



Gestión y política pública

ISSN: 1405-1079

Centro de Investigación y Docencia Económicas, División
de Administración Pública

Chiara, Magdalena

Entre los programas y los servicios: Las políticas de atención de la salud a
través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003-2011)

Gestión y política pública, vol. 26, 2017, pp. 191-222

Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13358184007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Entre los programas y los servicios: Las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos

Una aplicación al caso argentino (2003-2011)

*Between Programmes and Services: Health Care's Policies Through its Instruments.
An Application to Argentina's Case (2003-2011)*

Magdalena Chiara*

Resumen: El trabajo presenta una aproximación teórico-metodológica para el estudio de las políticas de salud que busca captar las articulaciones entre planes y programas que se llevan a cabo en la acción conjunta de la implementación de los procesos de reformas del sector. Inscribiendo la propuesta en la literatura de “análisis de políticas por instrumentos”, el trabajo propone definiciones, aporta una tipología de instrumentos específica para el campo de salud, e identifica los atributos relevantes para su análisis. Con el propósito de mostrar la potencialidad de esta herramienta en contextos de fragmentación, aplica esta perspectiva al análisis de la política sanitaria argentina en el periodo que va desde la salida de la crisis de principio de siglo hasta finales de la década. Al trascender las fronteras de cada programa, la lectura de sus instrumentos permite detectar desafíos comunes en el nivel de las políticas, a la vez que convergencias y divergencias en los cambios propuestos desde el gobierno nacional.

Palabras clave: política de salud, implementación, instrumentos de políticas.

Abstract: This paper presents a theoretical and methodological approach for the study of the health care policies in search for capturing the relationships between plans and programmes that take place in the implementation of the reforms. Drawing on the proposal in the framework of “public policies through its instruments”, the paper proposes definitions, provides a specific instrument's typology for the health field and identifies the relevant attributes for its analysis. To show the potentiality of this tool in a fragmentation context, the paper applies this perspective to the analysis of Argentina's health policy in a period that goes from the end of the early twentieth century's crisis to the end of the decade. Transcending the boundaries of each programme, the analysis of its instruments allows to detecting common challenges in the policies' level, as well as convergences and divergences regarding the changes proposed from the national government.

Keywords: health policy, implementation, policy instruments.

*Magdalena Chiara es investigadora y docente del Instituto del Conurbano en la Universidad Nacional de General Sarmiento. Gral. Lavalle 2830, Victoria, San Fernando, provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel: +541 147 456 552. Correo-e: magda.chiara@gmail.com

Artículo recibido el 16 de diciembre de 2015 y aceptado para su publicación el 25 de noviembre de 2016.

INTRODUCCIÓN

El análisis de las políticas sociales en el dominio de los llamados servicios sociales universales suele enfrentar al investigador a dos desafíos. El primero alude a establecer un recorte del objeto de estudio, dada la multiplicidad de planes, programas y leyes a través de los que se corporiza; el segundo se refiere a cómo recuperar una visión de conjunto de las políticas, más allá de cada iniciativa en particular. Considerar estos problemas al momento de construir una aproximación teórico-metodológica es crucial para dar cuenta de la complejidad que enfrentan las políticas al atravesar, y conjugarse, con las organizaciones responsables de los servicios sociales universales.

El campo de la salud es particularmente desafiante en este sentido. La historia de conformación de las instituciones, la organización política, la dinámica de las relaciones entre los actores y los procesos de descentralización, concurren en cada contexto nacional en el modelado de un mapa institucional sumamente complejo. En América Latina, la existencia de países unitarios y federales, la distinta intensidad con que se sucedieron los procesos de descentralización y la coexistencia de distintos modelos organizativos en los sistemas de salud, configuran situaciones y agendas de problemas que, aunque diferentes de un país a otro, comparten dos atributos: los altos grados de fragmentación y las brechas de inequidad en el acceso y cobertura de servicios entre poblaciones y territorios.

En estos contextos y especialmente cuando no estamos frente a un proceso sistemático de reforma que defina el recorrido a realizar en el análisis, el primer desafío consiste en determinar el alcance de lo que se entiende por política sanitaria respondiendo distintas preguntas: ¿involucra un programa?, ¿un conjunto de programas?, ¿los programas y las leyes?, ¿las iniciativas de un determinado nivel jurisdiccional (nacional, estadual y, cuando corresponde, también municipal)? Parece imprescindible contar con una definición que permita captar estos cruzamientos.

Si el interés consiste en dar cuenta de la política en movimiento, la investigación en este campo enfrenta un segundo desafío: recomponer una visión de conjunto de la política de salud que permita comprender las relaciones entre ésta y las organizaciones en las que se desenvuelve. Restaurar esa totalidad más allá de los programas es importante, ya que las distintas iniciativas no siempre son concurrentes, no responden a un mismo modelo de cambio y, en algunos casos, hasta pueden llegar a promover incentivos en sentido divergente.

Al asumir estos desafíos y retomar la perspectiva de “análisis de los instrumentos de políticas”, este trabajo presenta una propuesta teórico metodológica para el

estudio de planes, programas y leyes (lo que aquí llamamos dispositivos de la política de la salud) en el diálogo que se produce en la implementación. Definimos instrumento de política como un tipo particular de institución que organiza las relaciones (y las prácticas) entre los actores gubernamentales.

Para ello, proponemos la siguiente secuencia. Un primer apartado metodológico realiza una revisión de la literatura de análisis por instrumentos y rescata sus aportes para el estudio de las políticas de salud en la complejidad de la acción conjunta y avanza en definiciones operativas que permiten adentrarnos en la complejidad de las políticas distinguiendo entre los dispositivos singulares (planes, programas y leyes) y los instrumentos genéricos. El segundo apartado presenta los resultados que se derivan de aplicar esta perspectiva de análisis a la reconstrucción de la política nacional en el caso argentino para el periodo 2003-2011. Las conclusiones pasan en limpio los principales desafíos de la política que devela el análisis de los instrumentos.

METODOLOGÍA

Las políticas y sus instrumentos: ¿Cómo captar la complejidad de la acción conjunta?

Este análisis se inscribe en el campo más amplio de la política social, por lo que retomamos los aportes de Danani (2009: 32) y definimos como política de salud aquellas intervenciones institucionalizadas del Estado orientadas a los problemas de salud, destacando su capacidad para definirlos (en sus contenidos particulares y en los sujetos que los corporizan) y para instituir las reglas de juego desde las cuales serán procesados. Asumir esta definición implica tomar distancia de aquella posición que visualiza la política de salud como reacción o respuesta a los problemas presente en una parte de la literatura sectorial y supone también reconocer su capacidad de producción, sea para definir los problemas o para delinear (y generar) las reglas de juego a través de las cuales serán elaborados.

Así definida la política de salud, el primer desafío que enfrenta la investigación en este campo es dar cuenta de los modos a través de los cuales las decisiones gubernamentales derivan en mecanismos de provisión, financiamiento y regulación de los procesos orientados a garantizar el cuidado de la salud de la población. En contextos de fragmentación, estas decisiones se expresan a través de distintos planes, programas y leyes que discurren por una matriz institucional heterogénea y son ejecutados por actores con visiones, intereses y recursos también diversos. En este contexto, el segundo desafío consiste en captar desde una perspectiva de totalidad la complejidad de la acción conjunta; se trata de un ejercicio de capital

importancia en tanto las políticas en acto diluyen las fronteras (virtuales) de planes, programas y leyes y se convierten en recursos, incentivos y regulaciones de distinto tipo que atraviesan la dinámica de las organizaciones, responsables directas o indirectas de la provisión de los servicios de salud.

Frente a estos desafíos, los estudios de políticas de salud proponen distintos enfoques; de manera no exhaustiva y para citar sólo a algunos autores a modo de ejemplo pueden delimitarse tres grupos de investigaciones. En el primer grupo destacan los análisis macro acerca de las orientaciones de las políticas y los modelos de ciudadanía que de ellas emergen (Laurell, 2014; Fleury, 2001). Existen otros aportes centrados en el estudio de los procesos de implementación que reconstruyen las condiciones particulares y los procesos de transformación o reproducción que se producen en la implementación (Almeida, 2008; Potenza dal Masetto, 2012; Maceira y Kremer, 2008). Otras investigaciones analizan los procesos y resultados de las políticas de salud poniendo el foco en la incidencia del marco institucional, con particular énfasis en el federalismo y la descentralización (Banting y Corbett, 2002; Arretche, 2010).

Cuando las intervenciones en salud se despliegan en contextos caracterizados por una importante fragmentación institucional y por la existencia de muy diversos centros de decisión, recomponer la política pública con perspectiva de totalidad es un ejercicio particularmente difícil. Estas dificultades se agravan cuando no se cuenta con un proceso sistemático de reforma que ayude al analista en la delimitación del objeto de estudio.

Aunque en cada contexto nacional existen planes, programas o leyes que el análisis histórico va develando como relevantes, es preciso contar con una herramienta de análisis menor (y a la vez más general) que permita adentrarse en ellos y ver cómo concurren —más allá de la virtualidad de sus fronteras— construyendo y modelando relaciones en los servicios de salud.

Con este afán por identificar una unidad de análisis que haga posible ver más allá de la particularidad que muestran los planes, programas o leyes (lo que denominaremos de modo general dispositivos), se propone apelar a una alternativa diferente a los tres enfoques aludidos. Recuperando aportes clásicos (Hood, 1983 y su revisión más reciente, Hood y Margetts, 2007; Linder y Peters, 1993; Vedung, 2005) y algo más recientes (Salamon, 2002; Ringeling, 2002; Lascoumes y Le Galès, 2007 y 2007a; Velasco González, 2007; Vabo y Røiseland, 2009), se propone retomar el análisis de políticas por instrumentos para detectar aquellos instrumentos genéricos de los que está compuesto cada dispositivo de políticas.

Ahora bien, ¿qué se entiende por instrumento? La literatura aporta distintas definiciones que abrevan o bien en la teoría de la elección racional o toman la perspectiva de la *new governance*.

Para Salamon un instrumento de acción pública es un método identificable a través del cual la acción colectiva se estructura para dar respuesta a un problema (Salamon, 2002: 19). Además, este autor destaca las características que distinguen a un instrumento: la existencia de atributos comunes que lo hacen identificable; los modos de institucionalización (en tanto forma de estructurar la acción), y el hecho de que se trata de acción colectiva, esto es, orientada a problemas públicos.

La literatura advierte acerca de la no neutralidad de los instrumentos. Ringeling (2002: 12) enfatiza el papel que juegan los objetivos y las preferencias de los actores del gobierno al momento de elegirlos, razón por la cual los instrumentos de gobierno terminan siendo tan objeto de disputa como los objetivos de las políticas.

Para Lascoume y Le Galès un instrumento de política pública es un medio de operación tanto técnico como social que organiza las relaciones sociales específicas entre el Estado y aquellos a los que se dirige, de acuerdo con determinadas representaciones y significados. Se trata de un tipo particular de institución cuya finalidad consiste en llevar un concepto concreto de la relación política-sociedad, sostenido, a su vez, por una forma particular de regulación (Lascoume y Le Galès, 2007: 4). Desde esta perspectiva, la instrumentación se refiere al conjunto de problemas planteados por la elección y el uso de los instrumentos a través de los cuales se materializa la acción gubernamental. Se trata no sólo de comprender las razones que llevan a elegir un determinado instrumento y no otro, sino también de prefigurar los efectos producidos por dicha elección (Lascoume y Le Galès, 2007a: 104). Esto es particularmente relevante para el análisis de las políticas de salud, ya que éstas operan sobre organizaciones responsables de la prestación de servicios (centros de salud y hospitales) que no sólo preexisten a cada intervención en particular, sino que tienen por protagonistas a actores con altos niveles de autonomía.

Dado que nos interesa mirar los instrumentos en sus relaciones recíprocas, es necesario hacer algunas precisiones acerca de cómo delimitar sus fronteras. Linder y Peters enfatizan la incidencia que tiene el contexto en los instrumentos, para lo cual ponen el foco en “el surgimiento del marco organizacional dentro del cual tiene lugar la selección del instrumento” (Linder y Peters, 1993: 8). Ahí destacan dos aspectos: por una parte, la cultura organizacional y el sistema de valores y, por la otra, la naturaleza de los contactos externos de quienes adoptan

los instrumentos en las características de las clientelas y de la comunidad política más general a la que pertenecen y en la que despliegan su acción (Linder y Peters, 1993: 23-24).

En una línea convergente con la anterior, Vedung es aún más claro cuando distingue entre instrumento y el “contexto organizacional”. Desde su perspectiva, las organizaciones son prerequisites para su aplicación, pero no constituyen instrumentos de políticas en sí mismos. En su trabajo prefiere considerar a la organización más como una de las estrategias de gobierno que como un instrumento en estricto sentido (Vedung, 2005: 38). Siguiendo este enfoque, en el campo de salud las organizaciones serían un prerequisite de la puesta en acto de los instrumentos. En el sector salud, por ejemplo, un hospital o un consejo sociosanitario no sería un instrumento sino una estrategia de provisión de servicios y de celebración de acuerdos y planificación, respectivamente, en cuyo contexto se movilizarían determinados instrumentos.

En el mismo sentido y jerarquizando el carácter político de los instrumentos, Ringeling advierte acerca de que el diseño de un instrumento se da en el contexto más amplio de otros instrumentos, proceso que está afectado, a su vez, por las particulares características de lo que denomina *governance models*, cuyos atributos expresan aspectos singulares de la configuración político administrativa y de la cultura de un país e inciden en el modo particular en que se toman las decisiones y se escogen los instrumentos de políticas (Ringeling, 2002: 11). Esta observación reviste particular relevancia ya que los nuevos instrumentos “entran en diálogo” en la implementación con otros instrumentos (¿viejos?) que están más arraigados en el marco institucional (y por eso perduran) y cuentan con actores que han aprendido a utilizarlos.

Preocupados por las condiciones que rodean la elección del instrumento, Linder y Peters enfatizan “el significado político de las herramientas y el proceso mediante el cual los funcionarios de gobierno eligen entre ellas”; esta perspectiva alude a las percepciones, el significado y hasta el (des)conocimiento de parte de los actores (Linder y Peters, 1993: 5). Interesados en cómo comprender los procesos de innovación, Flanagan y colaboradores (2010: 16) insisten en la importancia de considerar las diferentes racionalidades de los actores a través de las cuales se reinterpreta el significado de los instrumentos en la implementación.

Estas contribuciones invitan a considerar la instrumentación como un conjunto de procesos en el cual (bajo ciertas circunstancias del contexto y según los atributos de los instrumentos) los actores pueden modificar el significado de los instrumentos en la práctica.

Dispositivos particulares e instrumentos genéricos: aportes para operacionalizar el análisis

Ahora bien, ¿de qué modo identificar los instrumentos en el contexto de la diversidad de planes, programas y leyes presentes en un determinado campo de políticas?

En relación con este interrogante, Salamon hace un aporte teórico-metodológico desde el cual es posible distinguir entre “dispositivos” e “instrumentos” de políticas. Preocupado por las consecuencias de la adopción de la nueva gobernanza como nuevo paradigma en la administración pública, se refiere a la necesidad de cambiar la unidad de análisis, trasladando la mirada desde las agencias públicas o individualmente los programas (lo que aquí denominamos dispositivos) hacia los instrumentos a través de los cuales se gobierna.

Esta apreciación abre un problema no siempre resuelto en la literatura que Salamon hace explícito: los diferentes programas de gobierno encarnan un número limitado de instrumentos genéricos que comparten características comunes, independientemente de los ámbitos en los cuales se han implementado (Salamon, 2002: 9-10).

Salamon plantea que los instrumentos son más generales que los programas y éstos su vez pueden involucrar distintos instrumentos actuando en un mismo campo de problemas; por su parte, un mismo instrumento puede ser utilizado por diferentes programas en distintos campos de problemas (Salamon, 2002: 20).¹ En el mismo sentido, Ringeling (2002: 15) apunta que una política orientada a un determinado problema puede comprender instrumentos diferentes.

Sin embargo, esta distinción no está siempre presente en la literatura. Aquellos autores que enfatizan el carácter político de los instrumentos, tienden a utilizar el concepto para aludir indistintamente tanto a los instrumentos como a los dispositivos singulares (planes, programas y leyes) (Lascoumes y Le Galès, 2007; Linder y Peters, 1993; Vabo y Røiseland, 2009). Distinguir entre ambas unidades (dispositivo e instrumento de gobierno) exige aguzar el análisis hacia la identificación de instrumentos genéricos (por ejemplo, la nominalización de la atención) que puedan movilizarse en el contexto de distintos dispositivos (Programa Remediar y Plan Nacer) y que, a su vez, se imbriquen (trascendiendo sus fronteras) en la acción conjunta que suponen las políticas.

¹ A diferencia de otros trabajos, el libro compilado por Salamon (2002) incluye una veintena de artículos que asumen distintos tipos de instrumentos, en su nivel de generalidad mayor que la de los dispositivos, por ejemplo, regulación económica, regulación social, información pública, préstamos, transferencias, etc. Con otro recorte, el número especial de la revista *Governance* que presenta el trabajo de Lascoumes y Le Galès (2007) recorre distintos tipos de análisis centrados en los instrumentos con diferente nivel de abstracción y generalidad respecto de los casos empíricos: los recortes salariales, la estandarización, los fondos de pensiones y los instrumentos de ingeniería social son algunos ejemplos.

Para identificar los instrumentos en cada uno de los dispositivos de políticas es necesario contar con una primera lista a partir de la cual analizar —en cada caso— su singular composición. Dicho de otro modo, se trata de descomponer los dispositivos en aquellos instrumentos genéricos a través de los cuales las grandes decisiones se traducen en mecanismos de provisión, financiamiento y regulación orientados a garantizar el cuidado de la salud de la población.

Las contribuciones en este punto son tan diversas como los propósitos que animan a sus autores. Quizás la más general (y también más utilizada) es la tipología propuesta por Hood (1983), que está basada en un conjunto de recursos básicos de la acción de gobierno (conocida con la sigla NATO: nodalidad, autoridad, tesoro y organización) que este autor combina con los modos de control (detectores y efectores), que dan lugar a ocho herramientas que el gobierno utiliza para dar respuesta a las necesidades de la población (Hood, 1983: 8). Esta perspectiva aporta una estrategia interesante para abrir la caja negra de la acción de gobierno, concebirla como totalidad y llegar a reconocer los patrones de conflicto y cooperación que la atraviesan (Hood y Margetts, 2007: 16). Por otra parte, Salamon (2002: 20) distingue entre los instrumentos internos (utilizados entre agencias de gobierno) y los externos (aquellos que afectan a la sociedad).

Vabo y Røiseland (2009: 6) retoman el esquema NATO de Hood y buscan adaptarlo al análisis de redes de gobernanza. En este trabajo advierten acerca de la existencia de dos niveles en el análisis de los instrumentos: el del gobierno frente a la red y el de la red hacia los individuos y la sociedad. Preocupados por este último dominio de relaciones, combinan el esquema de Hood con la dicotomía directo-indirecto según cuáles sean las mediaciones que involucra la acción. Como resultado de este ejercicio, los cuatro recursos básicos de Hood (nodalidad, autoridad, tesoro y organización) se combinan según su uso sea directo o indirecto (Vabo y Røiseland, 2009: 7-12).

Estas tipologías tienen tal grado de generalidad que pueden ser adoptadas en distintos campos de políticas. Vedung (2005: 23-26) distingue entre dos aproximaciones posibles para clasificar los instrumentos: la maximalista, que comprende muchas categorías, y la minimalista, con apenas dos o tres. La primera (maximalista) es descriptiva, extensa y especifica los contenidos de cada campo de políticas, mientras que la segunda es sumamente general y aplicable a campos diferentes (minimalista).

La estrategia que proponemos consiste en reconstruir la política a través de sus dispositivos, apelando posteriormente al concepto de instrumento para detenemos en aquellos elementos menores que los componen.

Retomando los aportes precedentes, definimos instrumento de política como un tipo particular de institución que organiza las relaciones entre (y las prácticas

de) los actores gubernamentales. Se trata de unidades menores, en tanto un dispositivo puede comprender varios instrumentos y, a la vez, genéricas, porque uno de ellos puede estar presente —aunque con nombre diferente— en distintos dispositivos particulares a lo largo del tiempo.

Descomponer la política en sus instrumentos permite, en un segundo momento, recomponer su totalidad más allá de la contingencia de los planes, programas y leyes, identificar los puntos de conflicto y las contradicciones en la dinámica de la acción conjunta que supone la implementación.

Dada la especificidad de los contenidos de nuestro campo de análisis, resulta necesario partir de una primera identificación del conjunto de instrumentos genéricos que movilizan las políticas de salud. La revisión de los dispositivos descritos en distintas investigaciones permitió delinear —siempre provisionalmente— una lista (maximalista) de instrumentos genéricos que se presenta en el cuadro 1. Los trabajos de Braun y Etienne (2006) y Forest (2005) son una contribución relevante, ya que ponen el foco en las políticas de salud.

Como hemos planteado, se trata de instrumentos que pueden estar presentes en distintos dispositivos de políticas (de ahí, genéricos) pero que cuentan con atributos particulares que los distinguen. La singularidad de su acción de contenido y de la fuerza de autoridad que los caracteriza los convierte en analizadores de los modelos de cambio que animan a los planes o programas de salud. Un ejemplo es el de los instrumentos que regulan las relaciones entre financiadores y proveedores (los sistemas de compra capítativo, el pago por práctica médica y también, aunque no exclusivamente, el nomenclador son alguno de ellos) que, aun siendo movilizados por diferentes dispositivos de políticas, expresan el objetivo de separar las funciones del financiamiento de las de la provisión de servicios. En el apartado que sigue presentamos una aplicación de esta aproximación al análisis de las políticas de la última década en el caso argentino.

Esta identificación no persigue un afán normativo (en el sentido de plantear qué instrumentos deberían estar presentes en las reformas del sector), sino descriptivo, poder contar con un corpus suficientemente comprensivo de los instrumentos a ser identificados en el análisis de los dispositivos de políticas.

El ejercicio consiste en descomponer los dispositivos en sus distintos elementos genéricos y recomponer una visión de totalidad en la contemporaneidad de la acción conjunta.

Para ello, describimos los instrumentos de las políticas de salud con base en dos atributos básicos: los problemas que buscan resolver y los recursos que movilizan.

Belmartino (2008) plantea un enfoque relacional a partir del cual reconoce tres ejes en torno a los cuales se estructuran los problemas que enfrentan las políticas de salud: el primero está dado por las relaciones entre población-pacientes y proveedores; el segundo es el eje en el que se producen las relaciones entre financiadores y proveedores de atención y, por último, el tercero eje se refiere a la interacción con las autoridades gubernamentales en los distintos niveles con los financiadores y con los proveedores de servicios.

El primer eje se corresponde con el estudio de los servicios, su adecuación y suficiencia en relación con la población que atiende o debería atender (P/P). El segundo supone la presencia de algún tipo de separación entre financiamiento y provisión de servicios (F/P). El tercer eje remite a la relación entre los actores estatales y las distintas instancias de regulación de lo que habitualmente se denomina el sistema de salud; este eje interpela la capacidad que tienen los actores gubernamentales para definir e imponer reglas de juego al conjunto de los actores, estén vinculados al financiamiento o bien a la provisión (A/P-F) (Belmartino, 2008: 129-130). Esta forma de organizar los problemas de la atención es útil para recomponer una visión de totalidad de las políticas en la complejidad que se constituye en la implementación.

El segundo atributo a partir del cual se propone caracterizar los instrumentos se refiere a los recursos que movilizan de manera principal. Enfatizando el poder de los actores, Vedung (2005: 28) distingue entre tres tipos de poder conforme los medios empleados para hacer posible su cumplimiento por otros actores: coercitivo (físico), remunerativo (material) y normativo (simbólico). A partir de este planteamiento, elabora un esquema básico en el que distingue tres clases de recursos que movilizan los instrumentos: regulaciones, medios económicos e información, apelando a la metáfora de “palos, zanahorias y sermones” (cuadro 1).

Dado que en la implementación conviven de manera simultánea distintos dispositivos en un mismo contexto organizacional, esta aproximación busca trascender sus fronteras para ver cómo los instrumentos se imbrican y generan nudos de convergencia, clivajes y tensiones en relación con la provisión, financiamiento y regulación de los servicios de salud. Cabe advertir que la instrumentación se produce en contextos diversos, caracterizados por marcos institucionales (en sus reglas de juego, rutinas e ideas que los organizan) que están habitados por actores con intereses e ideas también diferentes y muchas veces en conflicto.²

² El desarrollo de los aportes conceptuales para analizar el contexto de la instrumentación, en su institucionalidad y sus actores, es de capital importancia para comprender los procesos de implementación, pero excede los límites de este trabajo.

CUADRO 1. Instrumentos genéricos de políticas de salud, según atributos principales

<i>Instrumentos genéricos</i>	<i>Relaciones sobre las que orientan su acción</i>	<i>Recurso principal que movilizan</i>
Acreditación / Habilitación de establecimientos y/o servicios	A/P-F	Regulación
Becas de formación en servicios	P/P	Económicos
Campañas en medios masivos de comunicación	A/P-F	Información
Capacitación específica de recursos humanos existentes	P/P	Información
Compras centralizadas	A/P-F	
Compromiso en el sostenimiento del gasto en los presupuestos municipales	A/P-F	Regulación
Compromisos de gestión / Acuerdos de gestión	A/P-F	Regulación
Condicionalidad de controles para las transferencias de ingresos (AUH)	P/P	Regulación
Débitos y multas	F/P	Económico
Distribución centralizada de recursos y directa a los efectores	A/P-F	Económico
Distribución de incentivos monetarios al personal	F/P	Económico
Empadronamiento	P/P	Regulación
Establecimiento de metas trazadoras asociadas a las transferencias financieras entre jurisdicciones	A/P-F	Información
Formalización de requisitos para ser incorporado o mantenerse como instancia de implementación	P/P	Regulación
Focalización (territorial, por cobertura de seguros o por grupo de edad)	P/P	Regulación
Garantías explícitas	P/P	Información
Generación y difusión de información sobre desempeño	A/P-F	Información
Guías de práctica clínica	P/P	Información
Historia Clínica Unificada	P/P	Información
Incentivos financieros a los efectores vinculados a los resultados	A/P-F	Económico
Incentivos financieros vinculados a proyectos específicos	P/P	Económico
Inversión en equipamiento	P/P	Económico
Inversión en infraestructura	A/P-F	Económico
Línea gratuita para denuncias y reclamos	A/P-F	Información
Mecanismos de auditoría	A/P-F	Información
Mecanismos de auditoría social	A/P-F	Información
Nomenclador	F/P	Económico
Nominalización de la atención	P/P	Información
Normas de referencia y contra referencia	P/P	Regulación

CUADRO 1. Instrumentos genéricos de políticas de salud, según atributos principales (continuación)

<i>Instrumentos genéricos</i>	<i>Relaciones sobre las que orientan su acción</i>	<i>Recurso principal que movilizan</i>
Pago por práctica médica	F/P	Regulación
Procedimientos de registro y prescripción	P/P	Información
Provisión directa de drogas (oncológicas, retrovirales, insulina)	P/P	Económico
Provisión directa de medicamentos esenciales y anticonceptivos	P/P	Económico
Provisión directa de vacunas	P/P	Económico
Responsabilidad nominada	P/P	Regulación
Sistemas de compra caputivo	F/P	Regulación
Vademécum	F/P	Regulación

Fuente: Elaboración propia. *Notas:* Relaciones problemáticas a las que se orientan los instrumentos: población/pacientes y proveedores (P/P), financiadores y proveedores (F/P) y autoridades gubernamentales entre sí y financiadores y proveedores (A/P-F).

La aplicación de esta estrategia al caso argentino es parte de una investigación más amplia que puso el foco en la dinámica intergubernamental de la política de salud (Chiara, 2013). El recorte que aquí se presenta, se basó en una reconstrucción diacrónica en el nivel macro de las políticas nacionales de salud en el periodo que va de 2003 a 2011, buscando detectar los problemas, los arreglos institucionales y los instrumentos movilizados por los dispositivos. Siguiendo la propuesta teórico-metodológica presentada en este artículo, los instrumentos son la unidad de análisis y lo que denominamos dispositivos de política de salud (planes, programas o leyes), la unidad de observación.

Se relevaron los dispositivos que reunieron los siguientes requisitos: estar vigentes en la década (se hubieran o no creado en ese periodo), suponer algún nivel de articulación intergubernamental con provincias y municipios e intervenir sobre algún aspecto de los servicios de salud de dependencia estatal. Esta reconstrucción apeló a fuentes secundarias (legislación nacional; documentos de programas, proyectos, informes de avance, documentación oficial; periódicos nacionales) y primarias (entrevistas a funcionarios nacionales y provinciales). Las entrevistas en profundidad fueron un insumo clave para seleccionar los tres dispositivos de la política nacional analizados.

Este artículo presenta los resultados del análisis macro institucional acerca de las políticas que están basados principalmente en fuentes secundarias, documentos de programas, manuales operativos, manuales de procedimientos, disposiciones y

resoluciones. En otros trabajos se pone en diálogo la perspectiva de actores gubernamentales en relación con los instrumentos de políticas (Chiara, 2017).

RESULTADOS: LOS DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN: UNA LECTURA DESDE LOS INSTRUMENTOS EN EL CASO ARGENTINO (2003 A 2011)

Las coordenadas del contexto

El recorrido precedente pasó revista a los principales aportes de la investigación referida al análisis de políticas por instrumentos y presentó una adaptación de este abordaje al campo de salud. En este apartado queremos mostrar brevemente una aplicación de este enfoque al análisis de la política de salud en el caso argentino que está atravesado por severos problemas de fragmentación. Se trata de una mirada general que recorre la primera década del siglo XXI.

En Argentina, el sistema de salud está caracterizado por tres rasgos que lo distinguen: la organización de las instituciones sanitarias en tres subsectores (estatal, de seguridad social y privado), la convergencia en el primero de tres niveles gubernamentales (estados o provincias, nación y municipios) y el derecho (teórico) de los cuarenta millones de habitantes a la provisión pública de salud.

En el contexto del federalismo, la distribución de las competencias en relación con la salud es el cuarto atributo que distingue al subsector; ya que no han sido delegadas por los estados federados al nivel central las responsabilidades en materia sanitaria. En este contexto y desde las reglas de juego formales, las arenas de los estados provinciales fueron y son un espacio de gran importancia para la política sanitaria de gestión estatal. Del total de los 1 500 hospitales, 65 por ciento está bajo la órbita de los estados provinciales y 35 por ciento es municipal, mientras que de los casi 8 600 centros de salud 59 por ciento es provincial y 41 por ciento es municipal.³ Así, la responsabilidad primaria de la provisión de servicios de salud está a cargo de los estados subnacionales, provincias y municipios.

No obstante la jerarquía que le confiere el marco constitucional a los estados provinciales y la responsabilidad que comparten con los municipios en la provisión de servicios de salud, la adhesión a los pactos internacionales, incorporada en la Reforma Constitucional del año 1994, le otorgó a la nación responsabilidades como garante del derecho a la salud, situación que puso en el centro de los planteamientos académicos e institucionales la necesidad de fortalecer el rol rector del ministerio nacional en su relación con las jurisdicciones subnacionales.

³ Datos a 2015 del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA). Disponible en: www.sisa.msal.gov.ar

Pasando al periodo bajo análisis, la primera década del siglo *xxi* fue testigo de cambios importantes en las ideas acerca del papel del Estado en relación con lo social.⁴ En los años que siguieron a la crisis que eclosionó en diciembre de 2001, los problemas (altos índices de pobreza estructural y por ingresos, desempleo, pérdida de cobertura de seguros de salud) y los desafíos políticos e institucionales (la pérdida de legitimidad del Estado y las dificultades de sus organizaciones para responder a múltiples demandas) determinaron el escenario que enfrentó el gobierno electo democráticamente en 2003.

Con la asunción del presidente Néstor Kirchner comenzó un periodo caracterizado por una progresiva recuperación económica, social y también política. El acuerdo de reestructuración de deuda pública alcanzado en 2005 potenció las posibilidades del mantenimiento de un dólar alto y las retenciones a las exportaciones, posibilitando el superávit fiscal y la continuidad de subsidios a desocupados a través de los planes de transferencias condicionadas a desocupados (el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados), que fueron complementados por la acción de distintos programas asistenciales.

En el contexto de estas medidas y de la recuperación de la balanza comercial se produjeron cambios positivos en la situación social, expresados en una mejora en el mercado de trabajo (aumento de salarios y disminución del desempleo) y un descenso en los indicadores de pobreza. En términos políticos, estos cambios se tradujeron en el fortalecimiento del liderazgo del gobierno nacional, en particular de la figura presidencial, tanto en la relación con los gobiernos provinciales y municipales, como en relación con el propio Partido Justicialista.

La asunción de la presidencia por Cristina Fernández de Kirchner a fines de 2007 estuvo atravesada por crisis y conflictos cuyas salidas derivaron en iniciativas que representaron virtuales rupturas con las orientaciones del gobierno anterior. El contexto de la crisis financiera mundial que estalló en 2008 definió las coordenadas del escenario que enfrentaría el gobierno, buscando preservar los logros y las mejoras alcanzadas en el periodo anterior. La decisión de profundizar la política basada en las retenciones de las exportaciones desencadenó una crisis con las organizaciones patronales agropecuarias y abrió un conflicto que definiría los alineamientos políticos en adelante y produciría la ruptura de la coalición electoral a escala nacional. Tras la derrota legislativa de 2009, el gobierno recuperó la iniciativa por medio de decisiones a través de las cuales se profundizó la presencia del Estado en el territorio nacional.

⁴ Un desarrollo mayor del contexto se presenta en Chiara (2013: 147-155 y 180-186).

Distintas medidas muestran la decisión de intervenir sobre las condiciones en las cuales se reproduce la vida de la población: la sanción de la Ley de Financiamiento Educativo (2005) y la ampliamente debatida nueva Ley de Educación (2006); la recomposición de los haberes jubilatorios y la extensión de la cobertura de los adultos mayores a través de la moratoria y la jubilación anticipada; la creación del Sistema Integral Previsional Argentino (SIPA) (2008); la instauración de la Asignación Universal por Hijo (AUH) (2009) y, posteriormente, la Asignación Universal por Embarazo (AUH) (2011);⁵ y la expansión de la asistencia con la llegada directa al territorio (Plan de Seguridad Alimentaria, Manos a la Obra, creación de los Centros Integradores Comunitarios, Planes Argentina Trabaja, Plan Ahí en el lugar y con la gente). Con la excepción de educación, se trata de medidas de distinto orden que intervinieron de modo directo sobre los problemas a través de organismos nacionales —ministerios nacionales, Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados (INSSJP), Programa de Atención Médica Integral (PAMI) y muy especialmente la Agencia Nacional de Seguridad Social (ANSES).

La política nacional a través de sus principales dispositivos

Aunque de manera silenciosa y menos visible, la salud fue también (y con intensidad variable) escenario de cambios significativos que mostraron el regreso progresivo y sostenido de la acción del Estado nacional en busca de igualar las condiciones en las cuales ejercer de manera efectiva el derecho a la salud en contextos de alta fragmentación. Distintos trabajos (Maceira *et al.*, 2008; Cetrángolo *et al.*, 2007; Belmartino, 2009; Arce, 2010; Chiara, 2013) dan cuenta del surgimiento de nuevas iniciativas y de la profundización de otras precedentes. En algunos casos, comprenden instrumentos innovadores, mientras que en otros retoman los que fueron utilizados en la década de 1990.

En campos de políticas complejos como salud, resulta difícil componer una visión acerca del horizonte de cambio que subyace al conjunto de las intervenciones. En algunos casos, esta dificultad alude a la propia amplitud de la política

⁵ A través del Decreto Nacional 1.602/09 se instituyó la Asignación Universal por Hijo (AUH), seguro social que incorporó a los niños, adolescentes y jóvenes hasta los 18 años al Régimen de Asignaciones Familiares (Ley Nacional 24.714) independientemente de la condición que revistieran sus padres en el mercado de trabajo. La prestación comprendía a los hijos en edad escolar de los trabajadores desempleados, de los monotributistas sociales y de personas que se desempeñaban en la economía informal o que percibían un ingreso inferior al salario mínimo vital y móvil; posteriormente fueron incorporados también aquellos trabajadores pertenecientes al Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico. Cabe destacar que estas condiciones se fueron ampliando en la medida en que se extendió la cobertura a las mujeres embarazadas en la Asignación Universal por Embarazo (AUH) (Decreto Nacional 446/2011, B.O. 19/04/2011).

(las iniciativas que la conforman son diversas y complejas) y, en otros, el problema radica en que los dispositivos responden a distintos modelos que conviven en tensión en el seno de una misma política.

En pos de privilegiar el intento por mantener una visión de conjunto, acotamos el análisis a aquel dominio de la política nacional que alude a los procesos de atención de la salud que tienen lugar en los establecimientos de dependencia estatal (en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación). Esta delimitación supone excluir del análisis una importante cantidad de dispositivos nacionales de suma relevancia orientados a la promoción de la salud.

Tal como hemos planteado de manera general, la pregunta acerca de las orientaciones de la política sanitaria nacional en la Argentina posterior a la crisis de 2001 desafía las fronteras de sus dispositivos, no con el afán de buscar relaciones orgánicas ni armónicas, sino —por el contrario— con el propósito de identificar las convergencias y también las divergencias en el esquema de regulaciones, los modos de asignación de los recursos y los incentivos de los que están hechas las políticas; se trata de aspectos que se ponen en evidencia en la dinámica (siempre conflictiva y compleja) de la acción conjunta en la implementación.

Para dar respuesta a esta pregunta, aplicamos en este caso particular el análisis de los instrumentos de políticas para reconstruir la política nacional en Argentina, analizando (conforme los atributos destacados en el apartado anterior) sobre qué problemas de la atención buscaron incidir y qué recursos movilizaron prioritariamente. Dadas las limitaciones de este artículo, acotaremos el análisis a la política nacional aun siendo conscientes de que, en una matriz federal, las tomas de posición de los actores nacionales dialogan con otras que, en los estados provinciales (responsables de 65% de los hospitales y de 59% de los centros de atención primaria de la salud o CAPS) y en los municipios (responsables de 35% de los hospitales y de 41% de los CAPS), también buscan modelar (no siempre en el mismo sentido) los procesos de la atención de la salud en los servicios. En este trabajo nos interesa poner en evidencia las posibilidades que abre el análisis de los instrumentos de políticas en el campo de salud, razón por la cual acotamos el estudio al campo de la política nacional que, no obstante, tiene todos estos establecimientos como campo de implementación.

Los dispositivos seleccionados expresan distintas tomas de posición del ministerio nacional frente al desafío de construir condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud en un contexto de alta fragmentación.

La jerarquización del primer nivel asistencial desde la estrategia de atención primaria de la salud (APS) como organizador del sistema fue planteada original-

mente por el Plan Federal de Salud 2003-2007⁶ y se tradujo en distintos programas que tuvieron a los CAPS como instancia privilegiada de ejecución (Chiara, 2013). Entre las iniciativas más importantes se destacan el Programa Remediar (en sus dos ediciones), el Plan Nacer y el Programa Médicos Comunitarios (con variaciones a lo largo del tiempo). A estas iniciativas se suman los denominados programas verticales, que cobraron singular importancia ampliando su cobertura y alcance.⁷ Se trata de propuestas que buscaron, a través de la movilización de distinto tipo de incentivos (no exclusivamente monetarios), regular aspectos críticos de la práctica (tanto médica como organizacional) en el nivel de los servicios.

Aun omitiendo algunos programas y leyes de relevancia, este análisis muestra las posibilidades del análisis de los instrumentos para recomponer una (posible) visión de totalidad de la política nacional en el periodo 2003-2011. El foco está puesto en los instrumentos presentes en tres dispositivos en particular: el Programa Remediar, El Plan Nacer (posteriormente llamado Sumar) y el Programa Médicos Comunitarios (cuadro 2).

Remediar fue un programa de provisión pública y gratuita de medicamentos esenciales ambulatorios que alcanzó altos niveles de cobertura. Originado a partir de la reconversión del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud II (PROAPS) fue aprobado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en 2002 (Decreto Nacional 808/02, Préstamos BID OC 1183 y OC 1194) y continuó bajo otras denominaciones (FEASP/ Remediar+Redes, Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, Contrato Préstamo 1903/OC-AR, Decreto Nacional 1704/08). Se caracterizó por apoyar la compra centralizada de medicamentos esenciales y su distribución también centralizada y directa a los efectores de los denominados botiquines. Orientado exclusivamente a los centros de atención primaria (CAPS), sólo incorporó como efectores a los hospitales de manera excepcional y cumpliendo con estrictos mecanismos de asignación. Contaba con rigurosos mecanismos de auditoría para garantizar el cumplimiento de las normas de asignación por parte de los CAPS. Los procedimientos de registro y prescripción permitían nominalizar la entrega del medicamento, aunque en la práctica no adoptaba más criterio de focalización que el de ser atendido de forma gratuita en un CAPS (Tobar, 2004; Maceira *et al.*, 2008; Chiara, 2013).

⁶ Celebrado en el marco del Consejo Federal de Salud, el Plan Federal de Salud cristalizó un conjunto de acuerdos entre la nación y las provincias y organizó las acciones del ministerio nacional para el periodo 2004-2007, estableciendo como eje organizador la atención primaria de la salud, el fortalecimiento del primer nivel de atención y la promoción de seguros provinciales de salud, entre otros lineamientos.

⁷ A mediados de la década, el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (Pronacei) cobró mayor relevancia no sólo en la cantidad de vacunas incorporadas al calendario obligatorio sino también en las acciones desarrolladas para ampliar la cobertura y mejorar la información.

CUADRO 2. Dispositivos de la política sanitaria nacional: instrumentos genéricos utilizados (origen del financiamiento y periodo de vigencia)

<i>Dispositivo</i>	<i>Origen del financiamiento</i>	<i>Periodo de vigencia</i>
Remediar Componente Medicamentos esenciales. (Proaps y FEASP)	Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Presupuesto del Estado Nacional	2002-2011 (continúa en la actualidad)
Plan Nacer	Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF/BM) Presupuesto del Estado Nacional	2005-2011 (continúa en la actualidad)
Programa Médicos Comunitarios	Presupuesto del Estado Nacional	2004-2011 (continúa en la actualidad)

Fuente: Elaboración propia.

El Plan Nacer (posteriormente llamado Sumar) estuvo financiado por el Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento, Préstamo BIRF 7225-AR y 7409-AR y se orientaba a conformar en los estados provinciales seguros materno infantiles con el propósito de garantizar, a la población sin cobertura explícita, un conjunto de prestaciones de salud definidas a partir de un nomenclador. Estaba organizado a partir de un sistema de transferencias de la nación hacia las provincias y de éstas a los prestadores (tanto públicos como privados); las transferencias se organizaban con base en distintos mecanismos de pago (por prestación y por cápita) asociados a resultados (metas trazadoras). Comenzó en 2005 en las provincias del noroeste y noreste argentino (donde se concentraban los indicadores más críticos de morbi-mortalidad materna e infantil) y en 2008 se incorporaron otras jurisdicciones. En 2011 se convirtió en el Sumar y amplió su cobertura a otros grupos poblacionales (Potenza, 2012; Chiara, 2013).

Desde 2004, el Programa Médicos Comunitarios estuvo orientado no sólo a proveer nuevos profesionales en los CAPS sino también a formar los recursos humanos con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de la estrategia de atención primaria. El programa comprendía el refuerzo con recursos profesionales calificados a los centros de salud de todo el país a través del otorgamiento de becas de apoyo económico y de formación (Resolución Ministerio Nacional 915/04). Este programa aportaba dos tipos de becas: de apoyo y capacitación que implicaban la incorporación de horas prestacionales en los CAPS, o sólo de capacitación, que permitían a los profesionales participar gratuitamente de ofertas de formación. Los fondos se transferían de manera directa a los participantes bajo la modalidad de becas para profesionales en distintos campos. Los ministerios provinciales eran

los responsables de preseleccionar a los becarios en el marco de los requisitos establecidos por el programa y de proponer tutores a las universidades responsables de las ofertas de formación (Rossen, 2006).

Se trata de tres dispositivos de políticas que actuaron en todo el periodo en los establecimientos estatales en el primer nivel de atención de la salud, dependientes de los estados provinciales o los municipios. El Programa Remediar lo hacía aportando medicamentos esenciales, capacitación y procedimientos de registro; el Plan Nacer empadronando y nominalizando a la población de grupos etarios determinados, para definir metas trazadoras y transferir recursos de manera directa a los equipos de salud en los CAPS según cumplimiento de resultados, y el Programa Médicos Comunitarios, con la incorporación de profesionales al equipo de salud y formando a otros ya incorporados en atención primaria de salud (APS). Se trata de iniciativas que actuaron de manera simultánea y contribuyeron con recursos de distinto tipo para moldear las prácticas de la atención.

Los cambios en la atención desde sus instrumentos

Con el fin de examinar los cambios que las políticas buscaron producir, retomamos los ejes que organizan las relaciones entre actores que propone Belmartino para analizar los procesos que convergen en la atención: *a)* las relaciones entre población y prestadores, *b)* las que se entablan entre financiadores y proveedores de atención y, por último, *c)* la interacción entre las organizaciones de financiamiento o provisión de atención médica y las autoridades locales y regionales (Belmartino, 2008: 129-130). En función de estos ejes, analizamos los instrumentos genéricos utilizados por estos dispositivos y detectamos convergencias y divergencias en los cambios propuestos desde la nación, que operaron sobre hospitales y CAPS que se desenvuelven en contextos institucionales muy diferentes.

Nuestro interés se centra en identificar también los recursos que movilizan, para lo cual retomamos el esquema propuesto por Vedung (2005: 29-34), quien distingue tres clases de recursos dominantes: las regulaciones, los medios económicos y la información; con este análisis buscamos complejizar aquellos planteamientos que insisten en la incidencia (casi exclusiva) de los incentivos económicos como variable clave de los procesos de cambio.

La relación entre población y proveedores

Debido a la persistencia en la agenda de la emergencia sanitaria que atravesó los años de la crisis de principios de siglo, el núcleo de problemas en torno a las relaciones entre población y prestadores parece haber concentrado gran parte de la

atención de la política nacional en este periodo. La jerarquización del primer nivel asistencial como organizador del sistema fue planteada originalmente en el Plan Federal de Salud 2003-2007 y se tradujo en la preocupación por garantizar el acceso a los servicios para erradicar las barreras económicas.

Los tres dispositivos analizados aquí estaban imbuidos de distintas ideas de cambio desde las que buscaban generar algún tipo de controles sobre la práctica de los servicios.

La provisión directa de medicamentos esenciales parece haber sido el instrumento genérico con mayor incidencia en la atención, habida cuenta del alcance en la distribución de los botiquines del Programa Remediar. La decisión firme de sostener su distribución centralizada y dirigida a los CAPS buscó fortalecer y jerarquizar el primer nivel con el fin de reorientar una demanda concentrada en los hospitales.

La existencia de formas mercantilizadas en el acceso a los servicios era parte del diagnóstico y un desafío particular en las condiciones de la atención, especialmente en los establecimientos de primer nivel. En ese contexto, la insistencia y el resguardo de la gratuidad como requisito para permanecer como instancia de implementación buscó derribar esta barrera; se trata de un instrumento que fue utilizado por el Programa Remediar y también por el Plan Nacer.

El Programa Médicos Comunitarios (en sus distintas versiones) contribuyó con médicos y otros profesionales formados para y en APS y abonaba a uno de los requisitos del acceso: la disponibilidad de recursos humanos en los centros de salud; en este caso se apeló a las becas de formación en servicio como instrumento de políticas para la incorporación de nuevos profesionales y a las ofertas de posgrado para fortalecer los equipos existentes.

Aunque de manera informal en un principio, la gratuidad en la entrega del medicamento y de las consultas se incorporó como requisito de elegibilidad en la normativa del programa (Reglamento Operativo Remediar+Redes, Contrato 1903 OC AR). Los mecanismos de auditoría y la institucionalidad de las reglas de juego (primero informales y con estatus formal después) propias de un programa con financiamiento externo, se combinaron para librar distintas batallas por la gratuidad (cuadro 3).

Distintos instrumentos se orientaron a condicionar la asignación de los recursos económicos a través de regulaciones o bien fundados en la información, para moldear la práctica de los servicios no sólo para ampliar la cobertura, sino para avanzar también en la garantía explícita de un piso de prestaciones para toda la población.

CUADRO 3. Instrumentos orientados a intervenir sobre los problemas en torno a la relación entre la población y los proveedores de servicios de salud, según recurso dominante y dispositivo que los utiliza

<i>Instrumentos genéricos</i>	<i>Recurso principal que movilizan</i>	<i>Remediar</i>	<i>Nacer</i>	<i>Programa Médicos Comunitarios</i>
Becas de formación en servicios	Económicos			x
Capacitación específica de recursos humanos existentes	Información	x	x	x
Condicionalidad de controles para las transferencias de ingresos (AUH)	Regulación		x	
Empadronamiento	Regulación		x	
Formalización de requisitos para ser incorporado o mantenerse como instancia de implementación.	Regulación	x	x	
Focalización (territorial, por cobertura de seguros o por grupo de edad)	Regulación		x	
Garantías explícitas	Información		x	
Guías de práctica clínica	Información	x		
Incentivos financieros vinculados a proyectos específicos	Económico	x		
Nominalización de la atención	Información	x	x	
Procedimientos de registro y prescripción	Información	x		
Provisión directa de medicamentos esenciales y anticonceptivos	Económico	x		
Responsabilidad nominada	Regulación	x		

Fuente: Elaboración propia.

La utilización de un vademécum unificado (gestionado posteriormente a través del mecanismo del *clearing* y de la reposición de *stock*) y la capacitación en el uso racional de medicamentos apuntaron a controlar una dimensión de la autonomía de la práctica médica: la variabilidad en las prescripciones.

Con la misma finalidad pero con la perspectiva de garantizar prestaciones de manera explícita, el Plan Nacer apeló a un nomenclador de prácticas médicas validadas.

La preocupación por asegurar la cobertura de servicios de salud a la totalidad de la población fue otro desafío que organizó a la política nacional. La nominalización de la atención fue un instrumento genérico compartido por dos dispositivos (Programa Remediar y Plan Nacer) desde el cual se buscó reorientar la dinámica de trabajo en el primer nivel.

No obstante estas convergencias, se detectan diferencias en los énfasis y en el significado del instrumento en el contexto de cada dispositivo. Mientras en el Plan Nacer empadrona a la población y busca avanzar (al menos en el diseño) hacia la responsabilidad nominada, el Programa Remediar utiliza la nominalización como una herramienta de control tanto de la entrega de medicamentos como de la prescripción de parte de los profesionales.

La cobertura condicionada a la no disposición de obra social utilizado por el Plan Nacer es el instrumento que, en el plano de las relaciones entre la población y los proveedores, pone en evidencia la coexistencia de dos modelos sanitarios y la profundización de la apuesta por asegurar prestaciones a un núcleo de población sin cobertura que mostraba ser resistente a la baja:⁸ uno, perfilado hacia la construcción de un seguro público provincial representado por el Plan Nacer y otro, orientado hacia el fortalecimiento de la oferta pública (Programas Remediar o Médicos Comunitarios).

La información es un recurso que reviste particular relevancia para los instrumentos de políticas orientados a modelar las relaciones entre pacientes y proveedores. La nominalización de la atención es un instrumento que merece una consideración particular, ya que las herramientas de registro reportaban (al menos en su diseño) centralmente las necesidades de cada uno de los dispositivos. Mientras en el Programa Remediar los formularios estaban asociados a la entrega del medicamento (aunque están previstos duplicados para que permanecieran en el CAPS), el Plan Nacer condicionaba la facturación de prestaciones a contar con una historia clínica como registro de aquella. El tratamiento de la información parece (al menos en el planteamiento general del diseño) haber jerarquizado las necesidades derivadas de la asignación de los recursos económicos (medicamento para el Programa Remediar y facturación de prestaciones para el Plan Nacer). En otra fase de la investigación indagamos en la perspectiva de los actores, siguiendo los instrumentos en el camino de la implementación; en esa lectura se detectaron los usos e imbricaciones de los instrumentos en una dinámica más horizontal que aquella que puede verse en el diseño de los planes y programas (Chiara, 2017).

En el caso del Plan Nacer, la nominalización se vio reforzada por un dispositivo de la política de seguridad social, la Asignación Universal por Hijo (AUH) y, posteriormente, por Embarazo (AUE) que sostuvo la condicionalidad de los controles de salud para el otorgamiento de las asignaciones; esta novedad reviste

⁸ La población sin otra cobertura que la ofrecida por el Estado era de 45.8 por ciento en 2003 y descendió a 31.8 por ciento en 2011 (Encuesta Permanente de Hogares, datos del último trimestre de cada año).

particular relevancia porque permitió vincular el padrón de población atendida por el subsector estatal con los registros de la seguridad social, la Agencia Nacional de Seguridad Social (ANSES).⁹

Las relaciones entre financiadores y proveedores

El modelo que caracteriza al subsector estatal en Argentina está basado en el desarrollo de la oferta estatal con algunos esfuerzos más o menos sistemáticos por insertar a los establecimientos como proveedores en la seguridad social. Sobre este modelo dominante, el Plan Nacer buscó de manera explícita generar algún tipo de separación de funciones entre prestación y financiamiento.

El instrumento del pago por cápita fue utilizado por este dispositivo para realizar las transferencias desde el Equipo Nacional de Compra de Servicios de Salud (ENCSS) hacia el Equipo Provincial de Compra de Servicios de Salud (EPCSS). El nomenclador regulaba aquellas prestaciones que se buscaba garantizar a la población cubierta por este seguro público. El Plan Nacer introdujo un instrumento que permitió no sólo realizar contrataciones adicionales y realizar compras de equipamientos e insumos, sino también distribuir recursos adicionales a los salariales entre el personal de los servicios.

El pago por práctica médica era otro instrumento que articulaba la relación entre el EPCSS y los prestadores tanto públicos como privados; el sistema se completaba con una serie de débitos y multas que aplicaba el Equipo Nacional a la Provincia por distinto tipo de incumplimiento sobre las transferencias por el pago de capitas.

Aunque centrado en la oferta y sin plantear ningún tipo de separación de funciones, la existencia en el Programa Remediar de un vademécum abonó también al control de la asignación de recursos de parte de los proveedores de salud (cuadro 4).

No se advierte en el Programa Médicos Comunitarios ningún intento de intervenir en las relaciones entre financiadores y proveedores, tendiendo a reproducir —en la ampliación de los equipos de salud— las condiciones organizacionales de cada jurisdicción.

Con distinta intensidad, estos instrumentos combinaban el recurso regulatorio y el económico. El primero estaba presente de manera dominante en el nomenclador y en los débitos y multas; el sistema de compra capitativo y en el pago por práctica médica que eran —siempre según la clasificación de Vedung (2005: 29-34)— instrumentos que movilizaban sobre todo recursos económicos.

⁹ Se trata de un instrumento utilizado por otros dispositivos que precedieron a la AUH, el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados y el Plan Familias por la Inclusión Social.

CUADRO 4. Instrumentos orientados a intervenir en los problemas en torno a la relación entre financiadores y proveedores, según recurso dominante y dispositivo que los utiliza

<i>Instrumentos genéricos</i>	<i>Recurso principal que movilizan</i>	<i>Remediar</i>	<i>Nacer</i>	<i>Programa Médicos Comunitarios</i>
Débitos y multas	Económico		x	
Distribución de incentivos monetarios al personal	Económico		x	
Nomenclador	Económico		x	
Pago por práctica médica	Regulación		x	
Sistemas de compra caputivo	Regulación		x	
Vademécum	Regulación	x		

Fuente: Elaboración propia.

Interacciones entre las organizaciones de financiamiento y provisión de atención médica y las autoridades locales y regionales

El tercer eje de cuestiones recorta más particularmente el dominio de las relaciones entre niveles de gobierno y encuentra estos dispositivos que buscan incidir en los procesos de toma de decisiones de los estados provinciales y los municipios.

Apelando a distintos actores y variando en el papel conferido a los niveles subnacionales, estos dispositivos movilizaron instrumentos de tipo contractual para institucionalizar los compromisos entre la nación, los estados provinciales y los municipios (convenio marco, convenios de adhesión y compromisos de gestión). Se trata de instrumentos regulatorios fundados en la negociación y el acuerdo que fueron reforzados por otros basados en la información; hacemos referencia a los mecanismos de auditoría concurrente, a la línea gratuita para denuncias y reclamos y —en los primeros tiempos del Programa Remediar— a los mecanismos de auditoría social con voluntarios del tercer sector. Cabe destacar que tanto el Programa Remediar como el Plan Nacer incorporaron el nivel establecimiento (CAPS para el primero y proveedores para el segundo) como actor en los instrumentos de coordinación tanto en los compromisos de gestión como en los convenios de administración de fondos. El Plan Nacer introdujo en los convenios con los municipios el compromiso para el sostenimiento del gasto en salud en los presupuestos municipales, mecanismo adoptado para garantizar el alineamiento y complementación de los esfuerzos entre jurisdicciones. El Programa Médicos Comunitarios movilizaba mecanismos

contractuales clásicos que, en el marco del federalismo, definían para los estados provinciales potestades para preseleccionar a los becarios y proponer tutores a las universidades.

La información generada por estos instrumentos cobra relevancia en el contexto de los espacios organizacionales de articulación intergubernamental: el Consejo Federal de Salud (Cofesa)¹⁰ o en las instancias técnico-políticas como la Comisión Mixta o los encuentros tripartitos entre nación, provincia y municipios para tratar los informes de monitoreo del Programa Remediar (cuadro 5).

CUADRO 5. Instrumentos orientados a intervenir sobre los problemas en torno a la interacción entre las organizaciones de financiamiento y provisión de atención médica y las autoridades locales y regionales, según recurso dominante y dispositivo que los utiliza

<i>Instrumentos genéricos</i>	<i>Recurso principal que movilizan</i>	<i>Remediar</i>	<i>Nacer</i>	<i>Programa Médicos Comunitarios</i>
Acreditación / Habilitación de establecimientos y servicios	Regulación	x	x	
Campañas en medios masivos de comunicación	Información	x	x	
Compras centralizadas		x		
Compromiso en el sostenimiento del gasto en los presupuestos municipales	Regulación		x	
Compromisos de gestión / Acuerdos de gestión	Regulación	x	x	x
Distribución centralizada de recursos y directa a los efectores	Económico	x		
Establecimiento de metas trazadoras asociadas a las transferencias financieras entre jurisdicciones	Información		x	
Generación y difusión de información sobre desempeño	Información	x	x	
Incentivos financieros a los efectores vinculados a los resultados	Económico		x	
Inversión en infraestructura	Económico			
Línea gratuita para denuncias y reclamos	Información	x		
Mecanismos de auditoría concurrente	Información	x	x	
Mecanismos de auditoría social	Información	x		

Fuente: Elaboración propia.

¹⁰ Institución intergubernamental que, en el contexto del federalismo y desde hace más de tres décadas, coordina (con distinto grado de organicidad) políticas de los ministros provinciales y el Ministerio de Salud de la nación.

Operando sobre y desde la demanda, otros instrumentos (también basados en la información como recurso) tratan de alinear actores de la trama intergubernamental, nos referimos a las campañas en medios masivos de comunicación.¹¹

La compra y la distribución centralizada y directa a los CAPS fue un instrumento que caracterizó el Programa Remediar en el contexto de la crisis, desde el cual se resguardó la posibilidad de priorizar el primer nivel y trabajar por la erradicación de las barreras económicas en el acceso. La centralización fue propuesta y sostenida por la primera gestión ministerial convirtiéndose —después de algunos vaivenes y cuestionamientos— en el corazón de la logística para la distribución de un conjunto de los programas del ministerio nacional.¹²

La acreditación y habilitación de establecimientos y servicios fue un instrumento utilizado por el Programa Remediar que contaba con un catastro de CAPS habilitados actualizado conforme el resultado de las auditorías que condicionaban la ejecución del programa. Para introducir la idea de separación de funciones de compra y de provisión, el Plan Nacer establecía que los proveedores debían estar habilitados por la provincia. Así, el Convenio de Adhesión que suscribía el Equipo Provincial (EPCSS) con los municipios comprometía a éstos a cumplir las normas provinciales de categorización habilitante para sus Centros de Salud (Modelo de Convenio de Adhesión, Clausula 10º, Plan Sumar, Contrato de Préstamo 7409-AR).

También en relación con este eje de problemas, la lectura de los instrumentos insiste en presentar una realidad más matizada en relación con el papel que tienen los recursos económicos en el modelado de las relaciones entre agencias gubernamentales. Estos instrumentos son de distinta índole y magnitud y combinaron recursos económicos con los regulatorios y de información.

En este eje es donde mayores diferencias se constatan: mientras los instrumentos del Programa Remediar tratan de intervenir de manera directa en la dinámica del primer nivel para garantizar determinadas condiciones de la atención, el Plan Nacer ponía el foco en la escena provincial buscando activar desde allí un esquema de regulaciones fundado en los instrumentos de compra de servicios hacia los prestadores.

¹¹ Sin desconocer la finalidad inherente a las campañas de comunicación masivas, nos interesa incorporarlas a nuestro análisis en su potencialidad para articular, desde la demanda, a los actores gubernamentales. Por esa razón está categorizada en este eje y no en el de población-proveedores.

¹² Además del Remediar, se entregaban —por este medio— insumos correspondientes a los siguientes programas nacionales: Salud Bucal, Salud Ocular, Desparasitación Masiva, Salud Sexual (Ministerio de Salud de la Nación/FEASP Remediar+Redes, 2007, Procedimientos Operativos).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Aplicamos el análisis de políticas por instrumentos al caso argentino buscando poner el foco en los contenidos de la política, esto es, en cómo los distintos instrumentos que componen los dispositivos intentan incidir en el modelado de los problemas de la atención.

El esfuerzo por trascender el análisis de las fronteras de los dispositivos devela distintos intentos por garantizar —en un contexto altamente fragmentado— condiciones más igualitarias en el ejercicio del derecho a la salud, que plantearon (en conjunto) tres desafíos: derribar las barreras en el acceso a los servicios, cubrir a la población sin otra alternativa que la que brinda el subsector estatal y garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones de salud.

El análisis de los instrumentos muestra la política sanitaria en la búsqueda de mejorar el acceso a los servicios, primera apuesta que forzó el desplazamiento de la demanda de la población hacia el primer nivel, donde se priorizó la asignación de recursos críticos. Esta estrategia encontró una trama vasta y heterogénea de centros de salud y postas sanitarias provinciales y municipales que presentaban distintas formas de mercantilización en el acceso a los servicios. En este contexto, el Programa Remediar buscó remover las barreras económicas en el acceso a través de la formalización de la gratuidad de la atención como requisito para mantener la implementación del programa en cada CAPS, instrumento fortalecido por otros como los mecanismos de auditorías concurrentes, las auditorías sociales y la discusión de información sobre el desempeño en los encuentros tripartitos nación, provincia y municipio. El resguardo de la gratuidad de las prestaciones fue también un requisito para permanecer como proveedor del Plan Nacer, posteriormente llamado Sumar, aunque en este caso se destaca el énfasis puesto en la aplicación de incentivos financieros para promover el acceso oportuno a determinadas prestaciones (control del niño sano, trimestre en el control del embarazo, vacunación, entre otras).

A medida que avanza el periodo, el esfuerzo de la política nacional parece haberse concentrado en un segundo desafío: garantizar la atención de la población sin cobertura de obra social o seguro privado que —a pesar de haber descendido desde aquellos valores que presentaba en la salida de la crisis— encontraba un piso difícil de atravesar. Asegurar la cobertura de servicios de salud a la totalidad de la población (de manera complementaria con otros subsectores) se prefiguró (al menos en los dispositivos analizados) como uno de los retos de la política nacional. Si bien tanto el Programa Remediar como el Plan Nacer nominalizaron la atención a la población para concentrar el esfuerzo en aquellos para quienes los servicios de

salud estatales eran la única alternativa, el Plan Nacer orientó de manera directa los instrumentos de pago (sistema de compra capitativo combinado con el pago por práctica médica) al cumplimiento del requisito de focalización sobre aquella población que no estuviera cubierta por obra social o seguro privado.

La preocupación por construir condiciones más igualitarias en el ejercicio del derecho a la salud aparece también en relación con un tercer desafío: garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones en cantidad, calidad y oportunidad a toda la población. La regulación de las prescripciones y la provisión de medicamentos esenciales en el primer nivel así como el establecimiento de un nomenclador y los incentivos vinculados a resultados, fueron los instrumentos a través de los cuales concurrieron el Programa Remediar y el Plan Nacer para alcanzar estándares más homogéneos en las prestaciones.

El análisis de los recursos movilizados por estos instrumentos matiza enfoques que jerarquizan el papel del financiamiento (leído exclusivamente en términos de recursos económicos) en la capacidad de la política para incidir en los problemas de la atención. Aunque advirtiendo acerca de la singular complejidad del sector salud en Argentina, el análisis confirma la importancia que tienen los instrumentos basados en recursos económicos cuando están combinados con otros, basados en la regulación y en la información. La sinergia resultante de esta combinación es particularmente potente en los dispositivos nacionales analizados, cuyas regulaciones se organizan en torno a los manuales operativos aprobados por los organismos de crédito y cuya información refiere al recorte que hace cada programa.

El análisis de la política nacional a través de sus instrumentos permitió identificar la coexistencia dos modelos en tensión que —fundados en diferentes ideas de cambio— promueven incentivos en sentido divergente.

Sin poner en cuestión el alineamiento entre la función de provisión y la de financiamiento en que se funda la organización del subsector estatal, un primer modelo apuesta por fortalecer la oferta de servicios de salud con la universalidad como horizonte de sentido; en función de estas ideas y propósitos tanto el Programa Remediar como el Programa Médicos Comunitarios movilizan distintos instrumentos que expresan regulaciones e incentivos orientados a fortalecer el primer nivel de atención a través de la provisión de medicamentos esenciales (el primero) y de equipos profesionales (el segundo). En este modelo la función de rectoría del ministerio nacional se expresa en acciones orientadas al fortalecimiento de las condiciones de provisión de los servicios en la órbita de los niveles subnacionales (provincias y municipios) y los servicios del subsector estatal están orientados a toda la población.

El segundo modelo —representado por el Plan Nacer— tensiona en un sentido inverso respecto al anterior, en tanto busca separar la función de financiamiento de la de provisión, organizando seguros provinciales orientados a garantizar la cobertura a población sin seguro ni obra social. El ministerio nacional asume aquí funciones de regulación y financiamiento de los seguros provinciales a través de una estructura de incentivos orientada a promover determinados resultados en esa población objetivo y jerarquiza la función de compra de los seguros provinciales.

El modo como se resuelvan estas tensiones depende no sólo de las contradicciones presentes en el diseño de las políticas, sino de las condiciones bajo las cuales provincias y municipios garantizan —en un contexto federal y descentralizado— la provisión de los servicios, los problemas estructurales que atraviesan la gestión y las ideas que animan la organización de los servicios en cada una de las jurisdicciones. Para comprender en su complejidad estos procesos es necesario indagar en la dimensión social de los instrumentos, esto es, en el significado que adquieren en la práctica de los servicios de salud, para lo cual es preciso avanzar en un análisis que —en cada contexto institucional y político— haga dialogar a los actores en torno a los instrumentos de políticas en el caleidoscopio de la implementación. 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. (2008), “La implementación de la reforma en Brasil: La dinámica del Sistema Único de Salud y algunos resultados”, en M. Chiara, M.M. Di Virgilio y M. Miraglia, *Gestión local en salud: Conceptos y experiencias*, Los Polvorines, Ediciones UNGS.
- Arce, H. (2010), *El sistema de salud: De dónde viene y hacia dónde va*, Buenos Aires, Prometeo.
- Arretche, M. (2010), “Federalismo e igualdade territorial: Uma contradição em termos?”, *Dados: Revista de Ciências Sociais*, 53(3), pp. 587-620.
- Banting, K. y S. Corbett (2002), “Federalism and Health Care Policy: An Introduction”, en K. Banting y S. Corbett (eds.), *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective*, Montreal, McGill-Queen’s University Press.
- Belmartino, S. (2008), “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”, en M. Chiara, M.M. Di Virgilio y M. Miraglia, *Gestión local en salud: Conceptos y experiencias*, Los Polvorines, Ediciones UNGS.
- Belmartino, S. (2009), “Las políticas de salud en el siglo xx: Legados históricos”, ponencia presentada en el V Foro del Bicentenario, panel “Políticas de Salud Pública en el siglo xx”, Buenos Aires, 14 de mayo, disponible en: <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf> [fecha de consulta: 27 de febrero de 2012].

- Braun, D. y J. Etienne (2006), *Policy Ideas and Health Policy Instruments: The Governance of Primary Care in Switzerland*, Lausana, Universidad de Lausana.
- Cetrángolo, O., L. Lima Quintana y M. San Martín (2007), “Situación del sector salud en Argentina: Análisis en el contexto de un sistema descentralizado”, Buenos Aires, Banco Interamericano de Desarrollo (mimeo).
- Chiara, M. (2013), “Política de atención de la salud y relaciones intergubernamentales (RIG): Continuidades e inflexiones en los patrones de interacción en el Gran Buenos Aires, Argentina (2001-2011)”, tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires.
- Chiara, M. (2017), *La política sanitaria bajo el prisma intergubernamental: El Gran Buenos Aires después de la crisis de principio de siglo*, Los Polvorines, Ediciones UNGS (en prensa).
- Danani, C. (2009), “La gestión de la política social: Un intento por aportar a su problematización”, en M. Chiara y M.M. Di Virgilio, *Gestión de la política social: Conceptos y herramientas*, Buenos Aires, UNGS/Prometeo.
- Flanagan, K., E. Uyarra y M. Laranja (2010), “The Policy Mix for Innovation, Rethinking Innovation Policy in a Multi-level, Multi-actor Context”, documento de trabajo 599, Manchester Business School.
- Fleury, S. (2001), “¿Universal o dual? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia”, en C.G. Molina y J. Núñez del Arco (coords.), *Servicios de salud en América Latina y Asia*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Forest, P. (2005), “Policy Instruments and Health Reform: The Role of Evidence”, ponencia presentada en la conferencia Health Services Restructuring: New Evidence and New Directions, del John Deutsch Institute, 17 y 18 de noviembre, Queen’s University.
- Hood, Ch. (1983), *The Tools of Government*, Londres Chatham House Publishers.
- Hood, Ch. y H. Margetts (2007), *Tools of Government in the Digital Age*, Londres, Macmillan.
- Lascoumes, P. y P. Le Galès (2007), “Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments: From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation”, *Governance*, 20(1), pp. 1-22.
- Lascoumes, P. y P. Le Galès (2007a), *Sociologie de l’action publique*, París, Armand Colin.
- Laurell A.C. (2014), “Contradicciones en salud: Sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina”, *Saude em Debate* (38)103, pp. 853-871.
- Linder, S. y B. Peters (1993), “Instrumentos de gobierno: Percepciones y contextos”, *Gestión y Política Pública*, (II)1, pp. 5-34.
- Maceira, D., I. Apella y E. Barbieri (2008), “Necesidades de la demanda y subsidios de medicamentos: La experiencia del Programa Remediar en Argentina”, Buenos Aires, nuevos documentos Cedes 51/2008.

- Maceira, D. y P. Kremer (2008), “Evaluación de una experiencia de aseguramiento social en la provincia de Buenos Aires: Impacto sobre el modelo de atención”, Buenos Aires, documento de trabajo 18, CIPPEC.
- Potenza dal Masetto, F. (2012), “La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales”, Buenos Aires, documento de trabajo 82, CIPPEC Programa de Protección Social Área de Desarrollo Social.
- Ringeling, A.B. (2002), “An Instrument is not a Tool: Tools of Government from an European Perspective”, ponencia Conference of the Policy Research Initiative of Canada, Montreal, 26 de septiembre.
- Rossen, M. (2006), “Un nuevo modelo para la gestión de recursos humanos en salud”, ponencia presentada en el XI Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la administración pública, Ciudad de Guatemala, 7-10 de noviembre.
- Salamon, L. (2002), “The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction”, en L. Salamon (ed.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, Nueva York, Oxford University Press.
- Tobar, F. (2004), “Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina”, Washington, D.C., nota técnica de discusión de salud 002/2004, Departamento de Desarrollo Sostenible-División de Programas Sociales-Banco Interamericano de Desarrollo.
- Vabo, S. y A. Røiseland (2009), “Tools of Government in Governance: The Case of Norwegian Urban Government”, ponencia presentada en EURA Conference, Madrid, junio.
- Vedung, E. (2005 [1998]), “Policy Instruments: Typologies and Theories”, en M. Bemelmans-Videc, R. Rist y E. Vedung, *Carrots, Sticks and Sermons: Policy instruments and their Evaluation*, New Jersey, New Brunswick.
- Velasco González, M. (2007), “Distintos instrumentos para un mismo fin: Los instrumentos de las políticas públicas como herramienta para el análisis”, ponencia presentada en el VIII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración Pública, Valencia, 18-20 de septiembre, disponible en: <http://eprints.ucm.es/12184/> [fecha de consulta: 13 de abril de 2012].

Magdalena Chiara. Doctora de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en la Facultad de Ciencias Sociales y Antropóloga. Desde 1995 es investigadora del Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento, donde se desempeñó como su directora entre 2002 y 2006. Es profesora de las asignaturas Planificación de Políticas Públicas y Problemas, Instituciones y Políticas de Salud y directora académica de la diplomatura Gestión de las Políticas de Salud en el Territorio. Desarrolla investigaciones en el campo del diseño y la gestión de las políticas de salud, con énfasis particular en la cuestión territorial y las relaciones intergubernamentales. Acredita esta producción en distintas publicaciones (artículos, libros y capítulos de libros), entre los que se destacan “La política sanitaria bajo el prisma intergubernamental. El Gran Buenos Aires después de la crisis de principio de siglo”, “Territoriality and Health Policy: Contributions to Research and Action”, “Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires”, “Salud en las metrópolis” y “Políticas e instituciones en salud: El desafío de construir nuevos escenarios”.