

JULIO  
2022



**TANDIL:**  
*Reflexiones, críticas y  
aportes sobre gestión de  
la salud.*

por **GASTÓN MORANDO**

cece

# 1. Índice

1. Índice .....	1
2. Introducción .....	2
3. Problemas relativos al financiamiento .....	2
4. Problemas relativos a la integración y articulación.....	4
5. Problemas relativos a la igualdad .....	5
6. Problemas relativos a la gobernanza.....	7
7. Problemas relativos a la información .....	8
8. Problemas relativos a la legislación vigente .....	9
9. Algunas propuestas.....	10
<i>a. Espacios de integración de la salud pública.....</i>	<i>10</i>
<i>b. Espacios permanentes de debate en cada territorio.....</i>	<i>10</i>
<i>c. Espacios permanentes de coordinación política .....</i>	<i>11</i>
<i>d. Nuevo marco de relacionamiento con IOMA.....</i>	<i>11</i>
<i>e. Reformas al establecimiento del CUD.....</i>	<i>11</i>
<i>f. Reformas al régimen municipal vigente .....</i>	<i>12</i>
<i>g. Nuevo marco de relacionamiento con la Superintendencia de Servicios de Salud.....</i>	<i>12</i>
<i>h. Interoperabilidad de las historias clínicas existentes .....</i>	<i>12</i>
<i>i. Opción para los tratamientos con drogas de alto costo y las intervenciones de alta     complejidad y/o con insumos de alto costo .....</i>	<i>13</i>
10. Referencias bibliográficas .....	14

## **2. Introducción**

Con este artículo, la idea es transmitir algunas conclusiones y realizar algunos aportes surgidos como consecuencia de nuestra gestión a cargo de la conducción del Sistema Integrado de Salud Pública (SISP) del Municipio de Tandil desde diciembre de 2016 a diciembre de 2021. Por consiguiente, este escrito cuenta con numerosos aportes realizados por el Médico Matías Tringler, entonces Vicepresidente y actual Presidente del SISP.

El objetivo no es simplemente exponer el caso de una gestión a nivel local, sino más bien explicitar una serie de reflexiones y propuestas en relación con la salud pública, desde una perspectiva municipal, que puedan constituir aportes y resultar de interés y/o de utilidad en otros Municipios así como en otros niveles del Estado.

Como es sabido, en un territorio local, en particular en uno de la provincia de Buenos Aires, la salud pública presenta una mezcla de competencias concurrentes de los niveles municipal y provincial. En algunos casos, se suman algunas intervenciones o efectores del nivel nacional.

Esta mezcla de competencias y de efectores de salud es propia de cada Municipio y es resultado más de la historia propia de cada territorio y mucho menos de decisiones estratégicas nacionales o provinciales.

A continuación, se hace referencia sintéticamente a algunos problemas y obstáculos que hemos observado en la gestión de la salud pública local durante el período referido. Adicionalmente, se presentan algunos aportes o propuestas para su resolución o mitigación.

## **3. Problemas relativos al financiamiento**

Un aspecto central en la sostenibilidad de un sistema de salud es el financiamiento. En un sistema de salud pública local, el financiamiento normalmente proviene de los recursos presupuestarios que se prevén cada año, los cuales se componen de los recursos de origen municipal (resultantes de tasas y derechos), los recursos provinciales (provenientes de la coparticipación y otros fondos y programas) y los recursos nacionales (previstos en algunos programas específicos).

Otro factor a considerar es el recupero de costos por cobros a obras sociales, prepagas y seguros. Dependiendo de las características de cada Municipio, los recursos municipales y los provinciales suelen ser los que tienen mayor peso relativo.

La coparticipación para cada uno de los ciento treinta y cinco Municipios de la provincia de Buenos Aires está determinada por la masa coparticipable aprobada en cada presupuesto anual y por el Coeficiente Único de Distribución (CUD). La determinación del CUD incluye una serie de variables a través de una compleja fórmula. Un primer problema grave ocurre porque en el capítulo "Salud" para la determinación del CUD no se tiene en cuenta la inversión municipal en promoción y prevención de la salud. En cambio, sí tiene un efecto positivo el porcentaje de ocupación de camas hospitalarias. En consecuencia, se premia el tratamiento de las enfermedades y no la promoción y la prevención de la salud, lo cual va en contra de las buenas prácticas y las prioridades actuales y aceptadas en la gestión de la salud pública.

Otro factor de gravedad en términos de financiamiento es el recupero de costos de los sistemas municipales de salud, en especial de las prácticas efectuadas en hospitales municipales. Allí, las obras sociales sindicales constituyen un gran problema. En primer lugar, por las dificultades para poder arribar a la firma de convenios con valores razonables, que al menos superen los costos de la prestación de cada práctica y que se aproximen a los valores que esas obras sociales les pagan a los efectores privados en el mismo territorio. En segundo lugar, se observa el problema de las enormes dificultades para garantizar el cobro de las acreencias por prestaciones realizadas y facturadas en plazos razonables. La sumatoria de contratos poco convenientes, pagos fuera de plazo e inflación creciente implica que los hospitales municipales terminan subsidiando en los hechos a las obras sociales sindicales. Adicionalmente, en los casos de los Municipios que remiten los expedientes sin cobrar a la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, suele ocurrir que este organismo se recuesta más en los intereses de las obras sociales sindicales que en los derechos de los municipios en el marco de la normativa vigente.

Por otro lado, algunas obras sociales sindicales dan de alta a monotributistas a quienes les practican los descuentos, pero sin darles cobertura por falta de afiliación. Esta práctica con los monotributistas también constituye un problema para el recupero de costos por prestaciones efectuadas en razón de que las obras sociales se niegan a realizar los pagos correspondientes. En síntesis, algunas obras sociales cobran los aportes de los monotributistas sin darles cobertura y sin pagar por las prestaciones que se realizan.

Sin duda, merece un capítulo especial el caso de IOMA. Cuando el Ministerio de Economía provincial remite la coparticipación a cada uno de los ciento treinta y cinco Municipios, le descuenta dos conceptos: IPS e IOMA. Es decir que IOMA recibe los

pagos de manera regular y actualizada por las plantas actuales de empleados municipales. Sin embargo, el marco de relacionamiento económico-financiero entre cada Municipio e IOMA está lejos de tener equilibrio y reciprocidad.

IOMA en general tiene convenios vigentes con los Municipios en los cuales acuerda pagar por cada una de las prácticas previstas dos, tres y hasta cinco veces menos que lo que le paga a efectores privados por las mismas prácticas en los mismos territorios. Ergo, IOMA privilegia a través de sus convenios a los efectores privados por sobre los hospitales municipales. Lamentablemente, no se acaba ahí el problema. IOMA no sólo paga valores bajos a los Municipios a través de convenios que rara vez tienen actualización de los importes. Además, mantiene enormes deudas con los hospitales municipales. En el caso de Tandil, a la fecha de este artículo IOMA le debe al Municipio de Tandil alrededor de \$ 32 millones.

En síntesis, IOMA cobra de cada Municipio mensualmente y de manera actualizada los aportes correspondientes a las dotaciones municipales de personal, sin que exista posibilidad de deuda al respecto. En contraste, IOMA les paga a los hospitales municipales menos de lo que les paga a los efectores privados por las mismas prestaciones en cada territorio, con valores que no se actualizan regularmente y manteniendo abultadas deudas sin explicación alguna. En consecuencia, los hospitales municipales no sólo subsidian a las obras sociales sindicales. También subsidian a IOMA.

#### **4. Problemas relativos a la integración y articulación**

Aquí se puede hablar de distintos tipos de integración, todos ellos necesarios y convenientes.

En primer lugar, resulta fundamental garantizar una adecuada integración, articulación y coordinación entre los componentes del sistema de salud municipal, es decir, entre todos los componentes del sistema (efectores) bajo la órbita de un Municipio. Dependiendo de la situación de cada territorio, es bastante normal que haya problemas de integración y coordinación entre la conducción del área de Salud municipal (por ejemplo, la Secretaría de Salud), el/los hospital/es municipal/es, los centros de salud comunitaria o de atención primaria de la salud y el área de salud mental.

En segundo lugar, la Secretaría de Salud de un Municipio debe articular y coordinar esfuerzos con las otras Secretarías, en razón de que la salud debe tener una importancia y jerarquía transversal en la estructura orgánico-funcional. Un ejemplo son los factores sociales y ambientales determinantes de la salud. Sin duda, la cobertura

de servicios básicos (agua corriente, cloacas y gas) para todos los habitantes de un territorio; la disponibilidad y accesibilidad a espacios verdes públicos para la recreación y la práctica de actividades físicas; y los servicios educativos y culturales son factores fundamentales para la prevención y la promoción de la salud comunitaria.

En tercer lugar, es crucial garantizar un adecuado marco de integración, coordinación y articulación entre los servicios de salud municipales y los provinciales y nacionales. Ello no sólo entre los efectores presentes en el mismo territorio (normalmente coexisten establecimientos municipales, provinciales y en algunos casos nacionales), sino también en lo que respecta a las redes de derivaciones por mayor complejidad. Estas redes deberían responder no sólo a los usos y costumbres o a las relaciones entre directivos o profesionales de un establecimiento y otro. Fundamentalmente, deberían ser el fruto de una estrategia y una planificación nacionales y/o provinciales, según corresponda.

En cuarto lugar, es fundamental avanzar en marcos de relacionamiento tendientes a mejorar la articulación y complementación de esfuerzos entre los efectores públicos y privados presentes en un territorio. Avances de este tipo pudieron observarse en algunos municipios en la gestión articulada de la pandemia, con comités que incluían la participación de los efectores públicos y privados. Este tipo de integración es clave para hacer más eficiente el gasto y la inversión en salud, para evitar duplicidad de gastos e inversiones y para lograr sinergias. Otro ejemplo significativo de esta clase de articulación es el trabajo conjunto entre el sector público y el privado para avanzar hacia la interoperabilidad de las historias clínicas informatizadas que existen en un territorio. Como veremos más adelante, un proceso de este tipo se está llevando a cabo en el Municipio de Tandil.

En quinto lugar, es importante la articulación y colaboración recíproca entre el sistema de salud y las universidades, sociedades científicas y otros centros de desarrollo científico y tecnológico. La implementación de hospitales escuela, los sistemas de residencias y pasantías, las capacitaciones y la formación permanente son algunos ejemplos del carácter estratégico de esta relación virtuosa.

Lamentablemente, en los Municipios es bastante normal que buena parte de estas clases de articulación y coordinación no estén presentes o bien que sean muy deficientes, problemáticas o conflictivas. Un caso típico de problemas de articulación se da cuando coexisten en una ciudad uno o varios hospitales dependientes de la Provincia y centros de atención primaria municipales.

## **5. Problemas relativos a la igualdad**

Todas las personas que residen en la Argentina deberían tener un piso de igualdad en el acceso a los servicios de salud oportunos y de calidad, independientemente del barrio, de la comarca rural, pueblo o ciudad, de la región o provincia en la que vivan, e independientemente del estrato socioeconómico que integren.

En esta dimensión es particularmente importante tener en cuenta la situación de las personas con cobertura pública exclusiva, es decir, aquellas personas que no tienen cobertura por obra social, prepaga o seguro.

Algunos casos problemáticos de relevancia son: las derivaciones requeridas por intervenciones de alta complejidad, en especial las urgentes; los tratamientos con drogas de alto costo; y las personas con enfermedades crónicas que dependen de los programas de nivel provincial o nacional con coberturas deficientes.

Lamentablemente, se observan en nuestro país significativas diferencias en el acceso a servicios de salud de calidad y en los tiempos requeridos. Y estas diferencias ocurren dentro de cada territorio local, entre territorios e incluso entre regiones y provincias.

En el caso de Tandil, existe un fondo municipal creado por Ordenanza denominado Fondo de Ayuda Solidaria, el cual se financia con los aportes de toda la ciudadanía y tiene como destino dar apoyos económicos a las personas con cobertura pública exclusiva que necesiten una intervención de alta complejidad que no pueda prestar un efector público local o de la región en el tiempo requerido, así como también para los casos de adquisiciones de drogas o insumos de alto costo.

A través del FAS, el Municipio ha otorgado desde su creación una enorme cantidad de subsidios dando soluciones a casos muy complejos y/o urgentes. E incluso ha financiado prestaciones e insumos correspondientes a programas provinciales o nacionales (ej. bancos de drogas) cuando estos no dieron respuesta.

Un tema relacionado con los problemas de integración y articulación y también con los de gobernanza es el de las redes de derivación. Aquí, los distintos niveles del estado deben asegurar en materia de salud pública una adecuada integración, coordinación, articulación y colaboración recíproca de manera de asegurar niveles razonables de igualdad en la prestación de servicios de salud independientemente del estrato socioeconómico y del lugar de residencia de las personas, poniendo especial énfasis en los sectores más vulnerables.

La necesidad de establecer redes de derivación en todo el país – lo cual es un problema relativo a la integración y articulación, a la igualdad y a la gobernanza – de

un modo estratégico, coordinado y consensuado, es un asunto fundamental que debe estar en la agenda en materia de salud pública del gobierno en sus tres niveles.

## **6. Problemas relativos a la gobernanza**

Algunos autores han sugerido y analizado un reciente paso del gobierno a la gobernanza (Rhodes, 1997, 2000; Pierre, 2000; Pierre and Peters, 2000; Kjær, 2004; Bevir, 2010; Kennett, 2010; Hambleton, 2007; Mathur and Skelcher, 2007; Cairney, 2012; Hill and Hupe, 2014).

La gobernanza es un concepto algo resbaladizo y ha sido utilizado y definido en una diversidad de formas (Pierre and Peters, 2000: 7; Rhodes, 1997: 46-47; Bevir and Rhodes, 2003: 45-53). No obstante, algunas de sus principales características son una creciente complejidad institucional y fragmentación, una multiplicidad de actores, y unas fronteras difusas entre lo público y lo privado (Stoker, 1998: 19-21).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo definió a la gobernanza como “el ejercicio de autoridad política, económica y administrativa en la gestión de los asuntos de un país en todos los niveles. La gobernanza comprende los complejos mecanismos, procesos e instituciones a través de las cuales los ciudadanos y grupos articulan sus intereses, median sus diferencias y ejercitan sus derechos y obligaciones (PNUD, 1997:5).

El concepto de gobernanza es particularmente pertinente en el caso de la salud. En la prestación de servicios de salud participa normalmente una compleja red de actores públicos y privados, a nivel municipal, provincial y nacional. Los gobiernos nacional, provinciales y municipales; los efectores de la salud pública y los privados; las obras sociales, prepagas y seguros; las asociaciones profesionales; las universidades, centros de investigación y sociedades científicas; son todos actores importantes en la gestión de los servicios de salud.

En este contexto, resulta prioritario por un lado establecer espacios de debate, coordinación y articulación de las competencias, efectores y programas nacionales, provinciales y municipales, de manera que se produzcan sinergias, se minimicen los conflictos y se haga un uso eficaz y eficiente del gasto/inversión en salud.

Por otro lado, resulta conveniente constituir en cada territorio local un espacio de articulación entre todos los actores relevantes relacionados con la salud. Este espacio de trabajo permanente puede contribuir a la construcción de consensos, a establecer una agenda de colaboración recíproca y de desarrollo e implementación de proyectos de interés común.

En Tandil, el gobierno municipal ha convocado a los principales actores relacionados con la prestación de servicios de salud para establecer una agenda común de trabajo. Este espacio se ha denominado Red Salud Tandil. Uno de los primeros proyectos definido como estratégico es el de la definición de un proceso para avanzar hacia la interoperabilidad de las historias clínicas existentes. Dicho proyecto se encuentra bajo la coordinación de la Cámara de Empresas del Polo Tecnológico de Tandil.

Por consiguiente, la gobernanza implica distintas direcciones y capas. De lo local hacia lo nacional y dentro de lo local.

## **7. Problemas relativos a la información**

Los sistemas de salud deben ajustarse y ser funcionales a las necesidades de salud de la población destinataria de sus servicios. Para ello, es crucial contar con información actualizada, completa y de calidad de dicha población. Esto suele ser un problema en muchos Municipios, donde se observa un alto grado de fragmentación, escasa articulación entre los distintos actores relevantes en materia de salud en el territorio, y una diversidad de sistemas de información que no se comunican entre sí.

Resulta muy complejo tomar decisiones estratégicas en un marco de falta de información consolidada, fidedigna y actualizada. Esto implica normalmente una serie de problemas relacionados con gastos innecesarios (ej. duplicación de análisis), falta de identificación adecuada de tendencias sanitarias por áreas, estratos o rangos de edades, entre otros.

La construcción de un sistema local de información sociosanitaria constituye un desafío fundamental para un sistema de salud. En este contexto se inscribe el proyecto de interoperabilidad propuesto por el Municipio de Tandil, a través del cual se busca que las historias clínicas existentes comiencen a hablar el mismo idioma. Los objetivos de esta iniciativa son, entre otros, mejorar la calidad de atención de las personas al brindar mejor información a los/las profesionales intervinientes, y mejorar la información epidemiológica del territorio al consolidar información de los efectores públicos y privados.

Sin perjuicio de lo anterior, debería constituir un objetivo central de los gobiernos de los tres niveles avanzar hacia la interoperabilidad de todas las historias clínicas del país. Bajo esta consigna, el gobierno nacional podría establecer estímulos para que las provincias adhieran a la red nacional con el federador de datos que se establezca, logrando de este modo una mayor integración y articulación.

En la medida en que se logre avanzar a nivel nacional con una iniciativa de este tipo, se podrá mejorar sustancialmente la eficiencia en el gasto y las inversiones, la coordinación de las competencias nacionales, provinciales y municipales, la construcción de información epidemiológica de calidad, y la toma de buenas decisiones estratégicas.

## **8. Problemas relativos a la legislación vigente**

Los ciento treinta y cinco municipios de la provincia de Buenos Aires sufren las consecuencias de la vigencia de uno de los regímenes municipales más retrógrados y obsoletos del país, en contra de las tendencias de los países más desarrollados y en contra de lo establecido en el artículo 123 de la Constitución Nacional a través de la reforma de 1994.

En la provincia de Buenos Aires los Municipios no pueden tener sus cartas orgánicas como ocurre en otras provincias. De hecho, la mayoría de las provincias de nuestro país reconocen la autonomía municipal y admiten el dictado de cartas orgánicas municipales.

Esto significa que en la provincia de Buenos Aires rige el mismo marco normativo para municipios tan distintos diversos como La Matanza, Bahía Blanca, Tandil, Gral. Arrecifes y Pila. Este marco normativo contrario al precepto constitucional implica sin dudas fuertes restricciones para el aprovechamiento del potencial de desarrollo de un municipio como Tandil.

Algunas obligaciones establecidas en la Ley Orgánica de las Municipalidades, el Reglamento de Contabilidad y el RAFAM no serían aplicables si el régimen municipal fuera respetuoso del principio de autonomía municipal, ya que serían atribuciones de los propios Municipios. Por ejemplo, algunas iniciativas municipales que mejoran los sistemas provinciales dispuestos no logran la aprobación del Tribunal de Cuentas de la Provincia.

Otras restricciones importantes están relacionadas con las disposiciones de la Ley Provincial N° 14.656 sobre el personal municipal, los Convenios Colectivos y las Carreras de Profesionales de la Salud.

Estos marcos normativos suelen tener grandes obstáculos para afrontar los desafíos del contexto sanitario actual. Mejorar la productividad, asociar la remuneración no sólo al cumplimiento horario sino también a la productividad, y disponer regímenes laborales más flexibles basados en el cumplimiento de objetivos y metas, son algunos ejemplos de desafíos de difícil consecución en el marco de la actual legislación vigente.

Otros ejemplos de buenas iniciativas obstaculizadas son la asociación público-privada para la compra de medicamentos, insumos y servicios, el diseño e implementación de sistemas informáticos propios alternativos a los oficiales, y la adquisición de préstamos de entidades privadas.

Finalmente, se puede mencionar el problema ya comentado de la fórmula para el establecimiento del CUD que no valora la inversión en promoción y prevención de la salud. Y el problema de que el plazo establecido en la Ley Orgánica de las Municipalidades para la elevación del presupuesto anual de los municipios bonaerenses está desfasado con la fecha en que el Ministerio de Economía de la Provincia informa el marco macrofiscal y las estimaciones de coparticipación y otros fondos provinciales para el año siguiente.

## **9. Algunas propuestas**

A continuación, expondremos sintéticamente algunas propuestas e ideas basándonos en todo lo expuesto y en la experiencia obtenida en el sistema de salud pública de Tandil.

Sin perjuicio del análisis sobre la replicabilidad de una iniciativa o idea de un territorio a otros (*policy transfer* en la bibliografía de políticas públicas en inglés), la idea es que constituyan al menos un aporte para el debate necesario sobre las políticas públicas y las reformas en salud.

### **a. Espacios de integración de la salud pública**

Es conveniente que todas las áreas de la salud pública municipal participen en un espacio permanente de gestión, conformando una especie de gabinete local de salud. Esto favorecerá sin duda una mayor integración, articulación, cooperación, difusión de la información, y la implementación de una perspectiva de sistema. Adicionalmente, es conveniente constituir espacios donde confluyan todos los actores estatales vinculados a la salud en cada territorio, es decir, de las tres jurisdicciones (municipal, provincial y nacional).

### **b. Espacios permanentes de debate en cada territorio**

Los diversos actores de la gobernanza local vinculada a la salud pueden conformar un espacio destinado al debate, la cooperación y articulación, la definición

de proyectos de interés común y la construcción de consensos en general. De este modo, la red de actores presentes en un territorio puede funcionar como un sistema local de salud. En particular, la colaboración recíproca entre el sector público y el sector privado es clave. La Red Salud Tandil es una iniciativa interesante bajo esta perspectiva.

### **c. Espacios permanentes de coordinación política**

Estos espacios permanentes y sistemáticos deberían estar integrados por los responsables políticos que conducen las distintas áreas de los ministerios de salud nacional, provinciales y municipales, según corresponda, y deberían tener agendas consensuadas. Es clave avanzar hacia una mejor coordinación, colaboración recíproca y la construcción de consensos para la consolidación de rumbos y políticas de estado en materia de salud pública.

### **d. Nuevo marco de relacionamiento con IOMA**

Es fundamental que el gobierno de la provincia de Buenos Aires establezca un mecanismo que garantice un trato igualitario en términos de los valores que IOMA paga a los efectores privados y a los dependientes de los Municipios por las mismas prestaciones. Adicionalmente, el gobierno provincial podría evaluar la implementación de un mecanismo relacionado con la transferencia de la Coparticipación que compense los aportes municipales a IOMA y las deudas de IOMA por prestaciones municipales. De este modo, IOMA y los Municipios estarían al día con sus obligaciones.

### **e. Reformas al establecimiento del CUD**

Debe darse un debate profundo entre las autoridades de Economía y Salud, los legisladores provinciales y los Intendentes a fin de modificar la normativa que establece la fórmula de cálculo del Coeficiente Único de Distribución de la Coparticipación Provincial. En particular, es imprescindible que se considere y se evalúe de manera positiva la inversión en prevención y promoción de la salud, al mismo tiempo que se deje de premiar la utilización de camas hospitalarias. En síntesis, las tendencias modernas y los consensos respecto de las buenas prácticas en materia de salud deben contemplarse e incluirse en las normas relativas a la distribución de la coparticipación.

#### **f. Reformas al régimen municipal vigente**

Sea a través de una reforma de la Constitución Provincial y/o de una reforma de la Ley Orgánica de las Municipalidades, es imprescindible que la provincia de Buenos Aires modernice su régimen municipal avanzando hacia el precepto constitucional de la autonomía. Los Municipios necesitan contar con más y mejores herramientas para dar respuestas a la diversidad de problemas y desafíos que enfrentan, y para aprovechar al máximo el potencial de desarrollo. Bajo esta perspectiva, el régimen municipal es un asunto clave.

#### **g. Nuevo marco de relacionamiento con la Superintendencia de Servicios de Salud**

Es fundamental que este organismo nacional vele de manera sistemática por el cumplimiento en tiempo y forma de las obligaciones de las obras sociales sindicales con los hospitales y otros efectores municipales. También es importante la transparencia en la información sobre los expedientes en trámite y las deudas exigibles por prestaciones realizadas y facturadas.

#### **h. Interoperabilidad de las historias clínicas existentes**

Este debería ser un objetivo de los gobiernos de todos los niveles. A través de la interoperabilidad de las historias clínicas existentes, las personas y los profesionales de la salud podrán contar con información de mayor calidad y más completa y actualizada, a fin de garantizar el ejercicio de los derechos y la excelencia en las prestaciones. Por otro lado, garantizar una comunicación entre las historias clínicas implicará que todos los actores cuenten con mejor información, lo que facilitará el diseño e implementación de mejores políticas públicas y mejores procesos para la toma de decisiones.

Una propuesta para considerar sería que el gobierno nacional elabore una historia clínica basada en toda la experiencia nacional e internacional y que establezca incentivos para que las provincias adhieran a ella. Luego, las provincias podrían hacer lo mismo con los gobiernos municipales. Potencialmente, esto podría resultar en que al menos una buena parte de los efectores de la salud dependientes de las tres jurisdicciones del Estado utilizara el mismo sistema.

**i. Opción para los tratamientos con drogas de alto costo y las intervenciones de alta complejidad y/o con insumos de alto costo**

A través de la coordinación de los niveles nacional, provincial y municipal se debe garantizar, en particular para las personas con cobertura pública exclusiva, un programa, mecanismo o fondo mediante el cual se asegure en tiempo y forma la provisión de drogas de alto costo y un sistema de derivaciones para las intervenciones de alta complejidad. Este programa, mecanismo o fondo debe ser el resultado de un consenso entre las jurisdicciones, debe consolidarse como una política de estado y debe ser fuertemente difundido para su conocimiento.

## 10. Referencias bibliográficas

- Bevir, M. (2010) *Democratic Governance*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Bevir, M. and Rhodes, R. A. W. (2003) *Interpreting British Governance*. London: Routledge.
- Cairney, P. (2012) *Understanding Public Policy. Theories and Issues*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Hambleton, R. (2007) New Leadership for Democratic Urban Space, en R. Hambleton and J. Gross (Eds) *Governing Cities in a Global Era: Urban Innovation, Competition, and Democratic Reform*. New York: Palgrave Macmillan.
- Hill, M. and Hupe, P. (2014) *Implementing Public Policy*, third edition. London: SAGE Publication Ltd.
- Kennett, P. (2010) Global perspectives on governance, in S. Osborne (Ed) *The New Public Governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Abingdon: Routledge.
- Kjær, A. (2004) *Governance*. Cambridge: Polity Press.
- Mathur, N. and Skelcher, C. (2007) Evaluating Democratic Performance: Methodologies for Assessing the Relationship between Network Governance and Citizens, *Public Administration Review*, 67, 2, 228-237.
- Pierre, J. (Ed) (2000) *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy*. Oxford: Oxford University Press.
- Pierre, J. and Peters, B. (2000) *Governance, Politics and the State*. Basingstoke: Palgrave.
- Rhodes, R. A. W. (1997) *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Buckingham: Open University Press.
- Rhodes, R. A. W. (2000) Governance and Public Administration, en J. Pierre (Ed) *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy*. Oxford: Oxford University Press.
- Stoker, G. (1998) Governance as theory: five propositions, *International Social Science Journal*, 50, 155, 17-28.
- United Nations Development Programme (1997) *Governance for sustainable human development: A UNDP policy document*. Accessed 20/05/2016. Available: <http://www.pogar.org/publications/other/undp/governance/undppolicydoc97-e.pdf>