiendo la filosofía del Proceso de Reorganización Nacional, el Ministerio de Bienestar Social ha transferido a las provincias casi todos sus establecimientos médico asistenciales y se halla en la tarea de extender a corto plazo dicha transferencia a la totalidad de los restantes. La aplicación efectiva de esa política de descentralización debe ir acompañada de las medidas necesarias para consolidar la capacidad de normatizar, organizar y fiscalizar el desarrollo de la acción planeada con perspectiva nacional de la gestión sectorial en todo el país” (Ley 22.373, 1981).*

### **Características de su cobertura, capacidad instalada y gasto**

En términos teóricos, el subsector público brinda potencial asistencia a la totalidad de la población del país. La distribución geográfica de sus servicios es sumamente amplia, con presencia en las zonas consideradas no rentables por el subsector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda efectiva de este subsector es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores. Según datos de la Encuesta de Desarrollo Social (1997), se estima en poco más de un tercio la población que sólo accede a los servicios de salud del subsector público (13,4 millones de personas). Cabe señalar que este porcentaje asciende a casi los dos tercios si se considera a los hogares del quintil más pobre (Cuadro 1).

**Cuadro 1: Población total por tipo de cobertura de salud según quintiles de ingreso per capita del hogar. Total país (en %)**

Tipos de cobertura	Quintil de ingreso per cápita del hogar					
	Total	1	2	3	4	5
<b>Obra social</b>	50,3	30,4	51,2	59,2	65,8	61,1
<b>Mutual o prepaga</b>	7,9	3,8	6,6	7,4	10,7	16,1
<b>Obra Social y prepaga</b>	4,2	1,4	2,2	4,1	5,2	12,2
<b>Sólo Emergencias</b>	1,3	1,4	1,1	1,8	1,2	1,0
<b>Sólo Hospital Público</b>	36,3	63,0	38,9	27,5	17,0	9,7
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100

Fuente: SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social; 1997.

En términos comparativos, la participación de los establecimientos asistenciales del sector público dentro del total de establecimientos de los diferentes subsectores ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo. Sin embargo, si se analiza la cantidad absoluta de

establecimientos, se observa que entre 1969 y 1995 estos aumentaron considerablemente (Cuadro 2), lo cual se enmarca en un fuerte aumento de la oferta global.

**Cuadro 2: Establecimientos asistenciales con y sin internación según sector, total país: años 1969, 1980 y 1995**

Años	1969		1980		1995	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Sector público</b>	3720	58	4648	51	6971	44
Obras sociales	264	4	364	4	222	1
Sector privado	2344	36	4039	45	8873	55
Comunitarios	141	2	-	-	-	-
Total (*)	6469	100	9051	100	16085	100

Fuente: INDEC. (\*) Incluye establecimientos de tipo mixto.

Según la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina (datos relevados en 1995), existen en el país más de mil doscientos establecimientos públicos con internación, la mayoría de los cuales son hospitales. La mayor parte de ellos son establecimientos provinciales y sólo una mínima proporción depende del nivel nacional. Nótese que ya en 1980 – tras la transferencia de fines de los '70 – la proporción de establecimientos en la órbita nacional era muy baja (Cuadro 3).

**Cuadro 3: Cantidad de establecimientos con y sin internación del subsector público, según nivel de dependencia: años 1980 y 1995**

Año		Total	Dependencia administrativa							
			Secretaría de Salud						Otras oficiales	
			Nacional		Provincial		Municipal			
			Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1980 (*)	Sin internación (**)	3341	27	0,78	2638	76,00	689	19,85	117	3,37
	<b>Con internación</b>	<b>1177</b>	<b>24</b>	<b>2,04</b>	<b>869</b>	<b>73,83</b>	<b>214</b>	<b>18,18</b>	<b>70</b>	<b>5,95</b>
	Total	4648	51	1,10	3507	75,45	903	19,43	187	4,02
1995	Sin internación	5740	9	0,16	3772	65,71	1766	30,77	193	3,36
	<b>Con internación</b>	<b>1231</b>	<b>7</b>	<b>0,57</b>	<b>856</b>	<b>69,54</b>	<b>237</b>	<b>19,25</b>	<b>131</b>	<b>10,64</b>
	Total	6971	16	0,23	4628	66,39	2003	28,73	324	4,65

Fuente: Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995.

(\*) Los datos de 1980 han sido ajustados según las definiciones empleadas en la actualización de la Guía.

(\*\*) Incluye los establecimientos que cuentan con internación breve u hospital de día.

Si bien en tiempos recientes se observa que la capacidad instalada – considerando como indicador la disposición de camas – del sector público es proporcionalmente la más alta, debe destacarse su marcada declinación en las últimas décadas (*Cuadro 4*).

**Cuadro 4: Camas en establecimientos asistenciales según sector, total país: años 1969, 1980 y 1995**

Años	1969		1980		1995	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<i>Sector público</i>	97.688	74	91.034	62	84.094	54
Obras sociales	4.977	4	8.045	6	4.403	3
Sector privado	30.095	22	46.611	32	67.243	43
Total (*)	133.847	100	145.690	100	155.822	100

Fuente: INDEC

(\*) Incluye establecimientos de tipo mixto.

Respecto de los recursos humanos, lo que prevalece es el doble vínculo laboral, principalmente de los profesionales y técnicos, que en su mayoría desarrollan actividades en el sector privado en forma independiente o vinculados a los establecimientos del subsector público (Iriart, 1997: 129). El personal no sólo está sujeto a los bajos salarios estatales, sino que ese hecho se combina conflictivamente, al tratarse de empleados públicos provinciales, con las recurrentes crisis de las economías de las jurisdicciones subnacionales.

Al analizar la evolución del gasto público consolidado en salud entre los años 1980 y 1997, se observa que ya desde 1980 más de los dos tercios correspondían a las erogaciones de los gobiernos provinciales (*Cuadro 5*).

**Cuadro 5: Gasto Público Consolidado en Salud según distintos niveles de gobierno: años 1980 a 1997 (en millones de pesos y % del Gasto Público Total en el sector social)**

Año	Nación		Provincias		Municipios		Total	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	% de PBI
1980	649	20,86	2.143	68,9	319	10,3	3.111	1,29
1981	543	16,38	2.445	73,8	327	9,9	3.315	1,46
1982	356	16,14	1.647	74,7	203	9,2	2.206	1,07
1983	476	18,83	1.795	71,0	257	10,2	2.528	1,12
1984	470	15,16	2.358	76,1	272	8,8	3.100	1,31
1985	332	11,49	2.164	74,9	393	13,6	2.889	1,39
1986	552	15,74	2.509	71,5	447	12,7	3.508	1,55
1987	750	20,31	2.450	66,3	493	13,3	3.693	1,58
1988	637	19,89	2.168	67,7	397	12,4	3.202	1,40
1989	573	20,99	1.826	66,9	331	12,1	2.730	1,40
1990	507	17,50	1.978	68,3	412	14,2	2.897	1,34
1991	500	14,30	2.463	70,5	533	15,2	3.496	1,44
1992	388	9,03	3.301	76,8	608	14,1	4.297	1,62
1993	504	10,39	3.653	75,3	693	14,3	4.850	1,71
1994	729	13,55	3.843	71,4	809	15,0	5.381	1,77
1995	629	12,56	3.591	71,7	788	15,7	5.008	1,75
1996	649	12,88	3.549	70,5	839	16,7	5.037	1,69
1997 (*)	720	13,68	3.686	70,0	857	16,3	5.263	1,63

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social – Secretaría de Programación Económica y Regional.

(\*) Los datos correspondientes a este año son provisorios.

### Sub-sector de la seguridad social

En los últimos años, debido a la constante disminución de la masa de fondos recaudados -producto del crecimiento del desempleo y del mercado informal, la disminución del valor de los salarios y la rebaja de los aportes patronales, entre otras cuestiones- las obras sociales comenzaron a limitar su cobertura. Así, disminuyeron los contratos con los prestadores, se establecieron copagos para los afiliados y se desarrollaron múltiples trabas administrativas. (Iriart: 1999; 130). Estos cambios no sólo tienen un efecto directo sobre la seguridad social, sino que también afectan indirectamente al sector privado (que en muchos casos está relacionado con la seguridad social como subcontratista) y al sector público (por el trasvasamiento de pacientes que quedan excluidos del sistema de las obras sociales).

Durante la década del noventa, las obras sociales comenzaron a atravesar un proceso de reordenamiento financiero consistente en una desregulación que promueve la libertad de afiliación de los beneficiarios. El objetivo de quienes sostienen dicha estrategia está centrado en la implementación de un modelo competitivo en el que también participen las empresas de medicina prepaga, lo cual ha originado procesos muy complejos de negociación con el sindicalismo a lo largo de esos años. La necesidad política del gobierno de Menem de contar con el respaldo de las organizaciones sindicales para momentos electorales o en otras reformas ligadas al mercado laboral, promovió que la desregulación quedase a mitad de camino.

### *Características de su cobertura, capacidad instalada y gasto*

De acuerdo con datos presentados en el Foro de Políticas Sociales, existían a fines de los noventa 319 obras sociales en el país, que se distribuían de la siguiente manera: 290 obras sociales nacionales integradas al Sistema Nacional de Seguro de Salud, 5 obras sociales nacionales por fuera del SNSS, 23 obras sociales provinciales y la del Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (PAMI)<sup>12</sup>.

Según datos de la Encuesta de Desarrollo Social, en 1997 la mitad de la población contaba con cobertura de obra social (sin incluir a quienes contaban con doble cobertura de obra social y prepaga) (Cuadro 1) Según estimaciones de González García y Tobar (1999), la mayor parte de la población atendida por la seguridad social está concentrada en unas pocas obras sociales: las mayores 50 instituciones concentran el 90% de la población.

A pesar de la magnitud de población atendida por este subsector, el peso de la seguridad social sobre el total de establecimientos asistenciales del país y su capacidad instalada -expresada como la cantidad de camas disponibles en establecimientos asistenciales por sector- es muy baja. Entre 1969 y 1980, los establecimientos asistenciales de las obras sociales representaban sólo el 4% de los establecimientos del sistema de salud. Entre 1980 y 1995 se observa un descenso de esta participación, que alcanza sólo al 1% (Cuadro 2). Estos datos son congruentes con la capacidad instalada del sector (Cuadro 4).

---

<sup>12</sup> Presentación realizada por Federico Tobar en el Foro de Políticas Sociales organizado por la Fundación Gobierno & Sociedad, el 09/11/2000.

Según cálculos de Katz (1998), el gasto anual del conjunto de obras sociales (las reguladas por la ANSSAL, las provinciales y municipales, las del Poder Judicial, el Congreso, las Universidades, las Fuerzas Armadas y las Fuerzas de Seguridad) asciende a \$6.265 millones. Por su parte, el gasto anual per cápita sería de \$376,45 (Cuadro 6).

**Cuadro 6: Gasto anual, anual per cápita y mensual per cápita según sector, total país**

Sector	Gasto anual en millones de pesos	Gasto anual per cápita (en pesos)	Gasto mensual per cápita (en pesos)
Obras sociales (*)	6.265	376,45	31,37
Sector privado	2.573	1169,55	97,46

Fuente: Katz: 1998; 78. (\*) No incluye al PAMI.

### **Sub-sector privado**

Este sub-sector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios, que por lo general tienen medianos y altos ingresos y muchas veces también cuentan con cobertura de la seguridad social (“doble afiliación”). Los alcances de la cobertura del riesgo a asegurar, el monto del aporte (cuota) y las condiciones exigidas para la vigencia del contrato son definidos en los términos del aseguramiento.

Inicialmente, dentro del subsector se desarrolló el sistema de prepagos privados: se trataba de organizaciones que brindaban un conjunto de prestaciones contenidas en diversos planes contra el pago de una cuota. Paulatinamente, estas organizaciones enfatizaron su lógica comercial. Si bien en un principio tenían un fuerte nivel de integración prestacional, concentrando una gran cantidad de actividades al interior de un mismo establecimiento, posteriormente se evidenció un proceso de “desverticalización”, que en algunos casos marcó la aparición de prestadores que comenzaron a operar como redes (Bisang y Cetrángolo, 1997: 27).

### *Características de su cobertura, capacidad instalada y gasto*

Según los datos de la Encuesta de Desarrollo Social, para 1997 la cobertura de las prepagas o mutuales alcanza a casi un 8% de la población, mostrando una clara concentración en los quintiles de mayores ingresos donde este porcentaje se duplica. Por su

parte, la “doble afiliación” (prepaga más obra social) alcanza a un 4% de la población (Cuadro 1).

Durante los últimos años, el subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las obras sociales. Entre 1969 y 1995, la participación del subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó. Mientras que a fines de los años sesenta sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50% (Cuadro 2). Por su parte, la capacidad instalada del subsector, en términos de camas disponibles, se duplicó entre 1969 y 1995 (Cuadro 4). Finalmente, cabe señalar que a pesar de que el gasto anual del subsector es menor en comparación con el subsector público y las obras sociales (\$2.573 millones), su gasto *per cápita* es el más elevado, alcanzando aproximadamente los \$1.170 (Cuadro 6).

## **II. LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD DURANTE LA DÉCADA DE LOS '90: UNA MIRADA DESDE LAS ESTRATEGIAS DE LA NACION**

Tal lo adelantado, durante los años noventa podemos reconocer dos hitos fundamentales que pueden ser considerados estrategias de descentralización en el subsector público de la salud. Estos son la transferencia de 19 hospitales nacionales a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires en el año 1992 y el impulso que desde el Estado Nacional se le dio a la figura de “Hospital Público de Autogestión” (HPA) a partir de la firma del Decreto N° 578 de 1993.

Ninguna de estas estrategias descentralizadoras fue novedosa: como hemos visto en la sección anterior, las transferencias de hospitales nacionales a las jurisdicciones comenzaron a fines de la década del '50. Por su parte, diferentes proyectos orientados a dotar de mayor autonomía a los establecimientos hospitalarios también se vienen impulsando desde la década del '60. Cabe señalar, entonces, que una de las características distintivas del proceso de descentralización del subsector público de salud es su gradualismo, particularmente en relación con la primera de las estrategias señaladas. El hecho de que las transferencias de hospitales se produjeran en sucesivas oportunidades

dejó margen para un cierto “reacomodamiento” progresivo del sistema, sin que esto implique una caracterización de signo positivo sobre el desempeño global del sub-sector.

## II.1. Transferencia de hospitales nacionales

A través del artículo 25 de la Ley N° 24.061 de 1991 (proyección del ejercicio presupuestario de 1992) se dispuso la transferencia de 19 establecimientos que el Estado Nacional conservaba en diferentes jurisdicciones. En el anexo de dicha Ley se enumeran los establecimientos que serían transferidos: 12 correspondían a la Ciudad de Buenos Aires, 4 a la provincia de Buenos Aires y los 3 restantes a la provincia de Entre Ríos (Cuadro 7).

**Cuadro 7: Establecimientos de salud que serían transferidos, según la Ley N° 24.061, según jurisdicción**

Jurisdicción	Hospital o instituto transferido
Ciudad de Buenos Aires	Hospital Nacional Bernardino Rivadavia
	Hospital Nacional Oftalmológico Santa Lucía
	Hospital Nacional Odontológico
	Hospital Nacional de Gastroenterología Bonorino Udaondo
	Hospital Nacional José Bordo
	Hospital Nacional Oftalmológico Pedro Lagleyze
	Hospital Nacional Odontológico Infantil
	Hospital Nacional Braulio Moyano
	Hospital Nacional Infante Juvenil Tobar García
	Hospital Nacional de Rehabilitación Respiratoria Ferrer
	Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica
	Talleres Nacional Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica
Provincia de Buenos Aires	Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas
	Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer
	Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur
	Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca
Provincia de Entre Ríos	Hospital Fianza
	Centro de Salud Concordia
	Colonia de Rehabilitación Mental Diamante

Fuente: Anexos de la Ley 24.061.

Como se señalará más adelante al analizar los casos provinciales, los establecimientos que fueron efectivamente transferidos en 1992 son los que correspondían a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y dos de la provincia de Entre Ríos (hasta 1995, la Colonia de Rehabilitación Mental Diamante dependía del nivel nacional, de acuerdo con los datos de la Guía de Establecimientos Asistenciales). De acuerdo con datos presentados por Bisang y Cetrángolo, los hospitales transferidos empleaban aproximadamente un total de 9.200 agentes y representaban un gasto de \$110,7 millones (Bisang y Cetrángolo, 1997:

32). Este monto equivalía a poco más del 22% del gasto público en salud de la Administración Nacional en 1991 (\$500 millones)<sup>13</sup>.

### **El rol reservado al Estado Nacional**

La Ley N° 24.061 no especificó el rol reservado para el Estado Nacional - concretamente en la figura del Ministerio de Salud - en el proceso de transferencia<sup>14</sup>. Para analizar esta cuestión debemos remitirnos al “Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud”, suscripto entre el Ministro de Salud y Acción Social de la Nación (MSAS) y sus pares provinciales en octubre de 1991, en el marco del COFESA y al Decreto N° 1.269/92 de “Políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud”.

En el marco de las transformaciones que se vinieron dando en la estructura del Estado desde principios de los noventa, por medio del “Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud”, la Nación y las provincias establecieron la redistribución de funciones entre jurisdicciones, en estos términos:

*“El Estado nacional, en coordinación con todas las jurisdicciones, deberá fortalecer su función de orientador, conductor general del sistema, articulador y distribuidor de recursos. Asimismo, deberá resignar su función de administrador de servicios, desarrollando las funciones de planificación, normatización, evaluación, control y fundamentalmente, regulación y fiscalización del sistema<sup>15</sup>, de acuerdo a normas constitucionales. Deberá tender a adecuar su estructura administrativa y contribuir al fortalecimiento de la capacidad de gestión de los Estados Provinciales como también restablecer su condición de soporte técnico” (COFESA: 1991; 6/7).*

Al poco tiempo de haberse suscripto el Acuerdo Federal, hubo un cambio de autoridades sanitarias: en diciembre de 1991 asumió Aráoz como nuevo Ministro de Salud y Acción Social de la Nación, hecho que coincidió con el recambio de los gobiernos provinciales y por ende de los máximos referentes provinciales en materia sanitaria. Las nuevas autoridades nacionales definieron sus funciones e incumbencias a través de las

---

<sup>13</sup> De acuerdo con datos de la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social – Secretaría de Programación Económica y Regional.

<sup>14</sup> A diferencia de esto, y más allá de que se haya cumplido o no posteriormente, en la Ley 21.883 de 1978 sí se atribuían responsabilidades al nivel central respecto de la transferencia: éste consistía básicamente en brindar asistencia técnica y administrativa a las provincias y promover la capacitación del personal afectado a los hospitales transferidos.

<sup>15</sup> Subrayado en el texto original.

“Políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud”, que fueron aprobadas a través del Decreto N° 1.269 (julio de 1992). Algunos autores señalan que este Decreto formalizó mediante una decisión presidencial la redistribución de funciones que había sido acordada el año anterior en el marco del COFESA (Arce: 1997; 12).

El Decreto N° 1.269/92 definió cuatro políticas sustantivas, una de las cuales planteó la redefinición del rol del sector salud del Estado Nacional, fortaleciendo la federalización y descentralización hacia los Estados provinciales. En ese marco, las funciones asignadas al Estado nacional fueron: establecimiento de directivas de políticas para el sector; representación ante organismos internacionales; concertación entre actores intra y extrasectoriales; establecimiento de normas generales; desarrollo de un sistema de información; capacitación; promoción de la investigación y fiscalización.

De esta manera, se puede observar que la transferencia de establecimientos se dio en el contexto de un replanteo explícito de las incumbencias de cada nivel jurisdiccional, orientado a disminuir la participación del Estado Nacional en la prestación de los servicios de salud pública. Asimismo, debe señalarse que las políticas sustantivas que en los años noventa se definieron por medio del citado Decreto fueron las de una de las secretarías del Ministerio de Salud y Acción Social, y no las del Ministerio nacional en su conjunto.

### **Motivaciones subyacentes a la transferencia**

Además de replantear el rol del Estado nacional, el Acuerdo suscripto en 1991 en el marco del COFESA se refirió explícitamente a la “descentralización”, considerada como una estrategia para la reforma del Estado en el sector salud. Se la definió como “*la delegación del poder político, las decisiones y prioritariamente los recursos, acercando de este modo la administración al lugar donde se producen los hechos, dentro de un marco regulatorio unificado*” (COFESA: 1991; 13). En este documento se sostuvo que la descentralización tendría como objetivos: “*a) en lo asistencial: la mejor calidad de los servicios; b) en lo sanitario: la equidad, la accesibilidad y la cobertura universal; c) en lo político: la participación institucional y comunitaria en todas las etapas; d) en lo económico: el mejor uso de los recursos evitando duplicaciones y desvíos; y e) en lo administrativo: el incremento de la eficiencia en función de los objetivos anteriores*” (COFESA, 1991: 14).

En el enunciado mismo de los objetivos coexisten distintas interpretaciones del concepto de descentralización en el campo de salud. Siguiendo a Filmus, puede afirmarse que la estrategia nacional para descentralizar tendría al mismo tiempo motivaciones tanto “economicistas”, “tecnocráticas”, “de calidad del servicio” y “democrático - participativas”<sup>16</sup>. Es evidente que las coaliciones de actores involucrados no estaban guiadas por la articulación armónica y consensual entre los distintos objetivos, razón por la cual deberá observarse el modo en que la percepción más economicista primó sobre las demás.

Prueba de ello, en el mensaje del Poder Ejecutivo que acompañó el proyecto de Ley de Presupuesto de 1992 se argumentó que la descentralización de los hospitales públicos se realizaba como consecuencia de una *“mayor dotación de recursos financieros que se originan como efecto de la Ley N° 23.548, por la que se dio un nuevo régimen de coparticipación federal y que significó un sacrificio en la participación del Gobierno Nacional”* (Cámara de Diputados de la Nación, Trámite Parlamentario N° 95, 13 de septiembre de 1991. Citado en Bisang y Cetrángolo, 1997: 32).

Al indagar acerca de las motivaciones del Estado nacional para transferir los hospitales, investigadores del tema señalaron claramente elementos relacionados con la lógica “economicista” que privilegió la necesidad de ahorro del gasto. Al respecto, fue elocuente el siguiente testimonio:

*“Cuando se analizan los antecedentes de reforma y la transferencia hospitalaria, la sensación que queda es que el problema no pasó porque diez personas entendieron que los ancianos se mueren por falta de atención, los chicos no tienen leche para tomar o que no llega la gasa al hospital. Más bien el problema fue caracterizado de otra manera: Nación, por x cuestiones que no vienen al caso, se quedó sin ingresos y se quedó con un montón de egresos. Buena parte de los egresos se efectúan sobre una territorialidad sobre la cual Nación no tiene jurisdicción. Conclusión: el Estado nacional no le puede quitar la fuente de recaudación y las provincias le pasaban el gasto. Entonces, el*

---

<sup>16</sup> Nos basamos aquí en la distinción que hace Filmus (1996) acerca de las lógicas subyacentes a los procesos de descentralización. Estas son: la “lógica economicista”, que privilegia la necesidad de ahorro del gasto; la “lógica tecnocrática”, que privilegia la eficientización del proceso de toma de decisiones; la “lógica de mejora de la calidad” del servicio social que se presta; y la “lógica democrático – participativa”, basada en el otorgamiento de mayor autonomía y poder de decisión a las instancias locales y regionales.

*Estado nacional le pasó los hospitales. Al no poder equilibrar los ingresos, el nivel central se sacó los egresos de encima”<sup>17</sup>.*

Tomando como referencia el mensaje citado del Poder Ejecutivo y las entrevistas realizadas en el marco de esta investigación, se puede concluir que la lógica que motivó la transferencia de hospitales de 1992 estuvo orientada a lograr en el corto plazo el equilibrio fiscal de las cuentas nacionales, antes que haberse originado en motivaciones sectoriales o en las otras presentes en el documento del COFESA. Efectivamente, al analizar la evolución del gasto público en salud del Estado nacional (Cuadro 5) se observa entre los años 1991 y 1992 una disminución del gasto del orden del 22%, que fue mayoritariamente originada en la transferencia de los hospitales nacionales<sup>18</sup>.

El hecho de que a partir de 1991 se eliminaron todas las transferencias financieras del Tesoro Nacional con finalidad específica (excepto las del POSOCO), canalizándose todos los recursos a través de la Coparticipación Federal, tuvo implicancias significativas para el sub-sector de la salud pública. Por esta disposición fue eliminada la distribución de los fondos asignados al Programa de Apoyo en Salud (PAS) que desde 1969 venían siendo transferidos a las provincias. De acuerdo con estimaciones presentadas por Arce (1997), estos fondos llegaron a representar sólo el 1% del gasto público en salud en el caso de Neuquén, pero alcanzaron al 18,7% en el caso de Formosa. Para el Ministerio de Salud de la Nación, por su parte, constituían una herramienta poderosa para reforzar su peso político en la administración del sistema.

En suma, la organización de la provisión pública de la salud – marco en que se inscribe la transferencia de establecimientos de 1992 – está íntimamente relacionada con las disputas entre la Nación y las provincias por el reparto de los recursos tributarios recaudados por el Estado nacional. Y en este sentido, tal estrategia de descentralización no puede ser entendida como un hecho aislado, sino en el contexto de la redefinición de las relaciones financieras entre Nación y provincias que se plantearon con el régimen de Coparticipación Federal de impuestos.

---

<sup>17</sup> Entrevista realizada a Roberto Bisang, investigador. Fue realizada en el marco de esta investigación, el 16/06/00.

<sup>18</sup> No obstante, a partir de 1993, el gasto del nivel nacional superó los niveles registrados antes de la descentralización, lo cual se liga al aumento de los recursos para afrontar aquellas tareas que quedaron en manos del nivel central.

## II.2. Hospitales Públicos de Autogestión

En junio de 1993 se creó el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión, a través del Decreto N° 578, que definió los requisitos que debían cumplir los hospitales para ser considerados “Hospital de Autogestión”, así como también las atribuciones que tienen los establecimientos de esta categoría.

En el documento *Hospital Público de Autogestión: marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*, el Ministerio de Salud y Acción Social explicó:

*“Se entiende por “descentralización” al proceso de transferencia de competencias en el manejo de los recursos a los efectores, al cambio de figura jurídica del hospital en ente descentralizado y a la reestructuración técnica y administrativa para lo cual deberán incrementar su capacidad de gestión y resolución de acciones sanitarias sobre la población del área programática. En este caso la “autogestión” es una “gestión delegada” y no supone – en ningún caso – la posibilidad de una “autofinanciación” (MSAS: 1996; 57/58).*

En el mismo documento se caracterizó el contexto de surgimiento de esta propuesta de la siguiente manera:

*“En la actualidad, el hospital público, como parte integrante del sistema estatal de salud, brinda asistencia a la clase indigente no protegida, subsidia a las obras sociales prestando servicios a sus beneficiarios sin retorno financiero, atiende la creciente demanda de sectores sociales con mayor capacidad económica que son atraídos por el prestigio profesional médico de la institución en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento, cubre lo relativo a emergencias y accidentología sin cargo a los aseguradores, al tiempo que ejerce funciones de escuela médica y asegura el progreso científico. Dada la gama de actividades desarrolladas por el hospital público y los distintos perfiles de usuarios que recurren al mismo, puede afirmarse que, en términos económicos, existe transferencia 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” (MSAS, 1996: 53)*

La preocupación por cobrarle a las obras sociales las prestaciones brindadas a sus asegurados ya aparecía en el Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud de 1991. En efecto, en este documento se hizo referencia a los problemas derivados del hecho de que el subsector público funcionara como un subsistema de apoyo a las obras sociales, sin que éstas pagaran todo lo que les correspondía (COFESA, 1991: 5). En el marco de estas

preocupaciones, el desarrollo del HPA está, según la visión oficial, orientado a lograr una mejora del aporte presupuestario histórico al incorporar la recuperación indirecta del gasto producido por las prestaciones brindadas a las personas cubiertas por otros subsectores (MSAS: 1996; 54). La base conceptual subyacente del Decreto N° 578 se concentraba en reemplazar el “subsidio a la oferta” por el “subsidio a la demanda” (art. 10), lo cual implicaría que todo paciente que concurriese al hospital público contaría con algún tipo de financiación, ya sea de la seguridad social, de las empresas prepagas o del Estado.

A través del mencionado decreto, además de crearse el Registro Nacional de HPA, se delimitaron los deberes y atribuciones de los hospitales que funcionen bajo esta modalidad (*ver anexo de normativa*). Así, se estableció que los establecimientos que fueran registrados como HPA podrían, por ejemplo:

- cobrar los servicios que brindasen a personas con capacidad de pago o terceros pagadores (obras sociales, mutuales, prepagas, seguros de accidentes, medicina laboral, etc);
- recibir los aportes presupuestarios asignados por su jurisdicción según su producción, rendimiento y tipo de beneficiario;
- disponer sobre la ejecución presupuestaria y los recursos generados en el propio HPA;
- designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada y sancionar al personal conforme a las normas vigentes en cada jurisdicción;
- elaborar su propio reglamento interno; e
- integrar redes de servicios.

Por su parte, los establecimientos que calificasen como HPA deberían, entre otros aspectos:

- cumplir con los requisitos básicos del “Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica” elaborado por la Secretaría de Salud<sup>19</sup>, alcanzando indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad;
- aprobar una evaluación periódica de control de eficiencia y calidad;

---

<sup>19</sup> El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica fue creado mediante la Resolución Secretarial N° 432 en noviembre de 1992. Está constituido por un conjunto de componentes relacionados con: habilitación y categorización de establecimientos asistenciales; matriculación, certificación y especialización profesional; normatización del funcionamiento, organización, procedimientos, diagnóstico y tratamientos de la atención médica; fiscalización y control sanitario; evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud; asesoramiento y cooperación técnica.

- elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional para su aprobación el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos genuinos;
- elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos necesarios;
- extender el horario de atención de sus servicios brindando asistencia entre las 8 y las 20 horas (a excepción del servicio de emergencias); y
- prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos en forma gratuita y disponer de un área de servicio social para establecer la situación socioeconómica y el tipo de cobertura de la población que demande sus servicios.

Una de las principales innovaciones del régimen de Autogestión consistió en el sistema de débito automático que garantizaba el pago de las obras sociales de las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los HPA. El Decreto estableció que si los terceros pagadores no saldaban el pago de lo facturado por los HPA en un plazo de 30 días corridos a partir de la presentación de la liquidación mensual, el HPA podía reclamar el pago al ANSSAL<sup>20</sup>. Este procedería al débito de lo facturado de la cuenta del agente y al pago de la misma dentro de los 15 días hábiles de efectuada la retención (art. 15 y 16). La introducción de este sistema resultaba relevante, en tanto los hospitales tenían frecuentes dificultades para cobrar sus facturas a las obras sociales, ya que éstas priorizaban la cancelación de sus compromisos con los prestadores privados.

El Decreto N° 578/93 previó, asimismo, que los ingresos que el HPA percibiesen por el cobro de las prestaciones serían administrados directamente por el mismo hospital, distribuyéndose entre:

- a) un fondo de redistribución solidaria asignado por el nivel central;
- b) un fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del establecimiento; y
- c) un fondo para la distribución mensual entre todo el personal del hospital en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

---

<sup>20</sup> En 1996 la ANSSAL fue reemplazada por la Superintendencia de Servicios de Salud.

En cuanto a los trámites para la inscripción, el citado decreto estableció que a los efectos de la puesta en marcha del Registro, las jurisdicciones podrían inscribir por única vez a todos los hospitales que adhirieran al sistema con la sola presentación de una carta de intención estableciendo su compromiso a adecuar esos establecimientos (art. 18). Asimismo, se estableció que podrían ser incluidos en el Registro los establecimientos asistenciales que por su localización geográfica, nivel de complejidad y características locales no cumplieran totalmente los requisitos (art. 17). De acuerdo con los datos suministrados por el Registro Nacional de HPA, hasta el 31 de diciembre de 1999 se habían inscripto 1.153 establecimientos, que se distribuían de la siguiente manera a nivel de jurisdicciones:

**Cuadro 8: Establecimientos inscriptos en el Registro de Hospitales Públicos de Autogestión y su capacidad instalada, por tipo de dependencia**

Jurisdicción	Cantidad de establecimientos		Capacidad instalada (camas)
	Abs.	%	
Nacional	7	0,61	2.395
Provincial	745	64,70	46.997
Municipal	394	34,06	18.914
Universitarios	6	0,53	1.003
Otros	1	0,09	460
Total	1153	100,00	69.769

Fuente: Registro Nacional de Hospitales de Autogestión. Inscripciones al 31/12/99.

**Cuadro 9: Establecimientos inscriptos en el Registro de Hospitales Públicos de Autogestión y su capacidad instalada, por jurisdicción**

Jurisdicción	Cantidad de establecimientos	Capacidad instalada (camas)
Capital Federal	40	10.805
Buenos Aires	299	24.486
Catamarca	13	634
Córdoba	127	1.666
Corrientes	16	1.300
Chaco	46	1.769
Chubut	30	931
Entre Ríos	64	4.704
Formosa	7	504
Jujuy	23	1.937
La Pampa	66	718
La Rioja	44	532
Mendoza	41	2.942
Misiones	41	1.410
Neuquén	0	0
Río Negro	28	1.252
Salta	17	1.739
San Juan	14	1.376
San Luis	17	659
Santa Cruz	1	230
Santa Fe	131	5.871
Santiago del Estero	53	1.898
Tierra del Fuego	2	167
Tucumán	33	2.239
Total	1153	69.769

Fuente: Registro Nacional de Hospitales de Autogestión. Inscripciones al 31/12/99.

### **El rol reservado al Estado Nacional**

Es importante señalar que debido al alto grado de autonomía de los sistemas de salud provinciales, de los cuales dependen casi la totalidad de los establecimientos hospitalarios, el proyecto de HPA impulsado desde el nivel nacional requirió necesariamente para su desarrollo no sólo de la adhesión de las provincias, sino también de medidas concretas por parte de éstas, tendientes a aumentar el margen de autonomía para la administración de los hospitales. Esto fue señalado por el Ministerio de Salud y Acción Social al definir al HPA como un hospital descentralizado que actuará de acuerdo a las normas vigentes en cada jurisdicción y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas (MSAS, 1996: 54)

Respecto de la estrategia de impulsar la figura de los HPA, el rol del Estado nacional se concentró en brindar capacitación y asistencia técnica. El art. 12 del Decreto N° 578/93 estableció que las actividades de apoyo y la cooperación técnica necesarias para

la implementación del HPA y para la formación y capacitación de sus recursos humanos serían canalizadas a través de la Secretaría de Salud del MSAS. Para ello, el Estado Nacional gestionó un préstamo del Banco Mundial superior a los 100 millones de dólares, con el cual se financió el Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL).

El PRESSAL fue formulado en 1994, comenzó su ejecución en 1995 y se extiende hasta el 2001. Este programa desarrolló una experiencia piloto en tres jurisdicciones: Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires y Mendoza. En ellas se seleccionaron establecimientos que recibieron aportes en infraestructura, equipamiento, capacitación y asistencia técnica. En el resto de las provincias se financiaron algunos proyectos menores, principalmente de consultorías para la reforma institucional de los establecimientos. Cabe mencionar que al momento de llevar a cabo esta investigación, el programa no había realizado evaluaciones que acreditaran el impacto de las acciones financiadas sobre la calidad de los servicios brindados en los hospitales beneficiados.

### **Intereses en juego en la implementación de Hospital Público de Autogestión**

Como ya hemos indicado, el Hospital Público de Autogestión (HPA) reconoce como antecedentes viejos proyectos tendientes a modernizar y agilizar la administración de los establecimientos públicos. Entre ellos se encuentran los “hospitales de la reforma”, una experiencia piloto desarrollada en la década del '60 en la provincia de Buenos Aires; los hospitales que se enmarcan en la modalidad autárquica de los “Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad” (SAMIC) creada en 1967 por la Ley 17.102; y los Hospitales de la Comunidad, modalidad establecida por la Ley 19.337 de 1971. Sostendremos entonces que el proyecto de HPA se instaló nuevamente como cuestión en la agenda gubernamental en los noventa, al menos, por dos razones. En primer lugar, porque las autoridades nacionales lo relacionaron con una preocupación más general para el sistema en su conjunto – como es la reconversión de las obras sociales – en el marco de un contexto signado por la escasez de recursos. En segundo término, por el fuerte impulso dado a este proyecto – como así también a la reconversión y desregulación de la seguridad social – por parte de organismos internacionales. En el caso de las provincias, sus motivaciones e intereses habrán de ser analizados en la siguiente sección.

Desde la perspectiva del Estado nacional, puede observarse que la estrategia de impulso de los HPA se insertó en la reforma más global del sector salud. El proyecto de HPA y la desregulación de las obras sociales serían, desde la perspectiva de algunos especialistas consultados, las dos líneas principales pensadas para la transformación del sistema en su conjunto. En este sentido, son ilustrativas algunas reflexiones realizadas por el funcionario que coordinó el PRESSAL hasta 1997:

*“El Hospital de Autogestión tenía por lo menos tres grandes objetivos (...) las tres reformas que debería hacer un país en salud. La primera es reformar el modelo de atención primaria generando estímulos al financiamiento de la atención primaria y a la reconversión de los agentes sanitarios que se desarrollan en ella, asignatura pendiente hoy en la Argentina. (...) La segunda es la reforma hospitalaria, sobre todo en el modelo de financiamiento del hospital y el modelo de gerenciamiento del hospital. Y la tercera es la reforma del financiamiento, la reforma de la seguridad social, que yo diría que es la reforma en la que más se ha avanzado en la Argentina. En materia del hospital de autogestión lo que se pretendía, más allá de lo que dice los objetivos del decreto que son bastante claros, lo que se pretendía, por un lado, era un apalancamiento para que en la capacidad de recuperar costos el hospital indujera a las obras sociales a una reconversión interna, evitando justamente los subsidios del sector público a un sectores que tienen financiamiento propio. Este era el objetivo macro. En lo micro, hospital hacia adentro, era empezar a generar herramientas de gestión hacia dentro del hospital, de manera tal que el hospital no solamente tuviera capacidad de entender que toda prestación de salud tiene un costo, sino plantearse la posibilidad de recuperar esos costos para aquellas personas – aquellos beneficiarios – que tuvieran algún tipo de seguro o cobertura.(...) Intentaba ser un primer eslabón de una especie de cadena de cambios. No era el final de, sino el inicio de la reforma”<sup>21</sup>.*

Las motivaciones del Estado nacional respecto del HPA eran, según la opinión de este actor clave, de dos órdenes: por un lado, inducir un proceso de reforma a la seguridad social para evitar un subsidio desde el Estado y, por otro, impulsar un proceso interno al hospital a fin de que éste introdujera herramientas de gestión y cambiara su cultura operativa. En la entrevista realizada, el funcionario rechazó terminantemente que el “arancelamiento” o la “privatización” de la salud pública fuera una de las motivaciones subyacentes al modelo de HPA. No obstante, admitió la ocurrencia de ciertas “distorsiones”:

---

<sup>21</sup> Entrevista a Roberto Pagano, coordinador del PRESSAL entre 1994 y 1997. Fue realizada en el marco de esta investigación, el 23/08/00.

*“Equivocada o intencionadamente se ha planteado que habría una suerte de privatización del hospital o arancelamiento del hospital o proceso de selección adverso del hospital de expulsar a los no cubiertos y tratar de solamente ingresar a aquellos que tuvieran cobertura para poder facturar. Nunca estuvo en los objetivos del proyecto ese tipo de distorsión, aún cuando uno puede entender que pueda ocurrir algún tipo de estos mecanismos.”*

En el marco de este trabajo se relevaron también posturas más críticas respecto del proyecto de HPA, pero que coincidieron con el testimonio anterior en relacionarlo con el proceso más global de reconversión de las obras sociales. Una investigadora del tema, que al momento de darse a conocer el proyecto de HPA formaba parte de un equipo de estudio destinado a formular una propuesta para la descentralización hospitalaria, sostuvo que:

*“Todo esto se liga al proceso de reforma de las obras sociales. El Banco Mundial primero va a decir “la lógica es que el Estado gaste lo menos posible. Transforman esta lógica del sector público para convertirlo en un tomador de fondos del sector privado y de la seguridad social. Entonces tienen que operar también sobre las obras sociales. En ese sentido es un proyecto que articula al sistema como ningún otro. Lo que pasa es que lo articula bajo el comando de la lógica privada y del capital financiero multinacional”<sup>22</sup>.*

Acerca de las motivaciones que sustentaron el proyecto de HPA, Iriart agregó otros elementos para el análisis, al señalar que:

*“La idea era fragmentar y segmentar el conflicto. Porque si los hospitales analizan cual es la lógica del sistema en su conjunto, es obvio que las obras sociales no le iban a pagar nunca. Porque las obras sociales están en una crisis también.”*

En lo que refiere al accionar de los organismos internacionales, se constata que durante los años noventa, los créditos otorgados por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la reforma del sector salud han constituido una herramienta clave para promover sus perspectivas de la descentralización y la desregulación. Asimismo, han sido también un recurso de poder en manos del Estado Nacional, utilizado para direccionar el sistema en su conjunto. Arce se refiere a esta convergencia de intereses entre los Bancos y el Estado Nacional al advertir que:

*“Este fenómeno se ampara por un lado en políticas de los Bancos, orientadas a fortalecer la capacidad de gestión institucional y la infraestructura sanitaria y social de los países en desarrollo y, por*

---

<sup>22</sup> Entrevista a Celia Iriart. Fue realizada en el marco de esta investigación, el 11/04/00.

*otro lado, en la necesidad del Ministerio de Salud y Acción Social de reforzar su capacidad de liderazgo nacional, respaldando sus proyectos con inversiones financieras trascendentes” (Arce: 1997; 15).*

Concretamente, el modelo de HPA que se pretendió difundir a través del PRESSAL constituye, de acuerdo con algunos autores, una propuesta global del Banco Mundial para los países en desarrollo, antes que un producto elaborado en función de las particularidades locales. Más allá de la interpretación de los sectores involucrados, sí es claro el importante rol que jugaron los organismos internacionales de crédito en la transformación del sector salud en su conjunto.

Tradicionalmente, los sindicatos han jugado un rol relevante en el marco del sistema de salud, en tanto administradores de las obras sociales. Asimismo y tal como se indicó antes, el mantenimiento del poder sindical sobre las mismas ha sido para el gobierno central un elemento de negociación en relación con otras reformas, como es el caso de la flexibilización laboral<sup>23</sup>. En un principio, los sindicatos no habrían visto en la puesta en marcha de los HPA un motivo de preocupación. Con el paso del tiempo, este proyecto comenzó a ser visto como un intento de "privatización" o "arancelamiento" de la salud pública, ante el cual los sindicatos se opusieron férreamente, más aún por la asociación de esta propuesta a la óptica de los organismos internacionales de crédito. Algunos de los testimonios relevados señalan que, en realidad, la resistencia de los sindicatos se asocia exclusivamente con las erogaciones que ahora necesariamente pasarían a girar hacia el sub-sector público.

En lo que refiere a la posición de los sindicatos directamente involucrados en el subsistema público de salud, en los casos en que los hospitales adhirieron al régimen de HPA, el principal tema de conflicto resultó ser la definición de los criterios con los cuales se distribuye entre los empleados el fondo mensual previsto para estos propósitos. En este marco, la oposición de los sindicatos se redujo en el caso en que los recursos alternativos captados por los HPA fueron de montos considerables, lo cual redundó en un engrosamiento significativo de los sueldos del personal.

---

<sup>23</sup> Este argumento es sostenido, por ejemplo, por Rosalía Cortés y Adriana Marsall en su artículo "Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los noventa". *Desarrollo Económico*, vol. 39, N° 154, Buenos Aires, julio – septiembre de 1999.

Las organizaciones médicas, que están organizadas como grandes corporaciones a nivel nacional desde los años sesenta, también tuvieron una significativa gravitación sobre la reciente dinámica del sector de la salud, en particular en lo referido a los HPA. En este caso, la reacción inicial fue de rechazo, al asociar el proyecto con la introducción de conceptos economicistas en la salud, distorsivos del “arte de curar”. A partir de los testimonios relevados, se puede señalar que con el correr del tiempo los profesionales médicos comenzaron a observar en este proyecto no sólo un medio de mejorar la infraestructura y el equipamiento del hospital, sino también un camino para mejorar sus ingresos personales a partir de los recursos captados a través de esta nueva modalidad.

En la siguiente sección analizaremos concretamente los cambios acaecidos en cada una de las provincias bajo estudio a raíz de la adopción del régimen de Hospitales Públicos de Autogestión, toda vez que la transferencia de hospitales sólo afectó a la Provincia de Buenos Aires (en los casos seleccionados en nuestro estudio).

### **III. LA DESCENTRALIZACION Y LA SALUD PUBLICA EN LAS PROVINCIAS**

#### **III.1.- UN MARCO GENERAL**

En esta sección se analizará en detalle la existencia o ausencia de estrategias de descentralización impulsadas por las provincias estudiadas durante la década del noventa, analizando en qué medida éstas se articularon con los proyectos impulsados desde la Nación. Esto implicará, asimismo, una mirada sobre algunos de los impactos centrales de la descentralización.

Habiendo analizado en la sección anterior, en términos globales, las motivaciones del Estado nacional para transferir los hospitales a las provincias, podemos preguntarnos ahora cuáles fueron las motivaciones de éstas últimas para aceptarlos con bajo nivel de oposición. Un elemento para este análisis lo brinda el hecho de que, a diferencia de las demás funciones sociales (educación, alimentación y vivienda), no existe ningún fondo que se distribuya de acuerdo con indicadores que correspondan al sector salud, ni cuenta éste con una asignación específica de los fondos transferidos por Coparticipación Federal

(Bisang y Cetrángolo, 1997: 20). Por ello, dado que los montos coparticipados no deben ser utilizados necesariamente en el sector, los gobiernos provinciales vieron en la transferencia de hospitales la posibilidad de recibir fondos que mejoraran su situación financiera global.

La posibilidad de recibir fondos adicionales que mejoraran su situación financiera global resultó la principal motivación de las jurisdicciones subnacionales para aceptar la transferencia de establecimientos. Otra importante motivación está relacionada con la posibilidad de disponer de puestos de empleo público –prenda clave para la negociación política- que a partir de la transferencia pasaron a depender de las jurisdicciones provinciales. Como se señaló anteriormente, los hospitales transferidos en 1992 empleaban aproximadamente un total de 9.200 agentes.

Por otro lado, las motivaciones de las provincias para adherir al régimen de HPA tienen, al menos, tres orígenes. En primer lugar, la incorporación a este régimen suponía el respaldo del Estado nacional para el cobro a las obras sociales - y otros agentes terceros pagadores - de las prestaciones brindadas por el hospital a sus asegurados. Esto venía realizándose con anterioridad al Decreto N° 578/93 a través de la aplicación de normativa provincial diseñada para la recuperación de fondos, pero no se contaba con el sistema de "débito automático" implementado a través del ANSSAL (actual Superintendencia de Servicios de Salud). El ex coordinador del PRESSAL lo explicó de la siguiente manera:

*“En el régimen anterior no había un mecanismo de compensación, sino que lo que debía hacer el hospital era luego accionar comercialmente contra la obra social, con lo cual esto se traducía en expectativas que nunca se concretaban. Aún cuando la obra social tuviera solvencia, el trámite de cobro era casi imposible”<sup>24</sup>.*

Otro testimonio relevado abona esta hipótesis:

*“Lo que me llama la atención es cómo la Nación no teniendo más hospitales – ya los había transferido – piensa que va a lograr que las provincias acepten el decreto. Entonces el Estado nacional recurre a un fuerte incentivo: en el artículo 1° del decreto se dice que pueden cobrar de forma automática...Y efectivamente eso motivó a las provincias a aceptar, porque a una velocidad astronómica las provincias empiezan a adherir al HPA”<sup>25</sup>.*

---

<sup>24</sup> Entrevista a Roberto Pagano.

<sup>25</sup> Entrevista a Celia Iriart.

En segundo lugar, la adhesión al régimen de HPA podría traer aparejados beneficios en tanto estos establecimientos incluidos en el registro podrían recibir las prestaciones del PRESSAL. Finalmente, cabe señalar como incentivo para las provincias la laxitud del sistema de acreditación, tanto como la inexistencia de evaluaciones periódicas para verificar el cumplimiento de requisitos básicos. Al respecto, comentó el ex coordinador del PRESSAL:

*“Con el tema de los requisitos se trató que no fuera una cuestión de exclusión sino de indicios. La idea era ir ajustando los requisitos con el correr del tiempo. (...) También hubo una convicción de seguimiento y evaluación. Los objetivos se cumplieron en parte porque al ser en dos jurisdicciones distintas (Nación fiscaliza, pero los establecimientos son provinciales), no quedaba claro qué capacidad de sanción había para los casos de incumplimiento”<sup>26</sup>.*

De esta manera, desde la perspectiva provincial, la adhesión al régimen de HPA resultaba ventajosa: existían altas probabilidades de recibir beneficios - recursos alternativos derivados del pago de terceros pagadores y, como mínimo, asistencia técnica derivada del PRESSAL - y eran pocos los requisitos que se debían acreditar. Observemos en el contexto de estos intereses en juego la evolución del gasto público provincial en materia de salud pública entre 1993 y 1998:

---

<sup>26</sup> Entrevista a Roberto Pagano.

**Cuadro 10: Gasto público de los gobiernos provinciales en atención pública de la salud – Presupuesto ejecutado en millones de pesos de 1997**

<b>Año</b>	<b>Buenos Aires</b>	<b>Chaco</b>	<b>Mendoza</b>	<b>Neuquén</b>	<b>Gasto Total Provincial</b>
1993	762,21	69,98	163,34	68,58	3.308,33
1994	765,40	76,21	139,07	89,72	3.563,86
1995	806,37	87,11	134,57	96,65	3.515,13
1996	911,89	89,38	128,09	88,20	3.544,01
1997	946,14	103,37	133,19	95,53	3.700,30
1998	1.042,02	100,80	145,93	103,16	3.751,99

Fuente: Secretaría de Programación Económica y Regional – Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.

Según se advierte, Buenos Aires comienza el período analizado representando el 23% del gasto total provincial en atención pública de la salud y termina con casi el 30% en el año 1998. Chaco y Neuquén pasan del 2% a casi el 3% del gasto total provincial en este rubro, mientras que Mendoza disminuye su participación en el gasto provincial de casi un 5% a menos del 4%. Al analizar el presupuesto ejecutado por estas provincias entre 1993 y 1998 se observa que casi todas las jurisdicciones ven incrementados sus gastos: la excepción es Mendoza, donde disminuyen de \$163 millones a casi \$146 millones.

Cabe dar cuenta, a su vez, de algunos indicadores generales sobre la situación de la demanda en materia de salud en el contexto de la puesta en marcha de los HPA, tomando en cuenta los casos provinciales seleccionados. Uno de los indicadores más utilizados para medir la calidad de vida de la población es el de esperanza de vida al nacer. Mientras que Buenos Aires y Mendoza se encuentran por encima de la media nacional, Chaco está en situación deficitaria respecto de este indicador, situándose entre las provincias más rezagadas. Esto mismo se constata si tomamos indicadores de brecha asociados a la esperanza de vida, tales como la “diferencia en años respecto a la provincia de mayor esperanza de vida” o la “privación de la esperanza de vida”.

**Cuadro 11: Esperanza de vida<sup>27</sup> al nacer, diferencia en años con respecto a la provincia con mayor esperanza de vida y privación de la esperanza de vida<sup>28</sup>, según división político – territorial. Años 1990-1992**

División político - territorial	Esperanza de vida al nacer	Diferencia en años con respecto a la provincia de mayor esperanza de vida (Córdoba)	Privación de la esperanza de vida
Total del país	71,93	- 0,86	0,218
Buenos Aires	72,09	- 0,70	0,215
Chaco	69,02	- 3,77	0,266
Mendoza	72,72	- 0,07	0,205
Neuquén	71,39	- 1,40	0,227

Fuente: INDEC, Tabla completa de mortalidad de la Argentina por sexo 1990-1992. Serie Análisis Demográfico 3. Tablas abreviadas provinciales de mortalidad 1990-1992. Serie Análisis Demográfico 4. PNUD, Informe sobre desarrollo humano, 1995 y UN Statistical Yearbook, 1997.

Si tomamos la tasa de mortalidad infantil, se puede observar que la situación fue mejorando a lo largo de las últimas dos décadas, tanto a nivel país como en cada una de las provincias. Siguiendo los datos de 1996, vemos que la provincia de Neuquén se encuentra muy por debajo de la media y, junto con Mendoza, se ubican entre las provincias con valores más bajos de mortalidad infantil. En el otro extremo, Chaco es la jurisdicción donde se registran las tasas más altas de este indicador.

**Cuadro 12: Tasa de mortalidad infantil<sup>29</sup> según lugar de residencia de la madre, 1980, 1990-1996 (Tasa por mil nacidos vivos)**

División político-territorial	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total aglomerados urbanos	33,2	25,6	24,7	23,6	22,9	22,0	22,2	20,9
Buenos Aires	28,4	24,2	24,2	22,4	22,3	21,8	22,2	20,9
Chaco	54,2	35,8	32,3	33,5	34,3	31,4	32,8	34,4
Mendoza	31,8	21,1	23,6	22,1	20,5	18,8	18,4	17,5
Neuquén	31,7	16,9	15,6	16,1	16,2	15,3	14,1	15,7

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES).

El acceso de la población a los diferentes sectores del sistema de salud constituye un dato de relevancia para nuestro análisis, en la medida en que se relaciona directamente

<sup>27</sup> La esperanza de vida es el promedio de años que se espera viva un recién nacido de no variar la tendencia en la mortalidad observada al momento de su nacimiento.

<sup>28</sup> Este indicador asume valores entre 0 y 1 y expresa la distancia que le falta recorrer a un país o jurisdicción para alcanzar el máximo valor normativo establecido por Naciones Unidas para la esperanza de vida.

<sup>29</sup> La tasa de mortalidad infantil representa el porcentaje de muertes de niños menores de un año ocurridas en la población de un área geográfica durante un año por cada 1.000 nacidos vivos.

con la posibilidad que tienen los HPA de recaudar fondos adicionales a través del cobro a terceros pagadores (obras sociales, prepagas, seguros). Al respecto se observa que en Chaco más de la mitad de la población no cuenta con cobertura de la seguridad social ni del sector privado, debiendo recurrir necesariamente al hospital público para su atención. En el otro extremo, la población sin cobertura de la seguridad social o privada se reduce a un tercio en Buenos Aires, aunque dado su peso poblacional esto representa – en términos absolutos – un número mayor de potenciales pacientes para el hospital público.

**Cuadro 13: Porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual, según división político – territorial. Año 1991**

<b>División político – territorial</b>	<b>Población sin cobertura de salud</b>
Total del país	36,9
Buenos Aires	36,7
Chaco	52,2
Mendoza	42,2
Neuquén	40,3

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

### **III.2.- ANALISIS DE LAS PROVINCIAS SELECCIONADAS**

Tomando en cuenta esta caracterización general, a continuación desarrollaremos los cuatro casos seleccionados. Partiremos de la descripción de los sistemas de salud provinciales y sus antecedentes, como así también de las estrategias de descentralización que se impulsaron y desarrollaron como iniciativa de los gobiernos provinciales. A continuación, se analizará la articulación o desarticulación de estos proyectos en relación con aquellas propuestas descentralizadoras impulsadas desde el Estado nacional durante el mismo período (analizadas en la sección anterior), procurando identificar algunas semejanzas y diferencias entre las provincias estudiadas, así como las razones que explican las mismas.

Como se planteó en la introducción, una de las hipótesis de la cual partimos es que en aquellas jurisdicciones donde no se insertó en el marco de un proyecto provincial de descentralización, la adhesión al régimen de HPA se asoció principalmente a la posibilidad de ampliar las vías de financiamiento de los hospitales. Cabe señalar, no obstante, que en muchos casos las provincias contaban con legislación previa habilitante para el recupero de fondos por prestaciones brindadas a obras sociales. Por ello, en cada provincia se dedica un

apartado a los antecedentes legislativos en este tema, sin que por ello lo asociemos a una “descentralización” en su sentido más pleno. La atención que le hemos prestado a los antecedentes de legislación y de políticas dirigidas al recupero de fondos se debe a que, como se ha señalado, fue ésta una de las principales motivaciones por las cuales las provincias adhirieron al régimen de HPA. En cuanto a la transferencia de hospitales, haremos algunas referencias para el caso de Buenos Aires al describir las características de la estructura de su sistema de salud.

## **El caso de Buenos Aires**

### *Características del sistema de salud pública provincial*

A partir de la sanción en 1961 de la Ley Provincial de Regionalización Sanitaria (Ley N° 6.647/61, modificada por la Ley N° 7.016 del año 1965), la provincia de Buenos Aires está dividida en 13 zonas sanitarias que agrupan territorialmente a los distintos partidos de la provincia. Debe señalarse que esta división no corresponde con otras divisiones territoriales, tales como las de seguridad, educación o justicia. Una de las notas distintivas de esta división territorial es la desproporcionada concentración de población en las regiones correspondientes al Conurbano Bonaerense.

La organización territorial que suponen las zonas sanitarias no implicó en la práctica una mayor descentralización en las decisiones de políticas sanitarias, en la medida en que este nivel no cuenta con capacidad decisoria y resolutoria en el ordenamiento de los establecimientos que le pertenecen. Las características más salientes que se manifiestan al analizar la organización del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires son el alto porcentaje de hospitales públicos dependientes de los gobiernos municipales, por un lado, y la alta participación del sector privado – en términos de cantidad de establecimientos – sobre el total del sistema.

Los establecimientos hospitalarios dependientes del nivel municipal representaban – según datos relevados en 1995 – casi el 75% de los establecimientos públicos con internación. Este dato cobra relevancia si se considera que a excepción de la provincia de Buenos Aires, son pocas las jurisdicciones que contaban con hospitales dependientes del nivel municipal, a la vez que la proporción de establecimientos municipales en relación con el total provincial es siempre menor que en el caso bonaerense.

Por su parte, de acuerdo con los datos para 1995, los establecimientos del sector privado constituían dos tercios de la oferta total en la provincia. Asimismo, se advierte una tendencia de aumento en la participación de sus establecimientos sobre el total provincial (Cuadro 14).

**Cuadro 14: Cantidad de establecimientos asistenciales con internación en la provincia de Buenos Aires según dependencia administrativa, años 1980 y 1995**

Año	Total general	Total S. Público	Subsector público				Obras Sociales	Sub. Privado	Otros mixtos
			Nación	Prov.	Mun.	Otros			
1980	744	259	6	67	174	12	27	458	-
1995	816	256	4	57	191	4	15	543	2

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

Se observa también un notable aumento entre los años 1980 y 1995 de los establecimientos asistenciales sin internación – centros de atención primaria – principalmente de aquellos dependientes de los gobiernos municipales y dentro del subsector privado (Cuadro 15).

**Cuadro 15: Cantidad de establecimientos asistenciales sin internación de la provincia de Buenos Aires según dependencia administrativa, años 1980 y 1995**

Año	Total general	Total S. Público	Subsector público				Obras Sociales	Sub. Privado	Otros mixtos
			Nación	Prov.	Mun.	Otros			
1980	1207	528	4	24	482	18	34	645	-
1995	3009	1400	2	40	1357	1	28	1579	2

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

Como puede observarse en el Cuadro 14, de acuerdo con los datos relevados en 1995 existían en el territorio de la provincia de Buenos Aires cuatro hospitales dependientes de la Nación. Se trata del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas (Morón), el Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer (Gral. Rodríguez), el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (Mar del Plata) y la Colonia Nacional Dr.

Manuel Montes de Oca (Torres). Es decir, son los mismos establecimientos enumerados en los anexos de la Ley N° 24.061, que debieron ser transferidos en 1992.

Efectivamente, tras largos conflictos entre Nación y la provincia de Buenos Aires, estos establecimientos no fueron transferidos en ese momento debido al rechazo por parte de la provincia. En el plano normativo, el art. 36 de la Ley N° 24.191 modificó el listado de establecimientos que serían transferidos, excluyendo los correspondientes a esta jurisdicción. Desde entonces, tres de los establecimientos (Hospital Sommer, Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur y Colonia Montes de Oca) siguieron dependiendo directamente del Ministerio de Salud de la Nación.

La situación del Hospital Posadas, por su parte, es más compleja. En su artículo 50, el Decreto N° 792/96 dejó asentado que este hospital seguiría siendo administrado por el Estado nacional. En la práctica, no obstante, este establecimiento está a mitad de camino: en la estructura del Ministerio de Salud de la Nación, su situación está categorizada como “sujeto a transferencia”. En cuanto a su financiamiento, actualmente recibe la mitad de sus recursos del Ministerio de Salud (en concepto de “transferencias al gobierno de la provincia de Buenos Aires”) y la otra mitad de la provincia de Buenos Aires (en concepto de “Retención de Coparticipación”).

Por su parte, en la Ley de Presupuesto del año 2000 (art. 58) se dispuso que el Poder Ejecutivo Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud, debía dar comienzo a las gestiones para reformar el régimen de funcionamiento y administración del Hospital Posadas antes del 30 de junio del 2000. Se estableció que esta transformación debía hacerse de conformidad con el modelo de Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad, previsto por la Ley N° 17.102 (modelo SAMIC, del cual el Hospital Garrahan es el principal exponente). A tal efecto, se constituyó una Comisión Normalizadora que, al momento de relevamiento de la información, estaba a cargo del hospital.

En relación con el resto de las jurisdicciones del país, la provincia de Buenos Aires se destaca por ser aquella con mayor cantidad de establecimientos públicos (sus establecimientos con internación representan el 20% de la oferta pública de todo el país). A

esto se suma las diferentes modalidades de dependencia (provincial, municipal y nacional) de sus hospitales y la alta participación del subsector privado en la oferta de servicios de salud. Todos estos factores conforman un sistema de salud sumamente fragmentado, con situaciones muy disímiles en su interior.

Una cuestión que merece destacarse del caso bonaerense son los criterios para la asignación entre los diferentes municipios de los recursos tributarios que recauda la provincia. De acuerdo con las leyes provinciales 10.559, 10.752 y 10.820, el 16,1% de los recursos tributarios de la provincia (provenientes de la Coparticipación Federal de Impuestos más la recaudación propia de impuestos provinciales) se distribuye a los municipios. La distribución del 37% de esos fondos se realiza siguiendo coeficientes preestablecidos que se vinculan con el área de salud: 35% según camas disponibles, 25% según número de consultas, 10% según egresos registrados, 20% según pacientes por día de internación y 10% según número de establecimientos hospitalarios sin internación. Esta fuente de financiamiento contribuye en gran medida al sostenimiento de los servicios sanitarios municipales. Cabe señalar, no obstante, que estos fondos no tienen asignación específica al área de salud de los municipios.

#### *Antecedentes de legislación sobre recupero de fondos*

En 1977 se creó en el ámbito de esta provincia el Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO), que fue instrumentado a partir de la Ley N° 8.801. El propósito de su creación fue organizar y coordinar a los distintos establecimientos y acciones sanitarias del ámbito provincial. Entre las principales atribuciones del SAMO se encontraba la de contribuir a la generación de recursos adicionales a través del recupero de costos a las obras sociales inscriptas en la ANSSAL, así como también determinar su distribución entre los establecimientos de salud y al interior de los mismos.

Luego de sucesivas modificaciones, mediante el Decreto N° 4.530/90 se estableció que hasta el 50% de lo recaudado por esta vía podría utilizarse para el pago de retribuciones y bonificaciones especiales para el personal de los establecimientos hospitalarios. Asimismo se determinó que los Directores de Hospital podrían asignar hasta un 25% del total en función de producción y eficiencia. Sin embargo, una disposición

ministerial posterior estableció que estas bonificaciones deberían darse en función de jerarquía, antigüedad y carga horaria.

De acuerdo con algunas estimaciones, el monto cobrado a la seguridad social a través del SAMO alcanza al 8% del total del gasto hospitalario, mientras que se estima que la tasa de uso de los hospitales públicos por parte de los afiliados a las obras sociales supera ampliamente este porcentaje (se estima que el 29% de las consultas y el 25% de las internaciones corresponden a afiliados a obras sociales). Durante los últimos años, los ingresos por recaudación propia que se realizan a través del SAMO han aumentado, aunque partiendo de pisos muy bajos, por lo que resultaba insatisfactoria hacia el final de los noventa.

### *Estrategias descentralizadoras impulsadas desde la provincia*

Para analizar los antecedentes de los procesos de descentralización desarrollados en la provincia de Buenos Aires debemos remontarnos a 1961, a partir de cuando se impulsó en la provincia de Buenos Aires un proyecto de reforma de los hospitales orientado a desarrollar la descentralización administrativa, la participación de la comunidad y del personal en las decisiones, así como la obtención de fuentes alternativas de financiamiento. Como se observó, esta experiencia se sustentó en la creciente intervención de las obras sociales en la financiación de la atención médica. Implementado como experiencia piloto en los hospitales de Mar del Plata y Gonnet, y aunque este proyecto duró menos de tres años, se considera un antecedente positivo en la materia.

En 1991, la Ley N° 11.072 (conocida como la Ley “Nuestro Hospital”) y el Decreto Reglamentario N° 2.370 plantearon la reestructuración técnica y administrativa de los hospitales provinciales y de aquellos que adhirieran a la Ley. Así, se los transformaría en entes descentralizados sin fines de lucro. El propósito de esta reforma era garantizar el acceso a la salud de los sectores sin cobertura y corregir la fuente de financiación a través de una mayor autonomía de los hospitales en la toma de decisiones y la introducción de mecanismos para generar y administrar recursos adicionales y aprovechar mejor los propios.

Una de las principales innovaciones de la legislación de la provincia de Buenos Aires fue la incorporación de la figura del Consejo de Administración con participación de la comunidad<sup>30</sup>. Se pretendió, de esta manera, incorporar la perspectiva del usuario en la gestión hospitalaria. A mediados de 1997, a través del Decreto N° 2.368 se reglamentó el funcionamiento del Consejo de Administración. En dicha norma se indicó que el Consejo de Administración de los hospitales debe estar compuesto por: cuatro consejeros representantes del Ministerio de Salud y designados por el titular del mismo; un consejero en representación del personal profesional del hospital; un consejero en representación del personal no profesional del hospital; y un consejero en representación de la comunidad. La Presidencia del Consejo es definida por el Ministro entre los representantes del Ministerio. Los miembros del Consejo duran cuatro años en su función y pueden ser reelegidos una sola vez. Asimismo, la normativa ha previsto la conformación de una Comisión Asesora, cuyo Presidente representa a la comunidad en el Consejo de Administración. La Comisión Asesora debe estar integrada por un mínimo de cinco miembros representantes de entidades educacionales, comerciales, gremiales, de servicio, entre otras.

En suma, más allá de estas reformas, los hospitales no tienen posibilidad real de manejo autónomo de sus presupuestos ni capacidad para el manejo de su planta de personal. Los Consejos de Administración han jugado un papel subordinado respecto del Ministerio de Salud, al no tener capacidad decisoria. Es precisamente el Ministerio de Salud provincial el que conservó el derecho a aprobar el manejo presupuestario, las modificaciones al plantel de personal propuestas por cada establecimiento, las compras de aparatología y tecnología avanzada y los convenios con otras instituciones, entre otros aspectos. Respecto de la experiencia de los Consejos de Administración, podemos citar el testimonio de un funcionario municipal, quien señaló las reticencias del plantel médico de los establecimientos a la participación de la comunidad.

*“No es fácil para el modelo médico hegemónico que todavía dirige las acciones de salud de nuestro país compartir criterios con la comunidad. En los hechos, cuando la comunidad ingresa dentro del ámbito hospitalario realmente se genera una crisis en el hospital”<sup>31</sup>.*

---

<sup>30</sup> Elemento destacado en la entrevista a Federico Tobar, realizada en el marco de esta investigación.

<sup>31</sup> Testimonio de Oscar Fariña, Secretario de Políticas Sociales y Desarrollo Humano de la Salud y Bienestar Social del Municipio de Avellaneda. Cfr. Fundación ISALUD (1998a).

La participación comunitaria ha tenido posibilidades de desarrollarse principalmente en aquellos establecimientos donde desde antes se venía trabajando en esta línea. Asimismo, se ha visto potenciada en aquellas situaciones donde desde la Dirección del Hospital se han dispuesto los medios necesarios para canalizarla. Uno de los pocos ejemplos lo representa el Hospital Belgrano (San Martín) que desde 1985 venía fomentando una política “de puertas abiertas”. Cuando se sancionó la Ley N° 11.072, la Dirección del

A través de la sanción de la Ley Provincial N° 11.759 se crearon mecanismos orientados a dotar de mayor autonomía a cada establecimiento en el manejo de su personal, se introdujo la “terciarización” para la prestación de servicios por parte de profesionales médicos, se previeron concursos para la cobertura de vacantes, la permanencia en la función y el avance en la carrera hospitalaria. También se incorporaron atribuciones disciplinarias en manos del director y se abordó el pago adicional por captación de nuevos recursos, aunque no se lo relacionó con indicadores de productividad. Estas disposiciones fueron fuertemente combatidas por los gremios. Al final de la década del noventa esta norma no había sido reglamentada.

Algunos testimonios de participantes del II y III Encuentro Nacional de Hospitales, realizados en octubre de 1996 y octubre de 1998 respectivamente, son ilustrativos de las tensiones en torno a la descentralización en materia de salud pública en la provincia de Buenos Aires. Al analizar los alcances reales de la misma, el Presidente de un Consejo Asesor sostuvo que:

*“No se puede decir descentralizamos el hospital pero centralizamos la decisión política sobre los recursos económicos. Es una cuestión grave si no resulta de la decisión de un Consejo de Administración que lo ha evaluado junto con el Director Médico y el Director Ejecutivo, tomando en cuenta la realidad de la zona con la idiosincrasia de esa localidad... Lo grave es que hoy en día desde el poder central se maneja el presupuesto y los recursos humanos”<sup>32</sup>.*

Cabe citar aquí los resultados de un estudio comparativo realizado en 1998 por González Prieto, con el propósito de medir la descentralización que presentaban los hospitales públicos de la República Argentina<sup>33</sup>. Una de las principales conclusiones de

---

Hospital convocó a las organizaciones de la comunidad para la formación de la Comisión Asesora, que finalmente fue integrada por 53 miembros. La Dirección del Hospital designó entonces una asistente social para que coordinara esta Comisión y progresivamente se les fue brindando capacitación sobre el funcionamiento del establecimiento. (Testimonio de Ada Millán, miembro del Consejo de Administración del Hospital Belgrano. En Fundación ISALUD: 1999; 80).

<sup>32</sup> Testimonio de Luis Moos, Presidente del Consejo Asesor del Hospital Julio de Vedia, ciudad de 9 de Julio. (En ISALUD, 1999: 107).

<sup>33</sup> A tal fin se elaboró un instrumento para medir el grado de autonomía de los diferentes hospitales, tanto en el ámbito de las políticas de salud como en el de la gestión interna. Se consideraron las siguientes variables.

- a) Ámbito de las políticas de la salud:
  - 1. Objetivos generales del sistema de salud
  - 2. Objetivos específicos para el hospital
- b) Ámbito de la gestión hospitalaria:
  - 1. Capacidad jurídica

este estudio es que se comprobaron marcadas diferencias entre lo dispuesto por las leyes de descentralización en diferentes jurisdicciones y el grado de autonomía que efectivamente gozaba cada hospital.

Se incluyen en el análisis casos de la provincia de Buenos Aires, en tanto se consideraron al Hospital Belgrano (San Martín), Hospital San Nicolás y Hospital San Roque (Gonnet). Estos tres hospitales provinciales fueron calificados como de “baja descentralización”, aunque con distinto grado de autonomía (aparecen en el ranking de mayor a menor descentralización tal como fueron presentados). Las variables en torno a las cuales se verificó un mayor grado de descentralización fueron las relacionadas con la administración del hospital y la capacidad para realizar inversiones, en el caso del Hospital Belgrano, y la capacidad para realizar inversiones, en el caso de los Hospitales San Nicolás y San Roque. Presentaron un mayor grado de centralización en relación con la capacidad jurídica del hospital, en el caso de los tres, y también respecto de la capacidad de planificación, en el caso del Hospital San Roque (González Prieto: 1998).

#### *La respuesta a la estrategia descentralizadora propuesta desde la Nación*

A inicios de los años noventa existía en Buenos Aires un proyecto de descentralización previo a la adhesión al régimen de Hospitales de Autogestión. Hacia mediados de la década, el Ministerio de Salud provincial inscribió a los establecimientos de su dependencia, a la vez que recomendó a los municipios el registro de sus hospitales. El resultado fue una virtual “inscripción masiva”, que se vio favorecida por el hecho ya indicado de que los controles de los requisitos nacionales, para ser considerado un “hospital de autogestión”, fueron muy laxos. En esta jurisdicción, casi 300 establecimientos se habían registrado como hospitales públicos de autogestión hacia finales

- 
2. Gobierno del hospital
  3. Planificación estratégica
  4. Administración
  5. Compras e insumos
  6. Inversiones
  7. Gestión financiera
  8. Gestión de recursos humanos
  9. Gestión comercial.

En base a estas variables, se calificó a 19 hospitales en un ranking que va desde “descentralización total” a “centralización total”. Cabe señalar que los establecimientos elegidos debían estar ubicados en jurisdicciones donde hubiera intervenido el PRESSAL (González Prieto; 1998).

de la década. Los inscriptos no fueron sólo hospitales, sino que también adhirieron a este régimen establecimientos de menor nivel, como los centros de atención primaria.

Por otra parte cabe remarcar que en esta provincia, junto con la de Mendoza y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se implementó la etapa piloto del PRESSAL. Las actividades desarrolladas correspondieron a los componentes de Fortalecimiento Institucional y de Inversión Física y Equipamiento. Los establecimientos seleccionados por la provincia para participar del PRESSAL fueron los ubicados en Lanús, Quilmes, Berazategui, San Fernando y Gonnet. Cabe resaltar aquí que el ingreso masivo al sistema de HPA facilitó la cooperación por parte del Estado nacional, por ejemplo en términos de este tipo de recursos provenientes de organismos internacionales.

### *Resultados de la implementación de las estrategias descentralizadoras propuestas desde la Nación*

Los beneficios que implicó la adhesión al régimen de autogestión se vinculan con la posibilidad de cobrar automáticamente las deudas que las obras sociales mantienen con el subsector público por las prestaciones brindadas a sus afiliados. En tanto la provincia ya contaba con un mecanismo propio orientado a estos fines, la contribución del nuevo régimen se expresó en términos de una mayor certeza en el recupero de fondos. Beneficios adicionales de la incorporación al régimen de autogestión pueden encontrarse en el acceso a programas financiados por los organismos internacionales de crédito, principales promotores de la estrategia subyacente a los Hospitales Públicos de Autogestión.

El caso de la provincia de Buenos Aires presenta una situación intermedia entre la aceptación activa y la pasiva<sup>34</sup>, lo cual depende principalmente de la estrategia que haya seguido el nivel jurisdiccional (provincia o municipio) del cual depende el establecimiento

---

<sup>34</sup> Para la descripción de la estrategia desarrollada por los gobiernos provinciales respecto de la nacional, nos basamos en las categorías elaboradas por Senén González (2000) para el sistema educativo: autonomía con iniciativa; aceptación y adaptación activa; aceptación pasiva y resistencia. A los fines de este trabajo, consideraremos que:

- a) existe “adaptación activa” cuando las jurisdicciones adoptan una estrategia de aplicación de las políticas nacionales, adaptándolo a las necesidades y proyectos propios.
- b) existe “adaptación pasiva” cuando las jurisdicciones adoptan una estrategia “minimalista” en la aplicación de las políticas nacionales, mostrando escasos avances en el ritmo de ejecución de las reformas. Los proyectos del Estado nacional son aceptados en forma acrítica, sin redireccionar objetivos ni recursos.
- c) existe “resistencia” cuando las jurisdicciones expresan su voluntad de excluirse de las políticas propuestas por la Nación, o las absorben de manera sumamente lenta. Implica el punto más fuerte de confrontación política.

inscripto como Hospital de Autogestión<sup>35</sup>. Y como se ha visto, al depender la mayor parte de los establecimientos del nivel municipal, pueden presentarse tantas situaciones diferentes como cantidad de gobiernos locales responsables por establecimientos hospitalarios existan. En este sentido, se registran casos de municipios que dotaron de mayor autonomía a los establecimientos de su dependencia, habilitándolos normativamente a tomar decisiones respecto de sus recursos humanos y presupuesto. En contraposición a esto, en otros casos la autonomía de los establecimientos continúa siendo sumamente restringida. En síntesis, prima una marcada descoordinación respecto a la estrategia a seguir por parte del conjunto de efectores de salud pública provincial.

## **El caso de Chaco**

### *Características del sistema de salud pública provincial*

El sistema de salud chaqueño se organiza en 7 zonas sanitarias, constituyendo una red de complejidad creciente. Todos los establecimientos públicos –tanto los hospitales como los centros de atención primaria– dependen del gobierno provincial. Otra característica de la organización de este sistema de salud provincial es que el sector privado presenta una alta participación en la oferta de servicios de salud (casi del 60%, de acuerdo con los datos de 1995), mostrando una tendencia en aumento desde los años ochenta. Finalmente, llama la atención la virtual inexistencia de establecimientos de la seguridad social (Cuadros 16 y 17).

**Cuadro 16: Cantidad de establecimientos asistenciales con internación en la provincia de Chaco según dependencia administrativa, años 1980 y 1995**

Año	Total general	Total S. Público	Subsector público				Obras Sociales	Sub. Privado	Otros mixtos
			Nación	Prov.	Mun.	Otros			
1980	84	39	-	38	-	1	1	44	-
1995	122	51	-	51	-	-	-	71	-

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

**Cuadro 17: Cantidad de establecimientos asistenciales sin internación de la provincia de Chaco según dependencia administrativa, años 1980 y 1995**

Año	Total general	Total S. Público	Subsector público				Obras Sociales	Sub. Privado	Otros mixtos
			Nación	Prov.	Mun.	Otros			
1980	138	86	-	85	1	-	1	51	-
1995	292	106	-	106	-	-	-	186	-

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

A partir de los datos de 1995 se advierte que el sistema de salud público chaqueño cuenta con una importante cantidad de establecimientos públicos con internación: en este sentido, la provincia se encuentra en una situación intermedia entre las jurisdicciones aquí estudiadas, superando a Mendoza y Neuquén, por ejemplo. Por su parte, el hecho de que todos los establecimientos dependan de la misma jurisdicción (la Secretaría de Salud) contribuye a que el sistema sea más homogéneo para la implementación de estrategias elaboradas desde el nivel provincial, tanto en la dirección de descentralizar la gestión hospitalaria como en el sentido contrario.

Asimismo, cabe señalar que de acuerdo con la información relevada en el marco de esta investigación, había en el año 2000 en la provincia de Chaco 375 establecimientos públicos de atención de la salud, de los cuales 108 eran hospitales con médico. El resto se trataba de puestos sanitarios<sup>36</sup>.

#### *Antecedentes de legislación sobre recupero de fondos*

En 1989 se sancionó en esta provincia una Ley que posibilitó el recupero de gastos (Ley N° 3.517), la cual entró en vigencia en 1990. Esta Ley estableció que el 20% de los recursos recaudados a través del cobro a terceros pagadores se destinaría al nivel central, mientras que el 80% restante quedaría en cada establecimiento. A su vez, al interior de cada hospital, este porcentaje se debería distribuir de la siguiente manera: un 50% se destinaría a la Dirección para solventar gastos de funcionamiento, mientras que con el otro 50% se constituiría un fondo de estímulo para ser distribuido entre el personal, de acuerdo

<sup>36</sup> Dato suministrado por el Dr. Ernesto Illioovich, quien se desempeñó como Secretario de Salud entre los años 1995 y 2000. La entrevista fue realizada en el marco de esta investigación, el 03/08/00. La información de esta fuente puede no coincidir completamente con la de la Guía de Establecimientos Asistenciales de 1995 debido a que en éste último caso se toman como categorías “establecimientos con internación” y “establecimientos sin internación”; lo cual no en todo los casos coincide con las categorías “hospital” y “sala de atención primaria”.

con los criterios que determinara cada establecimiento. Cada hospital en donde se realizaron prácticas que pudiesen ser pagadas por las obras sociales, prepagas o seguros se envía un detalle a la Dirección de Recupero de Fondos del Ministerio de Salud y Acción Social. Este último fue el organismo que gestionó el cobro de manera centralizada.

El sistema de recupero de fondos tal como se había establecido en 1989 involucraba a muy pocas obras sociales con las cuales la provincia tenía convenios. Esto hizo que se planteara como beneficiosa la adhesión al régimen de HPA propuesto por la Nación, en tanto ampliaría el espectro de agentes del sistema de salud con los que se trabajaría. De cualquier manera, en esta provincia las posibilidades de recupero de gastos son limitadas por diferentes razones: tal como señalaron los referentes provinciales consultados y en consonancia con la lectura del Cuadro 13, aún cuando el 50% de la población está cubierta por la seguridad social o el subsector privado, al momento de atenderse en el hospital público sólo un 20% de los pacientes declaran su cobertura, lo cual reduce aún más las posibilidades de recupero. Por último, debe tenerse en cuenta que la principal obra social en Chaco es la del Estado provincial, con lo cual gran parte de los fondos que los hospitales reciben por este concepto provienen del propio Estado provincial<sup>37</sup>.

### *Estrategias descentralizadoras impulsadas desde la provincia*

Desde principios de la década de los noventa, al mismo tiempo en que desde el Estado nacional se lanzaba la propuesta de los Hospitales de Autogestión, se comenzaron a discutir en la provincia diferentes proyectos que, en sus diversas acepciones, podrían ser identificados como de “descentralización”. Según la opinión de funcionarios provinciales de esa época (gestión 1991-1993), se pretendía avanzar en la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). No obstante, se consideró que los recursos presupuestarios disponibles no eran suficientes como para financiar esta propuesta.

La siguiente gestión sectorial dentro del mismo período de gobierno (1993-1995) retomó la propuesta de la “descentralización”, pero desde una perspectiva diferente, más asociada con la “municipalización”. Se decidió hacer una experiencia piloto de transferencia de hospitales a la órbita municipal. Para ello se seleccionaron municipios con

---

<sup>37</sup> Estimaciones del Dr. Moisés Schpolianski, quien trabajó en la Oficina de Recupero de Gastos en 1990 y fue Subsecretario de Salud entre 1991 y 1992. La entrevista fue realizada en el marco de esta investigación, el 03/08/00.

características intermedias en aspectos como la distancia hacia la capital provincial y que contaran con hospitales “tipo” en cuanto a su capacidad de gestión, formación de los recursos humanos, disposición de recursos edilicios y de infraestructura, entre otras cuestiones. Los municipios elegidos resultaron ser los de Colonia Elisa y Las Palmas. Este último caso fue una experiencia abortada rápidamente.

De acuerdo con lo sostenido por la máxima autoridad provincial en materia sanitaria en aquel momento, en el caso del hospital de Colonia Elisa se calculó cuanto costaba su mantenimiento y se transfirieron estos fondos más un plus. También se realizaron arreglos de infraestructura antes de la transferencia. Ya transferido, el municipio se reservaba la función de supervisión. Por su parte, el director del hospital podía disponer de dos variables clave: el presupuesto y los recursos humanos<sup>38</sup>.

Los referentes provinciales consultados coincidieron en señalar que esta experiencia resultó un fracaso. En muy poco tiempo, comenzó a hacerse evidente que el presupuesto asignado sería insuficiente, a la vez que se duplicó la planta de personal del establecimiento. Además comenzaron a presentarse problemas en relación con un cierto “aislamiento” del hospital, atentando contra la integridad del sistema provincial de salud. Por ejemplo, se quería cobrar a los municipios vecinos por aquellos pacientes que no vivían en Colonia Elisa, pero que se atendían en su hospital. Como primera medida, el Ministerio de Salud y Acción Social cambió al director del hospital, ya que el nivel central se había reservado esta atribución durante un período de transición (para más adelante se preveía el llamado a concurso para el cargo). Pero la situación se hizo insostenible y el hospital tuvo que ser “devuelto” a la provincia. Había pasado menos de un año.

No existe consenso en torno a cuáles fueron las causas que motivaron este fracaso, existiendo diferentes posiciones al respecto. Un alto funcionario sectorial de la época subrayó el uso político de los cargos de los que disponían las autoridades municipales y del hospital. Diferente fue la opinión de otros funcionarios que no formaban parte de esa gestión. En este caso se señaló que el Ministerio de Salud y Acción Social meramente

---

<sup>38</sup> Entrevista realizada al Dr. Julio Laluf, quien se desempeñó como Ministro de Salud y Acción Social entre los años 1993 y 1995. Fue realizada en el marco de esta investigación, el 03/08/00.

había transferido el establecimiento, sin ocuparse por realizar actividades de capacitación y asistencia técnica o por supervisar el proceso.

### *La respuesta a la estrategia descentralizadora propuesta desde la Nación*

La totalidad de los hospitales públicos chaqueños están inscriptos como Hospitales de Autogestión. Fueron incorporados a este régimen a mediados de los noventa, a partir de la decisión del Ministerio de Salud y Acción Social provincial, del cual dependen funcionalmente. Los centros de atención primaria no fueron incorporados a este régimen. Tal como se indicó en el inicio de esta sección de un modo más general, las motivaciones para inscribir a los establecimientos en este régimen estuvieron asociadas a la posibilidad de desarrollar fuentes alternativas de financiamiento a partir del recupero de los gastos. Según palabras de un alto funcionario responsable de esta decisión:

*“Había que hacer algo para absorber fuera del presupuesto provincial, de las rentas generales de la provincia, el mejoramiento de los servicios y el aumento de la demanda. El Estado no puede renunciar nunca a la obligación de garantizar la salud. Pero lo que sí puede es cobrarle la salud a los que pueden pagar: llámese seguridad social, empresa que tiene accidentados o empresarios que ellos mismos van a hacerse atender. Entonces se vio en la autogestión hospitalaria un serio proyecto que amoldándolo regionalmente podía ser una suerte de estabilizador de esta variable. Que aumente la demanda, pero que ésta se traduzca en una ayuda al mantenimiento de los establecimientos sanitarios”<sup>39</sup>.*

A nivel técnico, se consideró que la propuesta del HPA suponía el desarrollo de algunas herramientas que eran propicias para mejorar la correcta administración del establecimiento, especialmente en lo relacionado con el manejo del presupuesto y del personal, el recupero de gastos y la incorporación de la participación comunitaria. Al indagar acerca de los requisitos que debieron cumplir los establecimientos provinciales para ser admitidos en el régimen de autogestión, un alto funcionario de la época sostuvo que se debieron realizar relevamientos y estudios, a la vez que se pusieron en condiciones a los hospitales para que fueran admitidos como HPA. Al contrario de lo que dispone la normativa nacional (Decreto N° 578/93), no se realizaron evaluaciones para comprobar si el establecimiento alcanzaba indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad ni tampoco ningún tipo de monitoreo.

---

<sup>39</sup> Entrevista al Dr. Julio Laluf.

En este caso, la adhesión al régimen de HPA permitió que se realizaran en la provincia dos trabajos de consultoría en el marco del PRESSAL: se trató de actividades enmarcadas en el componente de Fortalecimiento Institucional, cuyo financiamiento estuvo a cargo del Estado nacional (una consultoría en el nuevo Hospital Perrando – Castelán, de Resistencia, y otra en el Hospital 4 de Junio, de Presidencia Roque Saenz Peña).

En términos de la toma de posición de los otros actores del sistema de salud provincial, cabe indicar que no hubo una manifiesta reacción en contra por parte de la gremial médica, en tanto no percibieron a los HPA como una competencia para sus actividades privadas. La principal oposición al proyecto de HPA estuvo dada por los gremios estatales: los nacionales UPCN y ATE y el gremio provincial UPEP. No obstante, de acuerdo con la opinión de algunos referentes provinciales, los incrementos de sueldos originados en la distribución de los fondos captados por el cobro a terceros operaron como disuasivo de esa oposición.

De acuerdo con los testimonios relevados, el justicialismo provincial identificaba su ideario político con el concepto de “autogestión”. Esta fue una de las razones por las cuales el radicalismo se opuso mientras el justicialismo estuvo de acuerdo con el proyecto, acatando verticalmente las decisiones del nivel nacional, ya que percibían que el proyecto estaba impulsado desde el nivel central por el Ministro Mazza.

### *Resultados de la implementación de las estrategias descentralizadoras propuestas desde la Nación*

A pesar de la adhesión al régimen de HPA, la provincia no implementó medidas que permitieran suponer la existencia de una estrategia orientada a dotar de mayor autonomía a los establecimientos. La situación de la provincia de Chaco respecto del régimen de HPA impulsado desde el Estado nacional podría caracterizarse entonces como de *aceptación pasiva*<sup>40</sup>.

Debe indicarse que los funcionarios provinciales involucrados en la implementación de los HPA identificaron como sinónimos los conceptos de “autogestión” con el de “autofinanciamiento”. A juzgar por las declaraciones de los referentes

provinciales entrevistados se puede concluir que éste es el aspecto del régimen de HPA al que se le ha dado mayor importancia en la provincia. Cabe señalar lo indicado por quien en ese momento era un alto funcionario del Ministerio de Salud y Acción Social: el entrevistado señaló que como el partido gobernante no tenía mayoría en la Legislatura provincial y se requerían cambios en la normativa, la decisión del oficialismo fue no mandar una Ley con el nombre de “autogestión” – recordemos que esta mera palabra era muy resistida por una parte del sistema político provincial – sino con el título de “Recupero de gastos” ya que al fin y al cabo este término “...se ajustaba un poco mejor a lo que nosotros pretendíamos, y creo que conseguimos hacer, en parte por lo menos, con este tema de los Hospitales de Autogestión”<sup>41</sup>.

En relación con este punto, se observa cierta confusión en la concepción e instrumentación de este tipo de hospitales. Así, por ejemplo, un alto funcionario que se desempeñaba en el Ministerio de Salud y Acción Social al momento de decidir la incorporación de los hospitales provinciales al régimen de HPA sostuvo: “No tengo un criterio formado de si hay que descentralizar los HPA tal como dice la Ley, monitoreándolos por supuesto, o si pueden ser de autogestión sin descentralizarlos”. En otro caso, al preguntarle si la autogestión quedó asociada en la provincia al recupero de fondos, un entrevistado respondió: “No hay mucho más. El otro paso es la descentralización, que yo no creo que se haya hecho en ninguna provincia.”

Para analizar los resultados a partir de la implementación del proyecto de HPA debe atenderse también a la opinión de los directores de hospitales. Los directores consultados al respecto señalaron que el único cambio que supuso para sus establecimientos ingresar al régimen de HPA fue contar con el respaldo de la ANSSAL para el cobro de las deudas de las obras sociales<sup>42</sup>. Al comentar la manera en que los hospitales ingresaron a este régimen, uno de los directores sostuvo que no fue por pedido

---

<sup>40</sup> Se toma en cuenta aquí la caracterización antes presentada de Senén González (2000), en términos de una tipología de reacciones de las provincias a la estrategia nacional de descentralizar los servicios sociales.

<sup>41</sup> Entrevista al Dr. Julio Laluf.

<sup>42</sup> Sobresalen ciertas medidas ligadas a la modernización informática que se tomaron para aumentar la “captación” de afiliados de las obras sociales y mejorar las posibilidades de facturación y cobro. Así, por ejemplo, entre las acciones que se llevaron adelante en la provincia para dar cumplimiento a la propuesta de los HPA destaca el hecho de que se instalaron en cada HPA una computadora con el padrón de afiliados de cada obra social, con el objetivo de elevar la recaudación a través del cobro a terceros pagadores.

ni con la participación de los hospitales, sino que se trató de una decisión tomada desde el Ministerio de Salud y Acción Social provincial<sup>43</sup>.

En cuanto a las atribuciones que tienen los directores de hospital, se señaló que estas no sufrieron ningún tipo de modificación con el ingreso al régimen de HPA. Así, el personal es nombrado desde el Ministerio, instancia que también lo puede despedir. La Dirección del hospital tiene cierto grado de autonomía en su organización interna (rotación y sanciones menores de hasta 10 días). Los montos de los sueldos y su liquidación se establecen desde el Ministerio. La carrera del personal del hospital está marcada por el escalafón de todos los empleados públicos provinciales, que no es exclusivo del área Salud sino que ha sido elaborado por la Gobernación. Existe un cupo de horas de guardia para cada hospital, que pueden generar un ingreso adicional al sueldo establecido por escalafón, el cual es fijado por el Ministerio, pero es la Dirección la que las distribuye entre el personal.

Veamos algunos otros rasgos relacionados con la distribución de funciones. El presupuesto se elabora desde el hospital en base al presupuesto histórico del establecimiento, pero incorporando proyecciones para el año siguiente. El Ministerio de Salud y Acción Social hace las correcciones que considere necesarias. Desde hace unos años se comenzó a trabajar con el sistema de presupuesto por programa. Las licitaciones públicas para la compra de elementos descartables, oncológicos y material de laboratorio se tramitan desde el Ministerio, por solicitud de cada establecimiento. Recientemente los hospitales pasaron a estar conectados por computadora con el Ministerio de Salud y Acción Social y la Contaduría de la Provincia, pudiendo seguir así de este modo más estricto la ejecución presupuestaria. La Dirección del hospital maneja un fondo fijo, con el cual puede comprar alimentos, artículos de limpieza, medicamentos que no entren por licitación y pagar las derivaciones que se hagan al sector privado.

Los directores entrevistados coinciden en señalar que lo que se implementa más firmemente del HPA es el cobro a terceros pagadores, aunque la recaudación por este concepto es aún escasa. Efectivamente, lo recaudado por recupero de fondos –tanto como

consecuencia de la aplicación de la Ley provincial como por la adhesión al régimen de HPA- constituye un porcentaje muy pequeño en comparación con el gasto de cada establecimiento. Según fuentes calificadas, en algunos casos extremos es tan poco lo que se recauda que apenas cubre el sueldo de los administrativos encargados de las tareas de detección y trámites requeridos<sup>44</sup>.

Si se analizan los datos suministrados por la Dirección de Recupero de Fondos se observa que existe una tendencia creciente en los montos que los hospitales facturan por prestaciones brindadas a pacientes cubiertos por la seguridad social u otros sistemas. Sin embargo, es cada vez menor la proporción de lo cobrado en relación con lo facturado. Al relacionar estos datos con el presupuesto ejecutado por el gobierno provincial en atención pública de la salud se advierte que los montos recibidos por recupero de fondos representan un porcentaje muy pequeño en comparación con el gasto (Cuadros 18 y 19).

**Cuadro 18: Importes facturados y cobrados a terceros pagadores – años 1996 a 1999**

Año	Facturado (en \$)	Cobrado (en \$)	Relación cobrado/facturado (en %)
1996	751.667	575.414	76,55
1997	1.315.877	1.038.825	78,95
1998	2.021.778	1.031.318	51,01
1999	2.263.662	925.221	40,87

Fuente: Dirección de Recupero de Fondos, Ministerio de Salud y Acción Social.

**Cuadro 19: Importes facturados y cobrados a terceros pagadores en relación con el presupuesto ejecutado por el gobierno provincial en atención pública de la salud. Años 1996 a 1998 (en \$)**

Año	Presupuesto ejecutado (1)	Facturado (2)	Relación facturado / presupuesto ejecutado (%)	Cobrado (2)	Relación cobrado / presupuesto ejecutado (%)
1996	89.380.000	751.667	0,84	575.414	0,64
1997	103.370.000	1.315.877	1,27	1.038.825	1,00
1998	100.800.000	2.021.778	2,01	1.031.318	1,02

Fuente: (1) Secretaría de Programación Económica Regional, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. (2) Dirección de Recupero de Fondos, Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia de Chaco.

<sup>43</sup> Entrevistas realizadas al Dr. Miguel Bergema, Director del Hospital Perrando desde 1995 y Subsecretario de Salud entre 1992 y 1993, y a la Dra. Olga Jaján, Directora del Hospital Pediátrico Castelán desde 1993. Ambas entrevistas fueron realizadas en el marco de esta investigación, el 03/08/00.

<sup>44</sup> En las entrevistas realizadas se ha señalado que es en los hospitales de las comunidades pequeñas donde habitualmente se puede llegar a recaudar más, porque se logra identificar más fácilmente a los pacientes con cobertura de obra social.

Al indagar si la adhesión al régimen de HPA había mejorado el sistema provincial establecido por la Ley de Recupero de Gastos, se señaló que ahora el sistema está más organizado a la vez que se agilizaron los trámites, aún cuando persisten problemas para el cobro de lo facturado. Además, progresivamente el personal de los hospitales y los pacientes han ido comprendiendo el sistema: los primeros se resisten en menor medida mientras que los segundos son más proclives a declarar su obra social, en caso de tener cobertura de la seguridad social. Además, antes el recupero de fondos se aplicaba solamente a tres obras sociales (ISARA, PAMI y la obra social provincial), mientras que ahora se aplica a la totalidad de ellas.

Hemos visto que el nivel de autonomía de los hospitales provinciales es bajo en comparación con otras jurisdicciones. En relación con la normativa habilitante para el cobro a las obras sociales, la experiencia de Chaco se asemeja a la de las demás provincias, siguiendo una “tendencia de época”. Las estrategias propias que se desarrollaron orientadas a la descentralización, entendida como municipalización, no tuvieron los resultados esperados. En este contexto, y en la medida en que la adhesión al régimen de HPA no se insertó en ningún proyecto propio, la provincia no desarrolló ninguna estrategia para posibilitar la mayor autonomía de los establecimientos en aspectos diferentes al cobro a terceros pagadores.

## **El caso de Mendoza**

### *Características del sistema de salud pública provincial*

La red hospitalaria de la provincia de Mendoza es una de la más moderna del interior del país: más del 50% de los establecimientos tienen menos de 10 años de construcción. Durante los últimos veinte años se construyeron hospitales regionales y departamentales para cubrir todo el territorio provincial, a la vez que se invirtió en la remodelación de los establecimientos más antiguos. En este caso, la totalidad de los establecimientos con internación dependen del gobierno provincial (Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Salud), no siendo así en el caso de los establecimientos sin internación.

Respecto de la relación entre subsistemas, y tomando como referencia los datos relevados por el Censo de Establecimientos realizado en 1995, se verifica una alta

presencia del subsector privado en la oferta de servicios de salud: sus establecimientos con internación representaban poco más del 60% del total provincial. Asimismo, se observa una importante presencia del sector de la seguridad social, principalmente respecto de los establecimientos sin internación. Cabe señalar, a modo de caracterización global, que la organización del sistema mendocino se distingue tanto por la baja cantidad de establecimientos dependientes del sector público –en comparación con otras provincias analizadas- como por su homogeneidad en términos de dependencia funcional (Cuadros 20 y 21).

**Cuadro 20: Cantidad de establecimientos asistenciales con internación de la provincia de Mendoza según dependencia administrativa, años 1980 y 1995**

Año	Total general	Total S. Público	Subsector público				Obras Sociales	Sub. Privado	Otros mixtos
			Nación	Prov.	Mun.	Otros			
1980	69	26	-	25	-	1	4	39	-
1995	81	29	-	27	1	1	3	49	-

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

**Cuadro 21: Cantidad de establecimientos asistenciales sin internación de la provincia de Mendoza según dependencia administrativa, años 1980 y 1995**

Año	Total general	Total S. Público	Subsector público				Obras Sociales	Sub. Privado	Otros mixtos
			Nación	Prov.	Mun.	Otros			
1980	248	134	-	124	5	5	30	84	-
1995	459	223	-	182	40	1	42	194	-

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

De acuerdo con la información brindada por la Subsecretaría de Salud de la provincia<sup>45</sup>, en el año 1999 los hospitales públicos provinciales eran 22, a los cuales se suman un micro hospital dependiente de la Subsecretaría de Desarrollo Social (Hospital Miguel de Andrea) y un micro hospital dependiente de la comuna de Guaymallén. Estos establecimientos se distribuyen según su grado de complejidad de la siguiente manera: 4 hospitales de alta complejidad (1.158 camas); 10 de mediana complejidad (994 camas) y 8

<sup>45</sup> La información de esta fuente puede no coincidir completamente con la de la Guía de Establecimientos Asistenciales de 1995 debido a que en éste último caso se toman como categorías “establecimientos con internación” y “establecimientos sin internación”; lo cual no en todo los casos coincide con las categorías “hospital” y “sala de atención primaria”.

de baja complejidad (385 camas). Por su parte, los centros de atención primaria de la salud sumaban 255, dependiendo 52 de ellos de los municipios (Subsecretaría de Salud: 1999).

### *Antecedentes de legislación sobre recupero de fondos*

En 1990 se sancionó la Ley Provincial N° 5.578, que habilitó a los hospitales públicos a facturar y cobrar los servicios prestados a pacientes con cobertura de la seguridad social o con capacidad de pago. De este modo, Mendoza ya había avanzado en una normativa que le permitiera desarrollar, también en este aspecto, una estrategia propia más allá de lo que hiciera el Estado nacional en la materia.

### *Estrategias descentralizadoras impulsadas desde la provincia*

Los primeros pasos hacia la desconcentración de los procesos administrativos se encuentra en la gestión radical en la provincia entre 1983 y 1987. No obstante, este proceso se afianzó en años posteriores, avanzando hacia una descentralización más plena. A partir de 1990 se comenzó a impulsar un proceso de autonomía de los principales hospitales provinciales. Esta estrategia estaba sustentada en un fuerte apoyo político al interior del gabinete provincial.

De acuerdo con el testimonio de un alto funcionario provincial del sector, desde principios de la década (durante la gestión del Ministro Wilde) se empezó a conformar un equipo de salud con solidez técnica. La temática de la “descentralización” fue introducida entonces en lo alto de la agenda gubernamental y comenzó a ser debatida por las partes involucradas. Asimismo, se profundizaron los contactos con el Banco Mundial, procurando el apoyo de este organismo para actividades de fortalecimiento de la gestión en el sector.

Por medio de la Ley Provincial N° 6.015, del año 1992, en Mendoza se estableció un nuevo modelo de gestión hospitalaria que supuso una relación diferente entre la administración central y cada hospital. En el marco de esta norma se descentralizaron los cuatro hospitales de alta complejidad - Central y Lagomaggiore (Capital), Notti (Guaymallén) y Schestakow (San Rafael)-, que a partir de ese momento tuvieron plena capacidad de personas jurídicas, considerándose “entes autárquicos”. Estos hospitales representaban por entonces más del 60% de las erogaciones del presupuesto en salud. Cabe señalar que estos establecimientos habían sido beneficiados con mejoras en su

infraestructura y equipamiento durante los diez años previos, lo que los colocaba en un punto de partida favorable.

Este proceso fue complementado por el Decreto N° 2.310, que estableció un plazo de 12 meses para que estos cuatro hospitales cumplieran con los requisitos definidos para su descentralización. Asimismo, se postuló que una vez cumplido ese plazo, se procedería a la descentralización de los establecimientos de mediana complejidad. Posteriormente, a través del Decreto N° 1.135 de agosto de 1996 se descentralizaron 6 hospitales más: Diego Paroissien (Maipú), Carlos Pereyra, El Sauce, Scaravelli (Tunuyán), Perrupato (San Martín) y Gral. Alvear. Finalmente, en 1997 se descentralizaron los hospitales Saporiti, Eugenio Bustos, Gregorio Las Heras y el de Malargüe, también de mediana complejidad.

Así, hacia finales de los noventa, 14 de los 22 hospitales provinciales estaban descentralizados. Cabe señalar que todos ellos son de alta y mediana complejidad. En los hospitales descentralizados, la conducción quedó en manos de un Directorio. En los establecimientos de alta complejidad, el Directorio está constituido por cinco miembros, que se distribuyen de la siguiente manera: tres designados por el Poder Ejecutivo (que también elige a uno de ellos como Director Ejecutivo), un miembro por el personal profesional y un miembro por el resto del personal. Estos últimos son elegidos cada dos años por votación interna secreta. La presidencia del Directorio la ejerce uno de sus miembros, excluido el Director Ejecutivo.

En los establecimientos de mediana complejidad, el Directorio está integrado por tres miembros: dos son designados por el Poder Ejecutivo (uno de ellos como Director Ejecutivo) y un tercero designado por el Poder Ejecutivo dentro de una terna seleccionada por el personal comprendido en las Leyes de Carrera. Los hospitales descentralizados también tienen plena capacidad de manejo de sus recursos humanos en relación con su administración, remuneraciones y sanciones menores.

En tanto organismos descentralizados, los establecimientos tienen capacidad para realizar convenios con entidades de la seguridad social, complementar sus servicios con otros establecimientos públicos o privados, diseñar su propio presupuesto de acuerdo con sus necesidades, utilizar el presupuesto para gastos corrientes, realizar sus licitaciones,

facturar y cobrar a la seguridad social, siendo el Tribunal de Cuentas provincial el que ejerce el control correspondiente.

Los fondos captados por los establecimientos descentralizados se asignan según un mecanismo preestablecido: el Ministerio de Salud determinó que el 60% de los fondos se destinarían a los gastos generales del hospital y el 40% restante podría destinarse a sobresueldos. A su vez, la forma de distribución de estos respondería a una fórmula que considerara un nivel de remuneraciones fijas para toda la planta de personal y un porcentaje de acuerdo con los niveles de productividad. En esta provincia también se ha avanzado en el desarrollo de un sistema de incentivos al personal, establecido por el Decreto N° 90/92 y las Resoluciones Ministeriales N° 1.545/92 y N° 1.747/92.

De acuerdo con estimaciones realizadas hacia 1998, la facturación global de los hospitales se habría incrementado, en promedio, en un 7%, presentando notables variaciones entre los establecimientos. Así, la recaudación propia del hospital Pereyra (mediana complejidad) representó casi un 22% de su presupuesto, mientras que este porcentaje fue de menos del 2% en el caso del Hospital Sicoli (baja complejidad). Cabe señalar, sin embargo, que la magnitud de los recursos propios no está asociado al grado de complejidad de los establecimientos: así, por ejemplo, representan un 13,3% en el caso del Hospital Uspallata (baja complejidad) y un 2,8% del presupuesto del Hospital Lagomaggiore (alta complejidad)<sup>46</sup>.

Resultan ser otros los factores que explican estas diferencias. Además de los cambios realizados en la normativa, fueron necesarias desarrollar otras estrategias orientadas a incorporar nuevos conceptos a la cultura del sector, mejorar la capacidad de gerenciamiento y brindar herramientas adecuadas para garantizar el acceso de todos los pacientes al sistema público. En este sentido, un alto funcionario sanitario señaló que fue necesario incorporar a la cultura organizacional pero también a la del sector conceptos como el de “eficiencia”, a la vez que se subrayó la necesidad de calcular el costo de

---

<sup>46</sup> Durante el año 1998, el 80% del presupuesto ejecutado en promedio por los hospitales provinciales se destinó a personal (de planta y contratado), mientras que el 13% se destinó a la compra de bienes corrientes. Teniendo en cuenta que según estimaciones de la Subsecretaría de Salud, los hospitales representaron en 1999 el 65% del gasto provincial en salud, se puede apreciar la rigidez del gasto en este sector. Cabe señalar, no obstante, que la proporción que representa el gasto en hospitales dentro del presupuesto en salud viene disminuyendo desde mediados de los noventa. (Subsecretaría de Salud: 1999)

unidades básicas de atención que hiciera comparable el desempeño de los diferentes hospitales y la conveniencia de llevar estadísticas de producción (con indicadores como los de egresos, giro – cama). Esto redundó directamente en un mejoramiento de la eficiencia: a modo de ejemplo, el entrevistado señaló que el Hospital Central duplicó su capacidad, pasando de un promedio de estadía de 15 a 8 días. Otro cambio cultural importante fue la gradual aceptación de la incorporación de economistas y administradores de empresas en la conducción de área salud, lo cual nutrió las capacidades de los recursos humanos del sector en ciertas tareas específicas de gestión<sup>47</sup>.

Simultáneamente, se puso en evidencia la necesidad de algunas redefiniciones en el rol del Ministerio de Salud de la Provincia, que a partir de ese momento debía contar con un sistema de información que permitiera un control tanto económico – financiero como de la capacidad y calidad prestacional de sus establecimientos. Por ello, la Secretaría de Salud elaboró un programa de calidad para dar un standard al nivel de las prestaciones de los diferentes hospitales públicos y controlar el cumplimiento de sus metas.

Además, se desarrolló un Registro Único de Salud (RUS), cuyo primer antecedente figura en la Ley Provincial N° 5.869, sancionada en junio de 1992. En ella se da cuenta de la necesidad de conocer la cobertura de salud de los habitantes de la provincia y coordinar las prestaciones brindadas por el Estado. En agosto de 1996, a través del Decreto N° 1.190 y en concordancia con la Ley N° 5.578, se dispuso la apertura de un registro de identificación continua de la cobertura de salud, que sería responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Social y Salud.

El RUS comenzó a funcionar en 1997. La información – recabada por promotores de salud, agentes sanitarios y trabajadores sociales – se refería a filiación, condición socioeconómica y situación sanitaria, profesión, entre otras cosas. Fue utilizada para categorizar a las familias según su riesgo social, cobertura o no de la seguridad social, etc. Los datos fueron cargados y procesados a través de un sistema informático para confeccionar luego credenciales que fueron distribuidas a través de los centros de salud y hospitales. En la credencial figura el nombre y apellido de la persona, su número de

---

<sup>47</sup> Entrevista al Arq. Pablo Márquez, quien fue Ministro de Salud entre los años 1995 y 1999. Fue realizada en el marco de esta investigación, el día 26/06/00.

documento y un dígito que expresa el riesgo social y la condición de afiliado o no a una obra social. Esta credencial es solicitada por los efectores de salud provinciales.

A finales de los noventa se había relevado la totalidad de la población objetivo (usuarios de hospitales y centros de salud), que asciende a 1.200.000 personas. Por su parte, el padrón se actualiza en forma permanente. La credencial RUS facilita la realización de trámites en centros de salud y hospitales públicos, ofrece el acceso directo a las prestaciones de alta complejidad y a todos los programas sociales del Ministerio de Salud. Asimismo, ha hecho posible la eliminación en forma definitiva del cobro directo en las prestaciones médicas (Subsecretaría de Salud: 1999).

Cuando se analizan las condiciones o los factores que contribuyeron al desarrollo de estas estrategias, cabe destacar: el apoyo político dado a estos proyectos; la solidez del equipo técnico que elaboró e implementó los proyectos; y el hecho de que muchos de los hospitales estaban en buenas condiciones edilicias y de equipamiento en virtud de las mejoras realizadas durante la década anterior.

Como resultado de este proceso, se observa que el grado de descentralización de los hospitales de la provincia – hasta el nivel de mediana complejidad – es mucho mayor que en otros casos. A modo de ejemplo, podemos citar que en el trabajo comparativo realizado por González Prieto se califica al Hospital Lagomaggiore como “descentralización mediana”, ubicándose en segundo lugar dentro la muestra estudiada después del Hospital Garrahan<sup>48</sup>. En el caso del citado Hospital Lagomaggiore, se observó:

- descentralización total respecto de las decisiones sobre compra de insumos y autonomía del hospital para dictar su propias normas de funcionamiento;
- alta descentralización respecto del proceso de planificación y decisión sobre inversiones;
- mediana descentralización en relación con la capacidad jurídica del hospital, los mecanismos para elegir a las autoridades (Director y/o Consejo de Administración), para gestionar su presupuesto y los recursos humanos; y

---

<sup>48</sup> Cabe señalar que de un total de 19 hospitales, no se califica a ninguno como “totalmente descentralizado”; sólo al Hospital Garrahan como “altamente descentralizado” (el cual se inscribe en la modalidad autárquica de los SAMIC); y sólo como de “descentralización mediana” al Hospital Lagomaggiore.

- baja descentralización en la capacidad de realizar distintos tipos de contrato y fijar sus propios precios a las prestaciones (González Prieto, 1998).

### *La respuesta a la estrategia descentralizadora propuesta desde la Nación*

La totalidad de los hospitales públicos de la provincia de Mendoza están inscriptos como Hospitales Públicos de Autogestión, incluyendo aquellos de baja complejidad, que no fueron contemplados por las estrategias de descentralización planteadas desde el gobierno provincial. Cabe señalar que también están inscriptos algunos centros de salud ya que uno de los objetivos de la gestión a cargo del sector entre 1995 y 1999 fue el de procurar para este nivel de atención fuentes alternativas de financiamiento de sus gastos, entre las cuales estaba la facturación de las prestaciones a la seguridad social. En este sentido, se consideró oportuna la inscripción de algunos establecimientos de este nivel de atención para acceder al respaldo del Estado Nacional (a través de la ANSSAL, actual Superintendencia de Seguros de Salud) en el cobro a las obras sociales.

Por otra parte, debe destacarse que en el caso de Mendoza se llevó a cabo la etapa piloto de la implementación del PRESSAL, junto con la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fueron seleccionados cinco establecimientos de esta provincia para ser luego incorporados al componente II del PRESSAL, cuyo propósito consistió en asegurar la implementación del Fondo de Inversión Física y Equipamiento, así como la puesta en marcha de los módulos de Fortalecimiento Institucional.

El criterio que primó fue el de incorporar los hospitales que requerían una importante inversión en reformas edilicias: Lagomaggiore, Diego Paroissien (Maipú), Teodoro Schestakow (San Rafael) y Antonio Scaravelli (Tunuyán). A ellos se sumaron, para las prestaciones de fortalecimiento institucional, los hospitales Alfredo Perrupato (San Martín), y Central. Uno de los propósitos de la administración provincial fue el de conseguir el financiamiento de Nación para cuestiones relacionadas, por ejemplo, con el soporte informático.

Cada hospital incluido en el PRESSAL fue objeto de un profundo análisis denominado “Plan de Inversión”, a partir del cual se buscó determinar qué aspectos de la reforma edilicia y de equipamiento eran necesarios para la transformación del hospital

hacia la autogestión. Estos Planes de Inversión también incluyeron un análisis de la planta de personal y de la ejecución presupuestaria de cada efector. De esta manera, se pretendió proponer reformas que acompañaran el Fortalecimiento Institucional. La inversión total contemplada por PRESSAL para los hospitales mendocinos seleccionados superó los \$24 millones, de los cuales \$16 millones corresponden a obras físicas y \$8 a equipamiento. Hasta fines de 1999 se habían ejecutado \$22,3 millones (Subsecretaría de Salud, 1999).

Para las actividades de Fortalecimiento Institucional se contrataron consultoras con el propósito de que elaborasen herramientas orientadas a producir cambios en la cultura organizacional de los efectores. Hasta fines de 1999 se habían concluido dos consultorías (Lagomaggiore y Perrupato), otras dos habían presentado los planes estratégicos propuestos (Central y Schestakow) y en otros dos casos se estaba en período de contratación del servicio (Parroissien y Scaravelli).

#### *Resultados de la implementación de las estrategias descentralizadoras propuestas desde la Nación*

En el caso de esta jurisdicción, nos encontramos con una estrategia de descentralización impulsada desde el gobierno provincial, previa a los proyectos impulsados desde el Estado nacional y en la misma línea que esta última. En este sentido, los referentes provinciales consultados señalaron que las autoridades nacionales en el área de salud tomaron como modelo los lineamientos de la reforma mendocina. Por ello, resulta incorrecto atribuir a la adhesión al régimen de HPA las transformaciones ocurridas durante la última década en los hospitales de la provincia.

No obstante, podemos reconocer al menos dos aspectos en los que contribuyó la adopción de la figura de los HPA. Uno de ellos, al igual que en las demás provincias, es el relacionado con la posibilidad de contar con una vía alternativa de financiamiento para los hospitales. Así se desprende del testimonio de uno de los directores de hospital entrevistados:

*“Uno de los elementos fundamentales de la figura del HPA es la posibilidad de poder tener un precio en las prestaciones que lo establece el nomenclador de la Superintendencia de Servicios de Salud (...) que es el precio obligatorio que las obras sociales que están dentro del régimen nacional de obras sociales tienen que pagar. Y otro aspecto muy importante es que las facturas que a nosotros no nos pagaban las obras sociales las enviamos a la Superintendencia de*

*Servicios de Salud para ser debitadas de las cuentas que las obras sociales tienen en la Dirección General Impositiva”<sup>49</sup>.*

Otro beneficio asociado a la adhesión al régimen de HPA es el derivado de la incorporación de algunos establecimientos de la provincia para la prueba piloto del PRESSAL, lo cual, como se observó, significó importantes mejoras en equipamiento e infraestructura.

Es en los hospitales de mediana y alta complejidad donde se realizaron las reformas más profundas durante la última década. En estos casos, el proyecto provincial previo se vio potenciado por los aportes – directos e indirectos – del proyecto nacional de HPA. En los restantes casos –es decir, en los establecimientos de baja complejidad y centros de salud inscriptos en el régimen de autogestión– la adhesión no tuvo más implicancias que generar una vía alternativa de financiamiento.

A partir del desarrollo anterior, hemos podido observar que el aspecto más saliente de la organización del sistema de salud mendocino es la presencia de establecimientos con alto grado de autonomía, como resultado de la implementación de un proyecto provincial de descentralización. En Mendoza existía, entonces, una estrategia provincial propia orientada a dotar de mayor autonomía a los establecimientos hospitalarios de la provincia. Se trataba de un proyecto progresivo y adecuado a las características del sistema provincial (los establecimientos fueron incorporándose según su nivel de complejidad). Asimismo, esta estrategia formó parte de un proyecto más abarcativo, que incluyó reformas como las del registro de beneficiarios. Por ello, la inscripción de todos los establecimientos de la provincia como Hospitales Públicos de Autogestión se explica en la medida en que este régimen implicó para la provincia beneficios claros sin plantear contradicciones al proyecto provincial.

En el caso de Mendoza, en suma, se observa que fue la provincia la que tomó la iniciativa respecto de la estrategia de descentralización, aceptando activamente los beneficios –inmediatos y mediatos– que conllevaba la propuesta realizada desde la Nación.

---

<sup>49</sup> Miembro del Hospital Notti. Entrevista realizada en el marco de esta investigación, el 27/06/00.

Por ello, su posición respecto de la propuesta de descentralización plasmada en el proyecto de los HPA podría caracterizarse como de *aceptación activa*<sup>50</sup>.

## **El caso de Neuquén**

### *Características del sistema de salud pública provincial*

El sistema de salud neuquino ha sido uno de los más estudiados de nuestro país, en gran parte debido a las notables mejoras que se obtuvieron – en términos de indicadores de salud - como producto de la aplicación del Plan Provincial de Salud elaborado a principio de los ´70. Muchos de los lineamientos y la filosofía de este plan continuaban vigentes a finales de siglo. Dicho Plan fue elaborado y puesto en marcha ante la crítica situación que presentaban en la provincia algunos indicadores, tales como las altas tasas de mortalidad general e infantil, las altas tasas de natalidad, la alta incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, respiratorias y diarreicas, y el elevado número de muertes sin atención y por causas mal definidas. A esto se sumaba la escasez de servicios de salud (inexistentes en muchas áreas del interior de la provincia), la escasez de personal calificado (más del 80% de las enfermeras no tenían formación profesional), la carencia de normas de atención, supervisión y evaluación, y la falta de integración de los efectores entre sí y con el nivel central.

Uno de los pilares de este Plan fue la organización de los efectores de salud según niveles de complejidad creciente, asignando áreas programáticas donde desarrollar sus actividades. El propósito de esta reorganización era lograr un alto grado de accesibilidad a los servicios de salud para toda la población. También se ampliaron y crearon hospitales, se los equipó adecuadamente y se desarrollaron programas de capacitación. En este sentido, se privilegiaron dos disciplinas: la especialidad en Medicina General (a través de una residencia que funciona desde 1974), y la formación de enfermeros (con la creación de la Escuela Superior en Enfermería en 1985). Asimismo, se estableció la dedicación de tiempo completo del personal médico del sub-sector público.

Los resultados de la aplicación del Plan Provincial se pudieron observar a corto plazo y, en general, se mantuvieron a lo largo del tiempo: descendieron los indicadores de

---

<sup>50</sup> Se toma en cuenta aquí la caracterización antes presentada de Senén González (2000), en términos de una tipología de reacciones de las provincias a la estrategia nacional de descentralizar los servicios sociales.

mortalidad, casi desaparecieron las enfermedades inmunoprevenibles y se redujo la incidencia de las enfermedades transmisibles. La evolución más favorable de indicadores la presenta el de mortalidad infantil, que pasó de 108 por mil en 1970 a alrededor del 15 por mil hacia mediados de los noventa (cfr. Cuadro 12).

Dos factores cruciales para la implementación de la reforma planteada por aquel Plan Provincial de Salud fueron el apoyo político dado a este proyecto y, en consecuencia, la provisión de los recursos necesarios, y la fuerte migración hacia la provincia de recursos humanos calificados que se produjo durante las décadas anteriores, en el marco de una próspera situación económica de la provincia<sup>51</sup>. Por su parte, contribuyeron a la estabilidad en el tiempo de estas reformas cuestiones como la continuidad política al frente del gobierno provincial (el Movimiento Popular Neuquino ocupa el poder desde 1963), los recursos con que contó la provincia originados por las regalías del petróleo, y la solidez técnica del equipo que las llevó adelante.

Por sus características propias, el sistema de salud neuquino se diferencia de los demás aquí analizados: en primer lugar, se advierte la baja autonomía de los establecimientos hospitalarios, dependientes todos ellos de la Subsecretaría de Salud. Y, a diferencia de otros casos, el marco de este sistema estuvo tradicionalmente dado por una estrategia articuladora desarrollada desde el gobierno provincial.

La principal característica de la organización del sistema de salud neuquino es, sin lugar a duda, la alta participación de los establecimientos públicos sobre el total de la oferta de servicios de salud: de acuerdo con datos de 1995, los establecimientos públicos con internación representaban más del 72% del total (Cuadro 22).

---

<sup>51</sup> Entrevista realizada al Dr. Néstor Perrone, gestor del Plan Provincial de Salud y reorganización del sistema de salud provincial entre 1970 y 1972. Fue realizada en el marco de esta investigación el 07/09/00.

**Cuadro 22: Cantidad de establecimientos asistenciales con internación de la provincia de Neuquén, según dependencia administrativa, años 1980 y 1995**

Año	Total general	Total S. Público	Subsector público				Obras Sociales	Sub. Privado	Otros mixtos
			Nación	Prov.	Mun.	Otros			
1980	44	26	-	25	-	1	2	16	-
1995	39	28	-	28	-	-	1	10	-

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

Otra peculiaridad es que la totalidad de los establecimientos públicos -con o sin internación- dependen del gobierno provincial, más específicamente en este caso, de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social (Cuadro 23).

**Cuadro 23: Cantidad de establecimientos asistenciales sin internación de la provincia de Neuquén según dependencia administrativa, años 1980 y 1995**

Año	Total general	Total S. Público	Subsector público				Obras Sociales	Sub. Privado	Otros mixtos
			Nación	Prov.	Mun.	Otros			
1980	81	66	-	65	-	1	1	14	-
1995	238	132	-	132	-	-	3	103	-

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

El sub-sector público cubre la totalidad de las localidades de la provincia a través de hospitales y centros de salud. La presencia en las comunidades rurales se da a través de los puestos sanitarios o por las visitas periódicas que se realizan desde el hospital de referencia. La red de establecimientos prestadores de servicios está escalonada en niveles de complejidad creciente y agrupada en zonas sanitarias. Funciona desde la década del setenta un sistema de referencia y contrarreferencia entre los establecimientos públicos. La provincia se divide en seis zonas sanitarias, incluyendo al Hospital Provincial Neuquén (Hospital Castro Rendón) que al depender directamente de la Subsecretaría de Salud tiene el rango de una zona sanitaria más. En cada zona sanitaria hay un Hospital Cabecera Zonal de mediana complejidad, con el cual se vinculan otros hospitales de baja complejidad a través de interconsultas y derivaciones. El jefe zonal cumple funciones técnico-administrativas delegadas por el nivel central.

Los grados de complejidad están definidos por la diversificación de actividades que se realizan en cada establecimiento y el grado de diferenciación de sus servicios. Los hospitales de baja complejidad ofrecen atención médica indiferenciada a través de profesionales especialmente capacitados en Medicina General. En los servicios de mediana complejidad se incorporan las especialidades llamadas “básicas”: pediatría, obstetricia, cirugía y clínica médica. En el hospital interzonal y en forma parcial en las cabeceras de zona se agregan las especialidades de traumatología, oftalmología y otorrinolaringología, además de algunas prácticas de diagnóstico más complejas. Finalmente, el hospital provincial dispone de casi la totalidad de las subespecialidades médicas y mantiene actividades permanentes de docencia e investigación.

Hacia finales de los '90, de acuerdo con los datos suministrados por el Area de Información de la Subsecretaría de Salud<sup>52</sup>, la provincia cuenta con 30 hospitales, 65 centros de salud, 75 puestos sanitarios. A ellos se les suman 12 establecimientos con internación privados y uno de obras sociales. Estos establecimientos se distribuyen según su grado de complejidad de la siguiente manera: 20 hospitales de baja complejidad, 7 de mediana complejidad, 2 hospitales interzonales y 1 hospital provincial.

La alta presencia del subsistema público implica que los cambios que se propongan en pos de una mejor organización y gestión de este sistema tendrán importantes repercusiones sobre la prestación de salud en la provincia. Por su parte, el hecho de que desde la década del setenta se haya procurado lograr un alto grado de articulación al interior de este subsistema – y la percepción de que ese es uno de los mayores valores del modelo neuquino – ha servido de argumento para rechazar las propuestas de reformas planteadas desde el nivel nacional, que los actores provinciales perciben como “fragmentarias”. Ante la ausencia de transferencia de hospitales públicos, la dinámica de la descentralización se concentró en los noventa en los Hospitales de Autogestión. Esto implica, entonces, observar cómo se había posicionado previamente la provincia sobre uno de los ejes sustantivos del proyecto de HPA.

---

<sup>52</sup> La información de esta fuente puede no coincidir completamente con la de la Guía de Establecimientos Asistenciales de 1995 debido a que en éste último caso se toman como categorías “establecimientos con internación” y “establecimientos sin internación”; lo cual no en todo los casos coincide con las categorías “hospital” y “sala de atención primaria”.

### *Antecedentes de legislación sobre recupero de fondos*

Desde 1982, la Ley Provincial N° 1.352 permite a los hospitales contar con cierta independencia en los niveles de facturación por prestaciones efectuadas por las obras sociales. Por medio de esta ley se estableció que las obras sociales y otros sistemas de cobertura de salud debían comprometerse a pagar un arancel por los servicios prestados a sus afiliados por parte de los hospitales públicos. Asimismo, se autorizó a la Subsecretaría de Salud a firmar convenios con estos agentes y a crear el “Fondo Provincial de Salud”. En su momento, la aprobación de esta Ley produjo enfrentamientos, en la medida en que muchos sectores consideraron que se violaba de esta manera la garantía a la salud que debía dar el Estado provincial, tal como lo establece la propia Constitución Provincial en su artículo 20.

El resultado de dicha facturación es de libre disponibilidad por parte de los hospitales, pero no puede ser aplicado a sobrepagos de salarios. De acuerdo con estimaciones de Bisang y Cetrángolo (1997), hacia 1993 este mecanismo reportaba ingresos equivalentes al 8% del presupuesto total del sector público para salud en la provincia.

### *Estrategias descentralizadoras impulsadas desde la provincia*

El tema de la “descentralización” en el área de salud comienza a emerger en la agenda provincial durante la gestión del Ministro Vaca Narvaja a fines de los años ochenta, cuando éste convoca a un grupo de especialistas de reconocida trayectoria en el sector para estudiar la viabilidad de diferentes estrategias. Hacia ese momento, ya se evidenciaba la necesidad de realizar ciertas reformas en el área. No obstante, también por decisión del mismo Ministro de Salud, el grupo fue disuelto sin que se llegara a ningún acuerdo. Según las opiniones de los referentes provinciales consultados, durante este período se avanzó en lo que podría caracterizarse como “desconcentración” de ciertas actividades, tales como la programación local o el manejo de presupuesto para gastos menores<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> Formaban parte de este equipo los Dres. José Russo, Antonio García y Fernando Leonfanti, quienes fueron entrevistados en el marco de esta investigación los días 29 y 30/06/00.

Una nueva gestión provincial, que asumió en 1991, retomó el tema de la descentralización y nuevamente convocó a uno de los ex integrantes del grupo anterior para que profundizara sobre el tema y elaborase un proyecto adecuado al sistema de salud provincial. Fue así que con el propósito de optimizar la eficacia, la eficiencia, la equidad y la participación social en la gestión de los servicios de salud se propuso la descentralización administrativa de la Subsecretaría de Salud respecto del Poder Ejecutivo. En su lugar, se propuso la creación de un ente descentralizado autárquico dentro de la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social, con el fin de avanzar progresivamente en la descentralización burocrática de los establecimientos asistenciales bajo su dependencia.

Cabe señalar que el artículo 290 de la Constitución Provincial ya preveía la creación de un Consejo Provincial de Sanidad, cuyos miembros serían designados por el Poder Ejecutivo con acuerdo de la Legislatura. Sin embargo, ese artículo no fue reglamentado y el Consejo no se terminó de constituir. El concepto de “descentralización” subyacente a esta estrategia provincial implicaba:

*“... la transferencia de poder decisorio, resolutorio, de los recursos y de los instrumentos gerenciales a los establecimientos asistenciales, ejecutores de las acciones del Ente Provincial de Salud” (Art. 2 del proyecto de Ley para la creación del Ente Provincial de Salud, 1992)*

En 1992, por medio del Decreto N° 2353, se aprobaron los Lineamientos para el Proceso de Descentralización del Sector Salud, sobre la base del cual se elaboró el proyecto de Ley para la creación del Ente Provincial de Salud. De acuerdo con este proyecto de Ley, el Ente actuaría con personería jurídica e individualidad financiera propia, como ente descentralizado autárquico de la administración pública. No obstante, este proyecto no llegó a ser aprobado por la legislatura provincial, entre otros motivos por el temor de las máximas autoridades políticas por transferir poder a este nuevo organismo. Esta experiencia quedó, entonces, inconclusa.

### *La respuesta a la estrategia descentralizadora propuesta desde la Nación*

El proyecto de Hospital de Autogestión fue fuertemente resistido en esta provincia, a tal punto que, al menos hasta fines de 1999, era la única jurisdicción que no contaba con ningún establecimiento inscripto en este régimen. Desde un principio, se identificó la “autogestión” con el “autofinanciamiento”, la falta de compromiso del Estado con la salud pública y la violación del artículo 20 de la Constitución provincial, que garantiza el acceso

a la salud a toda la población provincial. Rápidamente se planteó una fuerte resistencia y resurgieron los enfrentamientos que se habían dado al plantear la Ley de Recupero de Fondos.

La percepción de muchos de los actores provinciales –principalmente de los gremios estatales– fue que el proyecto de Hospitales de Autogestión impulsado por el Estado nacional apuntaba al abandono paulatino del Estado como garante de la atención médica gratuita, igualitaria y accesible. El principal argumento esgrimido fue que los fondos captados por los HPA no se sumarían, sino que reemplazarían los destinados por el Estado provincial a financiar los hospitales. También se relacionó la introducción del HPA con una reforma del marco jurídico en lo concerniente a ciertos aspectos de las relaciones laborales (Estatuto del Empleado Público): bonificaciones, estabilidad laboral, premios y castigos. En suma, se suponía que este modelo traería aparejada una mayor precarización laboral y mayor flexibilización para los empleados públicos.

Finalmente, se asociaba el proyecto con una doble imposición: la de la banca internacional sobre el país en su conjunto, ya que la primera había impulsado este tipo de reformas en otros países en vías de desarrollo, y la de las autoridades nacionales sobre las provinciales, al querer intervenir en decisiones acerca de la conformación del sistema de salud de cada jurisdicción. En este sentido, un alto funcionario que por ese momento se desempeñaba en la Subsecretaría de Salud manifestó que las autoridades provinciales no participaron de la elaboración de la documentación básica del HPA. No obstante, reconoció que sí habían elaborado conjuntamente y consensuado las Políticas Sustantivas de Salud, acordadas en el marco del COFESA y luego aprobadas a través del ya analizado Decreto del nivel nacional N° 1.269/92.

Hacia mediados de la década del '90, cuando el proyecto de HPA estaba ya extendido a nivel de todo el país, las autoridades provinciales de salud recibieron fuertes presiones desde el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación para que la provincia adhiriera a este régimen. Tras el cambio de autoridades provinciales ocurrido en 1995 (gestión 1995-1999), el tema fue puesto nuevamente en la agenda. De acuerdo con el testimonio de un funcionario de la Subsecretaría de Salud, en el marco del COFESA las autoridades sanitarias neuquinas expusieron la necesidad de atender a los planteamientos

nacionales en torno a los HPA y analizar esa y otras posibles estrategias de descentralización.

En una serie de encuentros realizados a principios de 1996, las autoridades de la Subsecretaría de Salud y los directores de hospitales de mayor complejidad analizaron las ventajas y desventajas de incorporar los establecimientos de la provincia al régimen del HPA. En este contexto, se destacó que este nuevo régimen podría mejorar el financiamiento de los hospitales, agilizar el proceso de toma de decisiones, permitir la participación de los trabajadores en los ingresos del establecimiento e introducir conceptos como los de calidad y gerenciamiento, sin atentar por ello contra el rol del Hospital Público.

El debate giró en torno a saber si el modelo de HPA propuesto por el Estado Nacional constituía la única herramienta para el cambio. Quienes lo proponían llamaron la atención acerca de diversos aspectos de la resistencia que se debería enfrentar tanto por parte de los profesionales y trabajadores del sector (que habían manifestado una fuerte resistencia a la Ley de Recupero de Fondos de 1982) como de la comunidad en general; la falta de entrenamiento de los recursos humanos para este nuevo modelo de hospital; y el peligro de que se discriminara a los pacientes sin cobertura. Se resaltó, además, el temor a adherir a un proyecto que podría ser percibido como una imposición del Estado nacional, condicionando los lineamientos provinciales en el área (la desconfianza acerca de lo que se propone desde el nivel central debe entenderse en el caso neuquino más allá de la lógica sectorial de la salud).

También emergió en la discusión el efecto que podría tener esta nueva lógica de funcionamiento (descentralizada y participativa) respecto del sistema en su conjunto (centralizado y escasamente participativo). En este sentido, los que apoyaban mantener la situación vigente, remarcaron una vez más el peligro de una “atomización” del sistema de salud provincial, que tradicionalmente se caracterizó por su alto grado de articulación y su sistema de referencia y contrarreferencia.

En este sentido, se analizó el efecto que podría producir el hecho de que fuera cada hospital –y no la conducción provincial del sistema– el que estableciera sus propias reglas

de juego, firmando convenios para asegurarse la concurrencia de quienes tuvieran capacidad de pago antes que asegurar la atención de los sectores desprotegidos. Como resultado de este debate y su consiguiente juego de presiones, se planteó la posibilidad de construir un modelo de HPA inserto en el sistema provincial, con sus antecedentes y particularidades. Se acordó gestionar ayuda nacional sin la condición previa de adherir al HPA<sup>54</sup>. Así, en marzo de 1996 el Gobernador de la provincia solicitó al Ministro de Salud y Acción Social la asistencia técnica del PRESSAL y un mes después se firmó el Convenio de Asistencia Técnica con el MSAS.

En función de lo acordado, la provincia no tendría que pagar nada por la asistencia técnica recibida, ni tampoco comprometer aspectos de su organización como sistema. Cabe señalar que el monto de esta consultoría era menor en comparación con otras financiadas en las jurisdicciones donde se desarrolló la experiencia piloto. El MSAS habría aceptado estas condiciones como un gesto en reconocimiento a la trayectoria del sistema de salud de esta provincia. A mediados de diciembre, el BIRF aprobó la propuesta de apoyo técnico y se iniciaron los trámites para llamar a concurso de consultoras. El objetivo de la consultoría consistía en realizar un diagnóstico y evaluación del hospital provincial Castro Rendón, rediseñar su modelo prestacional y capacitar al personal para la reconversión y reasignación de tareas.

Las ex-autoridades sanitarias consultadas sostuvieron que tanto la elaboración del proyecto a financiar como la selección de la consultora fueron procesos transparentes y consensuados entre los técnicos del PRESSAL y las autoridades provinciales. En febrero de 1997 se seleccionó a la consultora ASENSA S.A. (Asesores en Salud S.A.), por coincidencia de todos los miembros de la comisión evaluadora de propuestas. Conjuntamente, se inició en el Hospital Castro Rendón una amplia difusión del documento presentado por la consultora, con el propósito de comprometer en este trabajo a la mayor cantidad de personal profesional y no profesional del establecimiento. También se elaboraron dos cartillas informativas sobre el tema, que se difundieron a todo el personal del nivel central y de los establecimientos del sistema.

Una de las condiciones que impuso la provincia era que la consultora contratada debía trabajar un 60% del tiempo en la provincia, interactuando con el personal del Hospital. Esta propuesta se enfrentó a una fuerte oposición de los gremios, que acusaban al Estado provincial de querer reducir el presupuesto en el área y transferir a manos privadas algunos servicios. Los gremios se opusieron fuertemente a que la consultora trabajara en la provincia, y menos aún en el ámbito del Hospital Castro Rendón. Fruto de estas acusaciones y acciones de resistencia, y dada la importancia del movimiento sindical en Neuquén, el trabajo de la consultora se vio obstaculizado y sus conclusiones no fueron implementadas.

La tarea realizada por la consultora contratada en el marco del PRESSAL fue un exhaustivo relevamiento de las normas que regulan el sistema de salud de la provincia, de otras provincias y de otros países con el propósito de analizar la posibilidad de dotar de capacidad jurídica a los hospitales neuquinos. Al respecto, la consultora concluyó que a pesar que todos los actores del sector están concientizados acerca de la necesidad de una reforma integral, el grado de resistencia a los cambios en el marco legal es significativo y que la mayor parte de la veces los niveles intermedios de la Administración Provincial no coadyuvan en sintonía con los objetivos de las autoridades superiores. Una de las causas a las que se atribuye el desinterés –cuando no resistencia– de los agentes de la Administración de Salud es la carencia o insuficiencia de información y de canales de participación (Consultora ASENSA, 1997: 2).

En dicho informe también se sostiene que la generación del recurso financiero por recupero no resulta eficiente, a pesar de contar la Subsecretaría de Salud con un área específica competente en el tema. La consultora atribuye la baja efectividad a la operación de dichas áreas a nivel central y no en el ámbito hospitalario, a lo cual se suma la falta de capacidad jurídica para reclamar la falta de pago judicialmente por sí misma pues esta facultad es exclusiva de la Fiscalía del Estado (Consultora ASENSA, 1997: 2)<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> El desarrollo de las discusiones acerca del HPA se centran principalmente en el testimonio del Dr. Fernando Leonfanti, quien participó de las mismas como funcionario de la Subsecretaría de Salud. Las entrevistas fueron realizadas en el marco de esta investigación, los días 29 y 30/06/00.

<sup>55</sup> Ante este diagnóstico, las propuestas de la Consultora giran en torno a: fortalecer la legislación vigente exigiendo su cumplimiento (como una estrategia coyuntural de transición); elaborar y aprobar un texto legal de reforma integral y de fondo a la legislación del sector, procurando unificar la legislación que regula al sector y retomando normas vigentes que nunca tuvieron aplicación efectiva por falta de reglamentación; e

Otro diagnóstico del sistema de salud neuquino realizado hacia el mismo momento –y centrado en el grado de autonomía de los hospitales públicos– describía al Hospital Castro Rendón de Neuquén como “totalmente centralizado” en relación con el sistema de salud en el que se inserta. Las variables en torno a las cuales se observa una mayor centralización son la “capacidad jurídica” del establecimiento y el “gerenciamiento comercial”, entendido como el grado de autonomía del hospital para realizar distintos tipos de contratos y fijar sus propios precios para las prestaciones (González Prieto, 1998).

En este conflictivo contexto, hasta el final de la década de los noventa las autoridades provinciales se mantuvieron en su posición de resistir a la propuesta impulsada desde Nación y de diferenciarse del resto de las jurisdicciones, no adhiriendo al régimen de HPA. Las palabras de uno de los referentes provinciales consultados son ilustrativas acerca de las causas por las cuales la provincia mantuvo esta decisión, así como sus implicancias:

*“Nuestro modelo ha sido exitoso, aunque seguramente no replicable en ninguna medida. Nosotros partimos casi de cero y fuimos construyendo un sistema. Cambiar este sistema por otro tenía una complejidad importante. Y uno no alcanzaba a visualizar que había un camino mejor. Y sí creo que había una fuerte disputa desde la conducción nacional hacia las provincias porque si no se adherían a la Autogestión, por ejemplo, no nos daban cosas básicas. Un ejemplo: por primera vez el país tuvo un padrón de afiliados a obras sociales y a nuestra provincia no nos lo quisieron dar porque no estábamos adheridos a la Autogestión”<sup>56</sup>.*

A partir del análisis expuesto, hemos podido observar que los dos aspectos más característicos del sistema de salud neuquino son la alta presencia del subsistema público frente a los subsistemas privado y de la seguridad social, por un lado, y el alto grado de articulación al interior del subsistema público, por otro. Así, en el contexto de un sistema altamente centralizado, no llegaron a desarrollarse durante la última década estrategias que pudieran asociarse con la “descentralización” surgidas de la iniciativa propia del gobierno provincial.

---

implementar un sistema de incentivos en el área de recursos humanos destinado a lograr aumentos en la productividad del personal (Consultora ASENSA, 1997).

<sup>56</sup> Entrevista al Dr. Gualberto Méndez Valdemarín, quien se desempeñó como Subsecretario de Salud entre 1995 y 1999. Fue realizada en el marco de esta investigación el 29/06/00.

En suma, el caso Neuquén podría caracterizarse como de *resistencia*<sup>57</sup> frente a la estrategia descentralizadora impulsada desde el Estado nacional en materia de salud. Cabe señalar, no obstante, que las autoridades provinciales del sector procuraron aprovechar alguno de los beneficios que este régimen traía aparejados (como el acceso a financiamiento para consultorías del PRESSAL). Entre los factores que pueden haber contribuido a esta modalidad de relación Nación–provincia, se encuentran los siguientes:

- la difundida percepción entre los actores provinciales – incluso entre los sectores gremiales más combativos – acerca del aceptable desempeño del sistema de salud, en comparación con las experiencias de otras provincias;
- la fuerza en la provincia del actor gremial sectorial, opuesto a la estrategia de los HPA;
- el temor entre las autoridades provinciales respecto de la posible “atomización” del sistema;
- la desconfianza que se generan en los años ‘90 en la provincia respecto a las iniciativas surgidas desde el Estado nacional.

#### **IV. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES**

A partir de lo expuesto, pueden señalarse algunas cuestiones relacionadas con las hipótesis propuestas al inicio de este trabajo. Efectivamente, las estrategias que en consonancia con la perspectiva del nivel nacional aquí asociamos con la “descentralización” - transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales y promoción de la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión - no fueron características de la década de los noventa, sino que reconocen antecedentes que se remontan a etapas pasadas en la historia del subsector de la salud pública. Como se ha señalado, el impulso que se imprimió a estas iniciativas recientemente se relaciona, por un lado, con las decisiones tomadas por los funcionarios nacionales en el contexto de crisis en las finanzas públicas y, por otro, con el fuerte apoyo que se les dio a estas iniciativas (en particular a los HPA) desde los organismos internacionales de crédito.

La transferencia de hospitales nacionales realizada en los ‘90 fue la culminación de un proceso que se había iniciado con las transferencias de 1962 y 1968, retomadas con

---

<sup>57</sup> Se toma en cuenta aquí la caracterización antes presentada de Senén González (2000), en términos de una tipología de reacciones de las provincias a la estrategia nacional de descentralizar los servicios sociales.

fuerte impulso en 1978. Por ende, el proceso de transferencia de los hospitales públicos, que culminó en 1992, constituyó meramente un desplazamiento de las responsabilidades administrativas desde el nivel nacional a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires. En este sentido, solamente representó una mayor carga presupuestaria para las administraciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero no implicó por sí mismo cambios sustantivos en cuanto a mejoras en la calidad de atención o apertura a la participación comunitaria. El gradualismo con que se dio este proceso de las sucesivas transferencias dejó margen para que el subsistema público fuera adaptándose, en sus aspectos positivos y también en los negativos, a la redefinición de las responsabilidades jurisdiccionales. Por su parte, el margen de las provincias para aceptar o no esta estrategia delineada por el Estado nacional se relaciona directamente con sus capacidades políticas y económicas.

El hecho de que la transferencia de hospitales volviese a entrar en la agenda en 1992 debe asociarse a las disputas entre la Nación y las provincias por el reparto de los recursos tributarios recaudados por el Estado Nacional. En este sentido, esta estrategia de descentralización no puede ser entendida como un hecho aislado, sino en el contexto de la redefinición de las relaciones financieras entre Nación y provincias que se plantearon con el régimen de Coparticipación Federal de impuestos.

Por su parte, la propuesta de los Hospitales de Autogestión reconoce como antecedentes a los “hospitales de la reforma” y los hospitales SAMIC, que se remontan a los años sesenta. A principios de los noventa, la propuesta de brindar un mayor margen de autonomía de los hospitales bajo la figura de HPA se planteó nuevamente en la agenda de la política social desde dos perspectivas diferentes. Para el Estado nacional, en el marco de una reforma del sistema de salud en su conjunto, que incluía la reconversión de las obras sociales y su desregulación. Para los Estados provinciales, el tema de la autogestión entra en la agenda pública por su vinculación con la posibilidad de brindar una fuente alternativa de recursos, en el contexto de déficit provincial.

Efectivamente, el beneficio más claro que implicó para los establecimientos hospitalarios la adhesión al régimen de HPA se relaciona con la posibilidad de facturación y cobro a terceros pagadores. No obstante, cabe señalar que el cobro a las obras sociales

por las prestaciones realizadas en los hospitales públicos a sus beneficiarios constituyó en todas las provincias una preocupación anterior al planteo del Hospital de Autogestión. Esto se manifiesta claramente en tanto en todas las jurisdicciones analizadas existía normativa habilitante para el recupero de fondos, sancionada con anterioridad al proyecto de HPA. En este sentido, la diferencia que implica el régimen de HPA es el sistema de débito automático de las deudas a través de la ANSSAL (Superintendencia de Servicios de Salud). En otras palabras, supone el respaldo del Estado nacional para el cobro de las deudas de las obras sociales, prepagas, mutuales y seguros.

Otra de las cuestiones a considerar es la presencia o ausencia de un proyecto provincial explícito de descentralización respecto de los establecimientos hospitalarios en cada jurisdicción. En aquellos casos donde había una estrategia descentralizadora previa, la provincia pudo “apropiarse” del proyecto de HPA impulsado desde la Nación, favoreciéndose con beneficios directos –derivados del propio proyecto de HPA– e indirectos. Por el contrario, en aquellos casos donde no se observa una estrategia definida, sea ésta favorable o no a la descentralización, la aceptación del proyecto impulsado por la Nación fue meramente formal, sin que se tomaran los recaudos necesarios (ni siquiera en términos de normativa) para posibilitar la reforma que suponía el nuevo régimen de autogestión. En estos casos la adhesión a los HPA no implicó cambios sustantivos en la administración de los hospitales.

De este modo, en los casos en que no se inscribió en el marco de un proyecto provincial de descentralización, el régimen de Hospital Público de Autogestión no promovió cambios sustantivos en la administración de los hospitales; solamente amplió las posibilidades de recaudar recursos de fuentes alternativas. No obstante, cabe indicar que ni siquiera se han logrado alcanzar resultados mínimamente aceptables en materia de captación de recursos adicionales, en la medida en que este esfuerzo se dirige mayoritariamente al recupero de pagos por servicios prestados por entidades que - al igual que los hospitales – también están sujetas a problemas presupuestarios.

Cabe destacar, a su vez, posiciones encontradas acerca de las implicancias de la adhesión a los hospitales de autogestión. Para los gremios, la palabra “autogestión” se asoció a “desfinanciamiento”, “privatización” y “arancelamiento”, como resultado de una

propuesta “bajada” por los organismos internacionales de crédito. Para los responsables de la salud en algunas de las provincias analizadas, “autogestión” se ligó meramente a “recupero de gastos”, aspecto en sí mismo insuficiente para lograr los propósitos del Decreto N° 578/93. Más allá de los problemas semánticos, cabe acompañar al reconocido experto sectorial Luis Pérez, quien señala tres factores que incidieron en el deslucido desempeño global de los HPA, ligado a otros tantos aspectos sobre los cuales no se trabajó desde el plano nacional pero también provincial: el fortalecimiento de la población beneficiaria, el fortalecimiento de la gestión clínica, el fortalecimiento de los mecanismos administrativos<sup>58</sup>.

Para concluir este análisis -y aún cuando escape a los objetivos de este trabajo, centrado en el estudio de lo sucedido en la década del noventa- consideramos necesario hacer una breve referencia a algunos cambios en la normativa del sector que se realizaron a partir de finales de 1999, al producirse un recambio de autoridades en el Gobierno Nacional.

Por un lado, el Decreto N° 1.269/92 que preveía las nuevas funciones de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social en el marco de la descentralización fue derogado por el Decreto N° 455 de junio del 2000, mediante el cual se aprobó el “Marco estratégico – político para la salud de los argentinos”. El nuevo decreto no introduce modificaciones sustantivas respecto de las funciones del Estado nacional en materia de salud pública, a la vez que los cambios más importantes se relacionan con la responsabilidad del Ministerio de Salud con vistas al desarrollo del nuevo Programa Nacional de Médico de Cabecera (creado por Resolución N° 436/2000).

Por otro lado y vinculado a los Hospitales de Autogestión, cabe indicar que el Decreto N° 578/93 fue derogado en octubre del 2000 por medio del Decreto N° 939/00 de “Creación del régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada”, que se inscribe en el “Marco estratégico-político para la salud de los argentinos” (Decreto N° 455/00, anteriormente mencionado). En los considerandos de dicho Decreto N° 939/00 se contempla “*que luego de transcurridos siete años de la implementación del Régimen del*

*Hospital Público de Autogestión se han observado una serie de dificultades que es necesario corregir”.*

Algunas de las modificaciones que el Decreto N° 939/2000 introdujo respecto del Régimen de Hospitales Públicos de Autogestión se plantean como una respuesta a cuestiones que se presentaban como problemáticas, y que han sido presentadas en esta investigación en el análisis de los casos provinciales. Si bien no se explicitan estas dificultades, a partir de las disposiciones del nuevo régimen se puede observar que estarían relacionadas con los riesgos de arancelamiento por los servicios del hospital y el monto de los recursos afectados al proceso de cobro a terceros pagadores. En este sentido, el Decreto N° 939/2000 establece que:

- los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población (art. 5);
- el Hospital Público de Gestión Descentralizada no podrá destinar al proceso administrativo de la facturación, en cualquiera de sus instancias, un monto que comprometa el adecuado funcionamiento de las actividades hospitalarias (art. 12)

Por otro lado, el nuevo régimen se inscribe claramente en los lineamientos de políticas y programas impulsados por el nuevo gobierno. En los considerandos del mencionado Decreto también se sostiene: (...) *que la estrategia de la atención primaria de la salud y el sistema de Médicos de Cabecera deberán ser parte integrante de los servicios de salud y tendrán como objetivo final tender hacia una reorganización de los mismos, de modo que el Hospital Público pueda hacer una asignación más adecuada y un uso más eficiente de sus recursos, destinándolos a las acciones de atención de la salud de primer, segundo y tercer nivel”.*

En virtud de estas consideraciones, el Decreto N° 939/2000 establece que:

- a través de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada se buscará promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o familia (art. 7);

---

<sup>58</sup> Comunicación personal, septiembre 2001. Para observar la aplicación de los HPA en las provincias de Catamarca, Córdoba y Salta, ver documento preparado por el experto Donald Winkler (Banco Mundial, 2001).

- el Fondo de Redistribución Solidaria (conformado por un porcentaje de los ingresos que perciba el hospital en concepto de prestaciones facturadas a terceros pagadores) deberá privilegiar al momento de la asignación de recursos el desarrollo de acciones y/o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, todo ello sobre la base de la atención primaria de la salud y la estrategia de médicos de cabecera (art. 14).

A lo largo de este trabajo se ha afirmado que la descentralización de la salud pública en los '90 estuvo inducida por la crisis de financiamiento del nivel nacional pero también provincial y que generó resultados heterogéneos en función tanto de las capacidades como de los proyectos de cada instancia subnacional. Consideramos oportunas las modificaciones que puedan introducirse a la normativa con el fin de “corregir” el funcionamiento del sistema de hospitales de autogestión o descentralizados más allá de que los cambios introducidos en el año 2000 no hayan implicado transformaciones reales de los anteriormente denominados HPA. No obstante, sostenemos que en el sub-sector de la salud pública, la descentralización ha generado una reforma a mitad de camino, en tanto la adopción o no de estrategias que brinden mayor autonomía a los establecimientos hospitalarios en su gerenciamiento dependió exclusivamente del proyecto y la voluntad política provinciales. La redefinición del rol del Estado nacional en esta materia alcanza entonces carácter prioritario.

## BIBLIOGRAFIA

- Arce, Hugo (1993) *El territorio de las decisiones sanitarias*, Ediciones Macchi, Buenos Aires.
- Arce, Hugo (1997) *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina*, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 59, Santiago.
- Banco Mundial (2001) *Evaluación de la capacidad institucional para reformar el sector social en la Argentina*, Washington D.C.
- Belmartino, Susana (1998) *Nuevo rol del estado y del mercado en la seguridad social argentina*, ponencia presentada en el XXI Congreso Internacional de la Latin American Studies Association, Chicago.
- Belmartino, Susana y Bloch, Carlos (1994) *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos: 1960-1985*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación N° 40, Buenos Aires.
- Belmartino, Susana et al (1991) *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina 1940-1960*, Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, Buenos Aires.
- Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar (1997) *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*, CEPAL, Serie de Reformas de Política Pública N°47, Santiago.
- Cetrángolo, Oscar y Devoto, Florencia (1998) *Reformas de la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad*, CECE, Serie de Estudios N° 27, Buenos Aires.
- Carciofi, Ricardo; Cetrángolo, Oscar; y Larrañaga, Oscar (1996) *Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile*, CEPAL, Santiago.
- Consejo Federal de Salud (COFESA) (1991) *Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud*, XIII Reunión Extraordinaria del COFESA, Ciudad de Paraná, 18 de octubre de 1991 y XIV Reunión Extraordinaria del COFESA, Ciudad de Buenos Aires, 23 de octubre de 1991.
- Consultora ASENSA (1997) *Propuesta de reforma legal del sector salud en la provincia de Neuquén (resumen)*, Documentos del PRESSAL, Serie de Estudios Nacionales, Buenos Aires.
- CTA Neuquén (2000) *Gerenciamiento en salud*, Transcripción de la conferencia dictada por la Lic. Celia Iriart el 23 de mayo en la Universidad Nacional de Cuyo.
- Chiara, Magdalena (s/f) *Los municipios del Conurbano Bonaerense y las políticas de salud. Una reconstrucción histórica*, mimeo, Buenos Aires.
- Domench, Patricia (1999) “Descentralización, municipio y salud. La autogestión hospitalaria”, en Blutman, Gustavo (comp.) *Investigaciones sobre el municipio y la sociedad*, Centro de Investigaciones en Administración Pública, UBA, Buenos Aires.
- Feller, Jorge y Pérez Arias, Elsa (1993) “El sector salud en la provincia de Buenos Aires”, en Katz, Jorge et al *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

- Filmus, Daniel (1996) *Estado, sociedad y educación en la Argentina de fin de siglo. Proceso y desafíos*, Troquel, Buenos Aires.
- Fundación ISALUD (1998) *El hospital en la Reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales*, Ediciones ISALUD, Buenos Aires.
- Fundación ISALUD–Provincia de Río Negro (1998) *Seguro público de salud. Encuentro internacional*, Ediciones ISALUD, Buenos Aires.
- Fundación ISALUD (1999) *Los hospitales argentinos ante el siglo XXI. III Encuentro Nacional de Hospitales*, Ediciones ISALUD, Buenos Aires.
- González García, Ginés y Tobar, Federico (1999) *Más salud por el mismo dinero. Bases para la reforma del sistema de salud en Argentina*, Ediciones ISALUD, Buenos Aires.
- González Prieto, Guillermo (1998) *Análisis del grado de autonomía que presentan los hospitales públicos de la República Argentina*, mimeo, Buenos Aires.
- Gorosito, Jorge y Heller, Horacio (1993) “El sector salud en la provincia de Neuquén”, en Katz, Jorge *et al* *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Iriart, Celia (1997) “La reforma del sector salud en la Argentina: de la salud como derecho social y bien público a responsabilidad individual y bien de mercado”, en *Reforma en salud: lo privado y lo solidario*, Editorial Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Buenos Aires.
- Katz, Ignacio (1998) *Al gran pueblo argentino, salud! Una propuesta operativa innovadora*, EUDEBA, Buenos Aires.
- Katz, Jorge *et al* (1993) *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Leonfanti, Fernando (1996a) *Descripción de la situación actual. Los problemas a resolver*, mimeo, Neuquén.
- Leonfanti, Fernando (1996b) *Ideas a discutir en la búsqueda de nuevas definiciones. Borrador de trabajo*, mimeo, Neuquén.
- Leonfanti, Fernando (s/f) *Organización general del sistema de salud de la provincia de Neuquén*, mimeo, Neuquén.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1995) *Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina*, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1996) *Hospital público de autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*, Buenos Aires.
- Pérez Irigoyen, Claudio (1991) “El sistema de salud: estructura y características”, en Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo *Política social y pobreza en Argentina*, (PNUD), Bogotá.
- PRESSAL (1998) “*Contrato de gestión. Su implementación en las provincias*”, en *Cuadernos del PRESSAL*, N° 1, Buenos Aires.

- Ruiz del Castillo, Ramiro (1998) “La descentralización de servicios de salud en la provincia de Buenos Aires”, en *Informe IEFE*, N° 86, Instituto de Estudios Fiscales y Económicos, La Plata.
- Secretaría de Programación Económica y Regional (1998) *Caracterización y evolución del gasto público social. Período 1980-1997*, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Público, Buenos Aires.
- Senén González, Silvia (2000) *Argentina: actores e instrumentos de la reforma educativa. Propuesta del centros y respuestas de la periferia*, Universidad de Buenos Aires–Universidad Nacional de General San Martín, Buenos Aires.
- SIEMPRO-INDEC (1997) *Encuesta de Desarrollo Social: condiciones de vida y acceso a programas y servicios sociales*, SIEMPRO-INDEC, Buenos Aires.
- Sojo, Ana (2000) *Reformas de gestión en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*, CEPAL, Serie Políticas Sociales, N° 39, Santiago.
- Subsecretaría de Salud de Mendoza (1999) *Nuestra gestión en salud pública 1995–1999*, Ministerio de Desarrollo Social y Salud, Mendoza.
- Subsecretaría de Salud de Neuquén (1996) *Plan de acción para la readecuación del sistema de salud*, mimeo, Neuquén.
- Tobar, Federico (1995) *Alternativas en la formulación de políticas sociales descentralizadas*, mimeo, Buenos Aires.
- Tobar, Federico (2000) *Políticas de descentralización de servicios de salud*, mimeo, Buenos Aires.
- Tobar, Sebastián (s/f) *Análisis del modelo de gestión y la participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el marco de la política implementada en la provincia de Buenos Aires*, Tesis de Maestría, Fundación Osvaldo Cruz, Escuela Nacional de Salud Pública, Brasil.
- Vollmer, María Inés y Bertranou, Julián (1999) *Reforma del estado y política social en Mendoza*, ponencia presentada en el Foro de Políticas Sociales organizado por la Fundación Gobierno & Sociedad, Buenos Aires.

## **LISTADO DE NORMATIVA DE REFERENCIA**

### **Nivel nacional**

- Decreto Nacional 1.269/1992: Políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud.
- Decreto Nacional 578/1993: Creación del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA)
- Decreto Nacional 1.615/1996: Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud
- Decreto Nacional 1.106/2000: Aprobación de la estructura organizativa del Ministerio de Salud de la Nación.

Decreto 455/2000: Aprobación del “Marco estratégico – político para la salud de los argentinos”.

Decreto 939/2000: Creación del régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada

Ley 21.883/1978: Transferencia de hospitales públicos nacionales.

Ley 22.373/1981: Creación del Consejo Federal de Salud (COFESA).

Ley 23.660/1989: Obras Sociales.

Ley 23.661/1989: Seguro Nacional de Salud.

Ley 24.061/1991: Ley de Presupuesto ejercicio 1992.

Ley de Ministerios (texto ordenado por Decreto N° 438/92, modificada por la Ley N° 24.190) / Art. 23.-

### **Buenos Aires**

Ley 6.647/1961: Regionalización Sanitaria. Modificada por la Ley 7.016/1965

Ley 8.801/1977: Creación del Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO)

Ley 11.072/1991: “Nuestro Hospital”

### **Chaco**

Ley 3.517/1989: Recupero de gastos. Modificada en 1995.

### **Mendoza**

Ley 5.578/1990: Recupero de fondos

Ley 6.015/1992: Descentralización hospitalaria

Decreto 1.135/1996: Descentralización de establecimientos de mediana complejidad

Decreto 1.190/1996: Creación del Registro Único de Salud (RUS)

Decreto 90/92 y Resoluciones ministeriales 1545/92 y 1747/92: sistema de incentivos para el personal de los hospitales.

### **Neuquén**

Ley 1.352/1982: Recupero de fondos

Decreto 2.353/1992: Aprobación de los Lineamientos para el Proceso de Descentralización del Sector Salud

Proyecto de Ley para la creación del Ente Provincial de Salud

## **ANEXO I: ENTREVISTAS REALIZADAS**

### *Investigadores del sector Salud*

1. Belmartino, Susana
2. Bisang, Roberto
3. Iriart, Celia
4. Mercer, Hugo
5. Tobar, Federico
6. Vasallo, Carlos

### *Referentes del nivel nacional*

7. Arce, Hugo: Subsecretario Adjunto de Salud de la Nación – Secretario Técnico del COFESA (1991)
8. Fara, Luis: Coordinador PROMIN (1995-1999)
9. Pagano, Roberto: Coordinador PRESSAL (1994-1997)

### *Referentes provinciales*

#### **Buenos Aires**

10. Pertino, Inés: Ex jefa de zona sanitaria
11. Saguier, Miguel: Actual Director Hospital Posadas (Conurbano Bonaerense)
12. Fernando Galimberti: Hospital Posadas – Asuntos Jurídicos

#### **Chaco**

13. Acosta, Rubén: Secretario General ATE de la provincia de Chaco – Secretario General de la CTA.
14. Bergema, Miguel: Subsecretario de Salud (1992/1993) – Director del Hospital Perrando (1995/....).
15. Illiovich, Ernesto: Subsecretario de Salud (1995/....)

16. Jaján, Rosa: Directora del Hospital Castelán (1993/....)
17. Laluf, Julio: Ministro de Salud y Acción Social (1993/1995)
18. Rousseau, Víctor Hugo: Ministro de Salud y Acción Social (1991/1993).
19. Schpolianski, Moisés: Responsable de la Oficina de Recupero de Gastos del Ministerio de Salud y Acción Social (1990) – Subsecretario de Salud (1991) – Director del Hospital Perrando.
20. Serral, Miguel: Responsable de la Dirección de Recupero de Fondos del Ministerio de Salud y Acción Social (1996/ 2000).
21. Valfré, Enrique: Ministro de Salud y Acción Social (1987/1991).

### **Mendoza**

22. Elías, Guillermo: Area de Control de Gestión del Hospital Central
23. Hernández, Eduardo: Ex Director Provincial de Hospitales - PRESSAL
24. Márquez, Pablo: Ministro de Desarrollo Social y Salud (1995-1999).

### **Neuquén**

25. García, Antonio: Integrante del grupo de estudio de descentralización (1988/89) - Coordinador técnico de la Subsecretaría de Salud.
26. Gore, Fernando: Ex Director Hospital de San Martín de los Andes – Subsecretario de Salud (1999/....).
27. Leonfanti, Fernando: Integrante del grupo de estudio de descentralización (1988/1989) – Responsable de la elaboración de la propuesta de creación del Ente Provincial de Salud-. Posteriormente, Director del Hospital Provincial Castro Rendón.
28. Méndez Valdemarín, Gualberto: Ex Director Provincial de Salud - Subsecretario de Salud (1995-1999).
29. Perrone, Néstor: Gestor del Plan Provincial de Salud y reorganización del sistema de salud provincial (1970-1972).
30. Russo, José: Ex Director Hospital Castro Rendón - Coordinó el grupo de estudio de descentralización (1988/1989) – Subsecretario de Salud (1989/1990) - Ministro de Salud (1990/1991).
31. Sosa, Rubén: Representante de la rama salud de ATE y CTA.

## **ANEXO II: Normativa sectorial nacional relevante**

### **Ley de Ministerios (texto ordenado por Decreto N° 438/92, modificada por la Ley N° 24.190) / Art. 23.-**

Misión: Compete al Ministerio de Salud y Acción Social asistir al Presidente de la Nación en todo lo inherente a la salud de la población y, en particular,

- 1.- Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia;
- 2.- Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional;
- 3.- Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud;
- 4.- Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular las acciones médicas, odontológicas y paramédicas en el ámbito educacional;
- 5.- Entender en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquellos que ya se desempeñan en la misma,
- 6.- Intervenir en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancia o permanente de personas físicas;
- 7.- Entender en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo;
- 8.- Entender en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte;
- 9.- Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional;
- 10.- Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con salud e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos;
- 11.- Intervenir en los aspectos relacionados con el abastecimiento de agua potable, disposición de líquidos cloacales y todo otro servicio sanitario en los aspectos de su competencia;
- 12.- Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean constituidos con participación de entidades privadas;
- 13.- Entender en la coordinación de los servicios estatales (nacionales, provinciales y municipales) con los servicios privados de salud pública;
- 14.- Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimiento sanitarios, públicos y privados;
- 15.- Entender en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración y distribución de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes;
- 16.- Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales;
- 17.- Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud;
- 18.- Intervenir en las acciones destinadas a la fiscalización sanitaria y bromatológica de los alimentos, en coordinación con el Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos;
- 19.- Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva o asistencial;

- 20.- Entender en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de necesidad no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor;
- 21.- Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud;
- 22.- Intervenir en la elaboración de los planes de urbanismo para adecuar la vivienda, tanto rural como urbana, a los principios de higiene y salubridad indispensables al desarrollo integral de la familia;
- 23.- Intervenir en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población;
- 24.- Entender en la elaboración y fiscalización de las normas relacionadas con la contaminación ambiental, con la intervención de los sectores que correspondan;
- 25.- Entender en la elaboración de las normas a tener en cuenta en las programaciones ambientales a nivel regional y de asentamientos humanos acorde con la política nacional de ordenamiento territorial;
- 26.- Entender en la elaboración de las normas de preservación del medio ambiente referidos al uso posible del territorio y de los recursos naturales en relación con la localización de actividades económicas;
- 27.- Entender en la elaboración de las normas destinadas a la preservación ambiental relacionadas a obras de infraestructura;
- 28.- Entender en la organización, dirección y fiscalización de un registro que permita inventariar fuentes de emisión y descarga de contaminantes;
- 29.- Intervenir en la elaboración de las políticas para el desarrollo de las áreas y zonas de frontera y entender en su ejecución en el área de su competencia;
- 30.- Entender en la elaboración de los programas materno infantiles en el ámbito nacional como interregional tendientes a disminuir la mortalidad infantil;
- 31.- Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas y la rehabilitación de los enfermos;
- 32.- Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograr la readaptación y reeducación del discapacitado e inválido;
- 33.- Entender en la elaboración, dirección y fiscalización de los regímenes relacionados con el menor, la ancianidad y otros sectores de la comunidad que se encuentran en estado de necesidad;
- 34.- Entender en las acciones de promoción, protección y desarrollo de la familia;
- 35.- Entender en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver estados de necesidad no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor, o a instituciones sin fines de lucro dedicados a tal fin, en coordinación con los organismos competentes;
- 36.- Entender en la administración de los fondos destinados a solucionar problemas de salud en situaciones de necesidad;
- 37.- Entender en los casos de emergencia sociales que requieren el auxilio del Estado,
- 38.- Entender en la promoción, cooperación, subsidio y asistencia técnica de las instituciones de bien público, su registro y fiscalización;
- 39.- Entender en las acciones de revitalización del conjunto social mediante el progresivo y prudente traspaso de responsabilidades sociales desde el Estado hacia las entidades intermedias, conforme el principio de subsidiariedad;
- 40.- Entender en la elaboración, ejecución y fiscalización de las acciones tendientes a lograr la integración permanente de la ancianidad a la sociedad;
- 41.- Entender en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de enfermedad;
- 42.- Entender en la elaboración, aplicación y fiscalización de los regímenes de seguridad social en lo atinente a la competencia de este Ministerio, así como en la supervisión de los organismos que lo integran;

- 43.- Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutualidades y de obras sociales, inclusive de las regidas por las Leyes N° 18.610, y 22.269, y en el control de las prestaciones sociales brindadas por entidades cooperativas;
- 44.- Entender en la elaboración y ejecución de programas de vivienda destinada a los sectores de menores recursos;
- 45.- Promover la inversión de recursos en el campo de la vivienda;
- 46.- Entender en la coordinación y fiscalización de la ejecución que realicen el Estado Nacional, las provincias y los municipios, en lo concerniente a los planes de vivienda y al planeamiento urbano, acorde con el régimen de asentamiento humano que establezca la política de ordenamiento territorial;
- 47.- Entender en la promoción de los sistemas de vivienda industrializados;
- 48.- Entender en la recaudación y administración de los fondos provenientes de los juegos de azar;
- 49.- Entender en la conducción del Banco Hipotecario Nacional;
- 50.- Entender en la elaboración, ejecución y fiscalización de las acciones tendientes a lograr la protección e integración permanente de las comunidades aborígenes a la sociedad;
- 51.- Entender en la formulación, ejecución y control de planes y programas de recreación a fin de estimular en la población el aprovechamiento ordenado y armónico del tiempo libre;

Norma / año	Asunto	Propósito	Disposiciones	Rol reservado a las provincias	Rol reservado al nivel central
<p><b>Ley 21.883 05/10/1978</b></p> <p>(Aprueba los convenios suscriptos previamente entre el Ministerio de Bienestar Social y las provincias, entre 11/77 y 08/78)</p>	<p><b>Transferencia de hospitales públicos (HP) nacionales a las provincias y Ciudad de Buenos Aires (CBA).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tender a la centralización normativa y descentralización ejecutiva.</li> <li>- Aumentar la fiscalización de los establecimientos, aumentar su rendimiento y mejorar la integración a los programas provinciales y municipales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferencia de hospitales públicos a las jurisdicciones de: Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán y CBA.</li> <li>- Sólo en el caso de Córdoba se dispone la creación de una comisión conjunta para el estudio del proceso de transferencia, pero en la misma normativa se conviene su anulación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacerse cargo de los HP transferidos, incluyendo sus locaciones, bienes muebles y personal.</li> <li>- Colaborar y participar en los planes y campañas sanitarias del MBS y aceptar las normas impartidas por éste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar a las provincias asistencia técnica y administrativa, en caso de que éstas lo soliciten.</li> <li>- Promover la capacitación del personal.</li> <li>- Entregar proyectos y planos realizados respecto de los HP transferidos.</li> </ul>

Norma / año	Asunto	Propósito	Disposiciones	Rol reservado a las provincias	Rol reservado al nivel central
<p><b>Ley 22.373</b> 13/01/1981</p>	<p><b>Creación del COFESA</b> (Consejo Federal de Salud)</p>	<p>- Coordinar las acciones en materia de salud a nivel nacional, ante el proceso de transferencia a las provincias de establecimientos hospitalarios.</p>	<p>- El COFESA estará integrado por la autoridad de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, provinciales y de la CBA.</p> <p>- Serán sus funciones: analizar los problemas de salud, sus causas y cursos de acción a seguir; compatibilizar las tareas de diagramación y ejecución.</p> <p>- Se expresa mediante recomendaciones o informes.</p>	<p>- Participan del COFESA la máxima autoridad en salud pública de este nivel. Se los consulta para el temario de las reuniones. Reuniones extraordinarias pueden ser convocadas a pedido de al menos 5 provincias.</p>	<p>- Preside el COFESA la máxima autoridad de salud pública de este nivel. Convoca a reuniones ordinarias (2 por año) y extraordinarias.</p>
<p><b>Ley 23.660</b> 05/01/89</p>	<p><b>Obras Sociales</b></p>	<p>- Establecer un nuevo régimen para el subsector de la seguridad social.</p>	<p>- Las obras sociales integrarán el Sistema Nacional de Seguro de Salud en calidad de agentes del mismo, debiendo rendir cuentas ante la ANSSAL.</p> <p>- Deberán destinar por lo menos un 80% de sus recursos a prestaciones de salud. También brindarán otras prestaciones sociales.</p> <p>- Se dispone la condonación de las deudas que las obras sociales mantenían con el INOS (Fondo de Redistribución) y la transferencia a las obras sociales de los bienes pertenecientes al Estado que estén afectados a la prestación de los servicios médico – asistenciales del Seguro Nacional de Salud.</p>	<p>(No se especifica el rol de las provincias)</p>	<p>- A través de la Dirección Nacional de Obras Sociales se articulará el accionar de las obras sociales y se controlarán sus aspectos administrativos y contables.</p>

Norma / año	Asunto	Propósito	Disposiciones	Rol reservado a las provincias	Rol reservado al nivel central
<p><b>Ley 23.661</b> 20/01/89</p>	<p><b>Sistema Nacional de Seguro de Salud</b></p>	<p>- Articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, establecimientos públicos y prestadores privados, en el marco de un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada.</p>	<p>- Se considera a las obras sociales como agentes del Seguro Nacional de Salud, participando en la gestión directa de las acciones.</p> <p>- Funcionará en el ámbito de la ANSSAL un Fondo Solidario de Redistribución, que será destinado a brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas para incorporar al Seguro a las personas sin cobertura y carentes de recursos; subsidiar a las obras sociales que reciban ingresos promedio por beneficiario menores que el resto; otorgar préstamos y subsidios a los agentes del Seguro; y financiar planes y programas de salud.</p>	<p>- Administración del Seguro dentro de su ámbito (para las jurisdicciones que suscriban al sistema)</p> <p>- Administrar el Registro de Prestadores de la provincia, participar del Fondo Solidario de Redistribución, suministrar la información que sea requerida por la ANSSAL, aplicar normas de acreditación y categorización de profesionales.</p>	<p>- Conducción del sistema a través de la ANSSAL (que incluye en su directorio un miembro del COFESA, quien debe presentar al menos dos veces al año un informe sobre la gestión del Seguro y el Fondo Solidario de Redistribución)</p> <p>- Registro de obras sociales, control de los aspectos administrativos y contables.</p> <p>- Promoción de su progresiva descentralización.</p>

Norma / año	Asunto	Propósito	Disposiciones	Rol reservado a las provincias	Rol reservado al nivel central
Ley 24.061 20/12/91	Ley de Presupuesto ejercicio 1992	Transferencia de la administración y financiamiento de hospitales e institutos dependientes del MSAS.	- Se transfieren 20 establecimientos, principalmente a la Ciudad de Buenos Aires.	- Hacerse cargo de los HP transferidos, incluyendo bienes muebles, inmuebles y personal.	(No se especifica el rol del nivel central)

Norma / año	Asunto	Propósito	Disposiciones	Rol reservado a las provincias	Rol reservado al nivel central
<p><b>Decreto 578/93</b> 01/04/93</p>	<p><b>Creación del Registro Nacional de Hospital Públicos de Autogestión (HPA)</b></p>	<p>- Mejorar la accesibilidad, eficiencia, calidad y cobertura de la atención médica.</p> <p>- Reemplazar progresivamente el “subsidio a la oferta” por el “subsidio a la demanda”</p> <p>- Establecer mecanismos que permitan el financiamiento y la transformación del HP, redefiniendo su rol dentro del sistema de atención médica.</p>	<p>- El HPA actuará como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción y con las facultades legales asignadas por autoridad competente.</p> <p>- Obligaciones del HPA: disponer de un área de Servicio Social para establecer la situación socioeconómica y el tipo de cobertura de la población que demande sus servicios; cumplir con los requisitos básicos del “Programa Nacional de Garantía de la calidad de la atención médica”; aprobar una evaluación periódica de control de eficiencia y calidad; prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos en forma gratuita.</p> <p>- Atribuciones del HPA: cobrar los servicios que brinden a personas con capacidad de pago o terceros pagadores (OS, mutuales, prepagas, etc.); integrar redes de servicios; recibir los aportes presupuestarios asignados por su jurisdicción según su producción, rendimiento y tipo de beneficiario; disponer sobre la ejecución presupuestaria y los recursos generados en el HPA.</p>	<p>- Provincias y municipios podrán inscribir a sus establecimientos en el Registro Nacional de HPA del MSAS.</p>	<p>- Brindar asistencia técnica para la implementación de los HPA y capacitación para sus recursos humanos.</p> <p>- Llevar un Registro de establecimientos habilitados para esta modalidad.</p>