

Eficiencia y cobertura del subsistema público de salud. Un análisis para el caso de los hospitales públicos y centros de atención primaria de la Provincia de Mendoza desde una perspectiva de redes sanitarias.

Luis Federico Gimenez y Daniel Maceira.

Cita:

Luis Federico Gimenez y Daniel Maceira (2019). *Eficiencia y cobertura del subsistema público de salud. Un análisis para el caso de los hospitales públicos y centros de atención primaria de la Provincia de Mendoza desde una perspectiva de redes sanitarias. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/520>

Eficiencia y cobertura del subsistema público de salud. Un análisis para el caso de los hospitales públicos y centros de atención primaria de la Provincia de Mendoza desde una perspectiva de redes sanitarias¹

Federico Giménez y Daniel Maceira

Eje temático: 5. Estado y políticas públicas.

Mesa N° 88: “Políticas, proyectos y acciones en Salud”

Institución de pertenencia: Universidad Nacional de Cuyo - Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Ciencias Económicas / CEDES - UBA - CONICET.

Correo electrónico: fdg2993@gmail.com; danielmaceira@cedes.org

Se analiza el desempeño de los hospitales públicos, centros de atención primaria (CAPS) de la provincia de Mendoza desde una perspectiva de redes sanitarias.

A través del uso de trazadores de gestión hospitalaria se indaga en qué medida las actividades (asistenciales - apoyo) son llevadas a cabo, lo que repercute en la eficacia relativa en el uso de recursos e influye sobre el aseguramiento de prestaciones de salud a la población.

Para lo cual se estudian aspectos de proceso y de resultados del desempeño sanitario público provincial, en base a relevamientos cuanti-cualitativos. Entre los primeros se evalúa uso de recursos (asignación presupuestaria, cobranza y eficiencia en compras). Entre los factores de resultados se evalúa la evolución/performance por tipo de consultas.

El marco teórico utilizado recurre a la economía de la salud para indagar sobre los fundamentos que gobiernan los comportamientos en cuanto a oferta y demanda de servicios sanitarios (teoría de la agencia y de problemas de información).

Del estudio de las referidas variables y de los resultados obtenidos (aún provisorios) se intenta elaborar un mapa de desempeño para aproximar el comportamiento asistencial hospitalario y CAPS, bajo una perspectiva de redes sanitarias que contemple dimensiones territorial y demográfica de Mendoza.

Palabras clave: hospitales públicos, redes sanitarias, eficiencia, Mendoza.

¹ El presente es una versión resumida y actualizada del proyecto de tesis doctoral “*Eficiencia y cobertura del subsistema público de salud. Un análisis para el caso de los hospitales públicos y centros de atención primaria de la Provincia de Mendoza*” (FCPyS-UNCuyo), realizado por Federico Giménez y dirigido por Daniel Maceira.

INTRODUCCIÓN

El trabajo tiene como objetivo general estudiar algunos aspectos del desempeño de los hospitales públicos y centros de atención primaria de salud (CAPS) de la provincia de Mendoza en lo relativo a aspectos de eficiencia, cobertura y accesibilidad (equidad), bajo un enfoque de redes sanitarias.

En la literatura especializada² se entiende por red sanitaria a un conjunto de servicios de salud que, de forma organizada y sincronizada, atiendan las demandas sanitarias de una población objetivo, de acuerdo con patrones de calidad satisfactorios y a un mínimo costo.

Según se explica Maceira *et al* (2014)³: “*La estructura de operación de las redes de atención sanitaria constituye un tema clave para conocer el funcionamiento sectorial, en tanto brinda información sobre la eficiencia en la asignación de recursos al interior del sistema como así también sobre la equidad en el acceso eficaz al mismo*”. En consecuencia, los autores prosiguen: “*Analizar los determinantes de la calidad de los servicios sanitarios en las redes hospitalarias públicas desde una mirada sistémica, requiere de un abordaje múltiple, que considere tanto las estructuras normativas y administrativas, como la gestión de los recursos y la operatoria de los servicios*”.

Por lo tanto, y en función de lo explicado, se encuentra motivación suficiente para estudiar al sistema de salud bajo enfoque de red sanitaria. Los supuestos que motivan el desarrollo de la investigación tienen que ver con algunas hipótesis acerca de déficits en el funcionamiento de los sistemas sanitarios –en especial hospitales públicos y CAPS de jurisdicciones sub-nacionales de Argentina– que es probable que puedan replicarse para el caso de la provincia de Mendoza.

Algunos trabajos empíricos sobre hospitales públicos han llegado a denominar a dichas fallas o déficits como “ineficiencias” o incluso como “actos de corrupción hospitalaria” (Giedion *et al*, 2001). El trabajo supone que las referidas fallas también afectan el desempeño en términos de cobertura del sistema de hospitales públicos (o acceso a las prestaciones de salud por parte de la población objetivo).

² Por ejemplo, en los foros especializados hay consenso en la prioridad de contar con servicios de salud organizados en niveles de atención y que desarrollen sistemas de referencia y contra-referencia, (OPS, “*Consulta regional sobre la renovación de la atención primaria de la salud en las Américas*”. Montevideo, Uruguay, 2005: disponible: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/aps_agenda.htm.

³ “*Capacidad Resolutiva y Desempeño de Redes hospitalarias en Líneas de cuidado prevalentes. El caso del Hospital Posadas y su Área de Influencia en la Zona Oeste de la Provincia de Buenos Aires*”. Convenio de colaboración Min. Salud Nación y Min. Salud Prov. de Bs. As., febrero 2014. Disponible en www.danielmaceira.com.ar Consultado: 24/04/2019; pp. 2/3.

I. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA: CARACTERÍSTICAS Y ASPECTOS TEÓRICOS

El sector de salud pública presenta características que tornan compleja su auditoría y control. Entre los problemas típicos se mencionan la existencia de relaciones de agencia con asimetría de información.

Básicamente, los problemas de información y de agencia implican una relación entre dos partes (médico-paciente, asegurador-prestador, etc.) que disponen información asimétrica. Dicha situación suele favorecer al que posee mejor información en desmedro del peor informado (Maceira *et al*, 2011).

Entre los problemas de agencia verificados en el subsector hospitalario público la literatura distingue la configuración de distintos agentes y principales que implican la conformación de escenarios de información desigual o asimétrica (Maceira *et al*, 2011).

Cuando dicha situación ocurre en un sector de alta sensibilidad como el sanitario público se justifica la intervención estatal para reducir las desigualdades que puedan resultar dañinas a una de las partes (pacientes, Estado, aseguradores, hospitales, etc.), en provecho de la otra parte.

La literatura expone diversas herramientas de políticas que, en contextos de agencia, pueden aplicarse al sector hospitalario público con el fin de revertir o disminuir efectos negativos en el desempeño.

Entre dichas herramientas cabe resaltar, en primer lugar, el diseño de mecanismos de pago y, en segundo término el diseño de instrumentos de M&E (Maceira *et al*, 2011).

El presente estudio se inscribe dentro de las opiniones que afirman la importancia de los organismos de fiscalización externa (auditorías generales, tribunales de cuentas, etc.) a contribuir para implementar políticas de M&E que mejoren incentivos y el funcionamiento del sector público (Canievsky, 2007).

II.1 El sector de salud en un sistema federal de gobierno

Hay consenso en que la organización federal del gobierno argentino favorece a sus provincias en cuanto a grado de autonomía en la provisión de servicios básicos y, entre ellos, servicios de salud (Centrángolo *et al*, 2007).

Sin embargo conviene advertir que ello también trae consigo algunos problemas en términos de fragmentación, heterogeneidad y baja equidad del sistema sanitario en su conjunto (Maceira *et al*, 2011).

Ello es porque muchas veces la falta de coordinación puede provocar ausencias o superposiciones entre programas y servicios asistenciales, inclusive fallas de coordinación entre programas y servicios provenientes de distintas órbitas estatales.

II.2 La provincia de Mendoza: características socio-demográficas y de acceso al sistema sanitario

La provincia de Mendoza se ubica en la región de Cuyo y su capital es la ciudad homónima de Mendoza. La superficie de 148.827 km² dividida en 18 departamentos la ubica en la séptima provincia más extensa del país. El censo nacional 2010 estableció una población de 1.741.610 habitantes, lo cual la convierte en la quinta provincia con un peso del 4,34% sobre el total nacional.

El Cuadro 1 muestra la heterogeneidad por departamentos en cuanto a características territoriales y demográficas de la provincia de Mendoza.

Cuadro 1: Provincia de Mendoza. Población, superficie y densidad por departamento. Año 2010

Departamento	Total de población (Habit.)	Superficie (km ²)	Densidad (hab./km ²)
Godoy Cruz	189.578	75	2.527,7
Capital	114.822	54	2.126,3
Guaymallén	280.880	164	1.712,7
Maipú	172.861	617	280,2
Junín	37.807	263	143,8
San Martín	118.561	1.504	78,8
Rivadavia	56.269	2.141	26,3
Luján de Cuyo	124.418	4.847	25,7
Las Heras	203.507	8.955	22,7
Tunuyán	49.132	3.317	14,8
Tupungato	32.865	2.485	13,2
San Rafael	191.323	31.235	6,1
Lavalle	35.895	10.212	3,5
General Alvear	46.156	14.448	3,2
San Carlos	32.683	11.578	2,8
Santa Rosa	16.099	8.510	1,9
La Paz	9.867	7.105	1,4
Malargüe	28.887	41.317	0,7
Total / Promedio	1.741.610	148.827	11,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de INDEC y del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010).

La provincia de Mendoza es una de las jurisdicciones argentinas con mayor desarrollo relativo. Durante el período 1993-2003 fue una de las ocho jurisdicciones provinciales con crecimiento del PBG per cápita (Cetrángolo *et al*, 2007).

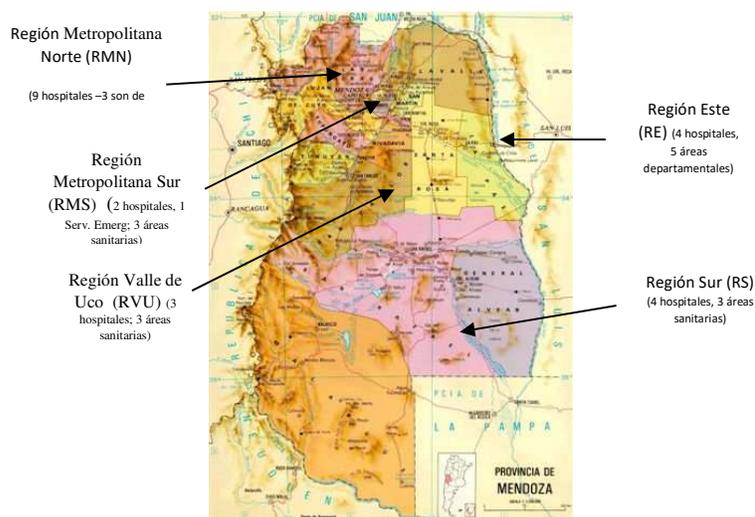
En términos generales es considerada como una de las provincias más modernas institucionalmente, además presenta buenos indicadores sociales y económicos en relación a las demás provincias.

Diversos estudios muestran reducción de las tasas de población debajo de la línea de pobreza y de desocupación, para el período 2003 /2007, ambas disminuciones por debajo de la media nacional.

Mendoza también revela mejoras en la tasa de mortalidad infantil (TMI). Durante el período 1997-2006 logró ubicarse en niveles inferiores a la media nacional⁴.

En materia sanitaria pública, la provincia se encuentra dividida en cinco regiones sanitarias, metropolitana norte y sur, Este, Valle de Uco y Sur que atienden a ciertas características territoriales y demográficas, tal cual presenta el Esquema 1.

Esquema 1: La provincia de Mendoza: división política y regiones sanitarias



Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza (Dto. 1448/2002).

En cuanto a la tasa de cobertura de salud, la población de la provincia de Mendoza es una de las que posee mayor cobertura de seguros de salud, ubicándose en torno al 64%, ante un promedio nacional del 60% (Cetrángolo *et al*, 2007)⁵.

⁴ Vega, Andrea *et al* (2006) en “Análisis de la Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en los Departamentos de Argentina. 1994-2003”. Salud Colectiva 2(3): 237-247, Sep-Dic, Buenos Aires (2006), pp. 242, destacan a la provincia de Mendoza como aquella con mayor reducción de TMI para el período 1994-2003.

II. MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA

El marco teórico del trabajo está dado por la teoría de la agencia (o “modelo principal-agente”) aplicado al campo de la salud pública (Akerlof *et al*, 2001) complementado con teorías que se ocupan del desempeño del sector público (Musgrave, 1992; Oszlak, 2003 y O’Donnell, 2004, entre otros) y del cambio institucional (North, 1990).

La teoría de la agencia ayuda a explicar comportamientos observables (o procesos de toma de decisiones) entre distintos actores (personas o instituciones) en entornos con información asimétrica. El acceso a información desigual, entre otras factores, otorga a dichos actores distintos poderes de negociación (Maceira y Murillo, 2001).

La teoría de la agencia postula que una persona (o institución) llamada “agente” es encomendada por otra (“principal”) para realizar una tarea o cumplir un objetivo. El problema suscita cuando el agente se aparta de lo pactado inicialmente y obra en beneficio propio, generalmente en desmedro del principal (Maceira *et al*, 2011). En salud pública existen varias relaciones de agencia, entre ellas, pueden distinguirse en forma no taxativa: médico-paciente; hospital-médico; ministerio-hospital y asegurador-médico (Maceira *et al*, 2011).

Como se evidencia, el principal problema descrito por la teoría de la agencia es que con frecuencia los objetivos previamente pactados en un contrato entre el principal y el agente suelen desalinearse. Por ello, la teoría de la agencia se complementa con teoría de los contratos y teoría de los derechos de propiedad (Coase, 1937), como explican algunos autores (Maceira *et al*, 2011).

La teoría también proporciona –o sugiere– algunas medidas remediales para eliminar, reducir o mitigar dichos problemas de desalineación de objetivos. Entre ellas –y como aplicables al presente trabajo de tesis– se mencionan: diseño de mecanismos de pago adecuados a prestadores de salud y diseño de mecanismos de monitoreo, evaluación, auditoría y control (M&E) (Maceira *et al*, 2011; Canievsky, 2007).

Al enfocarse en el desempeño en cuanto a eficiencia y cobertura de hospitales públicos (o prestaciones sanitarias realizadas bajo la órbita del sector público), el sustento teórico necesariamente deberá incluir aspectos del funcionamiento de los mecanismos de asignación presupuestaria y características que explican el desempeño sanitario.

⁵ La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) al considerar aglomerados urbanos excluye en alto grado a la ruralidad, la cual se encuentra con menor grado de cobertura. Por ello los datos sobre cobertura de salud recolectada por censos (2001, 2010), al considerar también a la población rural, arrojan cifras que demuestran menor cobertura en el total de la población.

La metodología de trabajo implica centrarse en evidencias sobre aspectos de eficiencia y cobertura del subsistema de hospitales públicos y CAPS de la provincia de Mendoza, las cuales basadas en el marco teórico ya explicado serán obtenidas en función de la aplicación de una combinación de enfoques de investigación cuantitativa y cualitativa.

Así, las preguntas que sustentan la motivación de la investigación podrían ser planteadas de la siguiente forma: “¿Qué grado de eficiencia presenta el sistema de hospitales públicos y CAPS de la provincia de Mendoza?”, “¿Qué grado de cobertura, acceso o equidad posee el sistema”, “¿Cómo reaccionarían los actores del sistema sanitario público provincial al evidenciar cierta información de desempeño? ¿Cómo evolucionó el sistema de salud en los últimos años, en los aspectos analizados?

Con la intención de recabar la información y datos que satisfagan las preguntas y objetivos planteadas por la investigación, entre ellos los de medir aspectos relativos a eficiencia, cobertura y accesibilidad (equidad), a partir de ciertos indicadores que aproximen o variables “*proxy*”, se pretende que el estudio adopte una estrategia metodológica de corte básicamente cuantitativa complementada con información cualitativa proveniente de entrevistas y encuestas.

III. ALGUNOS RESULTADOS PROVISORIOS

Como se indicó al comienzo, el presente estudio es parte del proyecto de tesis doctoral en curso y, a su vez, es continuación de un estudio preliminar titulado “*Auditoría gubernamental de hospitales públicos. Un análisis para el caso de la provincia de Mendoza*”⁶.

Como síntesis de los resultados de dicho trabajo se destaca que los hospitales públicos de Mendoza se desempeñan con cierta variabilidad (o heterogeneidad) en los aspectos analizados.

En general para el período 2002/ 2011 (el cual puede denominarse “momento 1”) los niveles de facturación mejoraron a medida que aumenta la complejidad hospitalaria y se verificaron hospitales de referencia con bajos niveles de cobranza.

La cobranza aumentó para hospitales de crónicos y CAPS de menor complejidad, instituciones con relativamente más altos niveles de recursos de la seguridad social capitados.

Respecto a la gestión de compras de insumos hospitalarios, se verificó que el conjunto de hospitales descentralizados adquieren medicamentos a precios similares a los que logra negociar el ministerio de salud de la provincia (MSP).

⁶ Tesis de maestría en auditoría gubernamental, Giménez, Luis Federico; Escuela de Política y Gobierno - UNSAM; diciembre de 2015, disponible en www.unsam.gov.ar.

En general, se observa que los hospitales adquieren insumos a menores precios unitarios, a medida que aumenta el volumen de cada operación. Ello cual orienta las recomendaciones hacia la centralización/coordiación de los procesos de adquisiciones de medicamentos e insumos hospitalarios con el fin de obtener condiciones de precios más favorables.

Complementariamente, el proyecto de tesis doctoral actualmente en curso no solo busca contrastar los datos del período 2011/2012, o “momento 1”, arriba comentados⁷ con datos de períodos más actuales como los años 2016/17, o “momento 2”, sino también que se intentará incorporar –a través de relevamientos cuali-cuantitativos– variables de resultado sanitario (o aspectos “asistenciales”), entre las que se citan las siguientes: consultas externas per cápita; consultas de guardia; consultas de embarazadas y materno infantil, consultas preventivas y consultas a especialista (programadas), todo ello discriminando la evolución entre hospitales y CAPS y bajo un marco de análisis de evolución temporal entre 2011/12 y 2016/17.

Cabe aclarar que la performance de la red sanitaria pública provincial se analizará primeramente, a través de los desempeños de las unidades de atención: hospitales y CAPS. Posteriormente, dichos resultados serán agregados a nivel de departamento y a nivel de región sanitaria. Finalmente, se convergerá hacia totales para la provincia de Mendoza, para cada una de las variables analizadas y discriminando entre unidades de mayor y menor complejidad de atención.

A continuación el Cuadro N°2 expone algunos resultados provisorios de variables estudiadas que muestran la evolución del desempeño para el total provincial:

⁷ -información predominantemente de carácter cuantitativo y relacionada con procesos de gestión administrativa-

Cuadro N°2

Variable analizada (*)	Evolución "Momento 1" (Años 2011/12) y "Momento 2" (2016/17)
Evolución gasto ejecutado (Hosp y CAPS) 2011 y 2017	40,0%
Relación Facturación/Gasto presupuestario	-24,8%
Relación Cobranza/Facturación	3,7%
N° Consultas externas per cápita	-6,0%
N° consultas guardia CAPS / N° consultas guardia (hosp y CAPS)	25,3%
N° consultas materno infantil - CAPS	2,2%
N° consultas embarazadas - CAPS	9,3%
N° consultas externas - CAPS	0,8%
Relación N° consultas externa guardia / N° Tot cons externa	17,4%
N° consultas especialistas y programadas (hospitales)	-14,5%
N° consultas de guardia (hospitales)	-2,0%

Fuente: elaboración propia en base a relevamientos al sistema de información contable provincial (SIDICO) e Infosalud.

(*): Datos provisorios sujetos a revisión

Sin entrar en demasiados detalles, del cuadro anterior se ve una evolución o cambio en el período para los aspectos estudiados, los cuales pueden tener connotaciones favorables (mejora) o desfavorables (empeoramiento) desde una perspectiva de análisis de eficiencia de red sanitaria.

Por ejemplo el gasto asignado a salud (para el conjunto de hospitales y CAPS de la provincia) en moneda constante o en términos reales, es decir ajustado por inflación, aumentó en un 40% en el período. Lo cual puede ser visto como positivo si dicho aumento puede interpretarse como una priorización de políticas hacia una mayor reasignación de recursos públicos a la salud (y obviamente, suponiendo un uso eficiente y racional de dichas mayores asignaciones presupuestarias).

Por el contrario la facturación de los hospitales y CAPS a la seguridad social en el período analizada disminuyó en un 25% y el recupero (o cobranza) de dicha facturación aumentó levemente (3,7%).

Como aspectos destacables respecto a aspectos o variables asistenciales cabe resaltar que en el período la cantidad de consultas externas en CAPS registraron un leve aumento de 0,8%, las consultas de guardia de los CAPS aumentaron en 25% (respecto al total de consultas de guardia en

hospitales y CAPS), lo cual sería un indicador de evolución favorable desde el punto de vista de eficiencia de la red sanitaria.

Las consultas materno infantil y embarazadas realizadas en CAPS aumentaron, 2,2% y 9,3% respectivamente lo cual sería favorable para la red sanitaria, en la medida que ello implique desconcentrar la atención desde los hospitales de referencia o de mayor complejidad hacia CAPS, instituciones preparadas para satisfacer los casos de atención de menor complejidad.

Llama la atención el resultado de -14,5%, es decir la reducción verificada en atender consultas programadas a especialistas. En principio, dicho resultado daría cuenta de menor capacidad del sistema público de responder a consultas de mayor complejidad.

Como ya se advirtió, mayor nivel de desagregación de los resultados, es decir a nivel de departamento y región sanitaria, están en proceso en el momento de la redacción del presente resumen y serán discutidos oportunamente.

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES PRELIMINARES

El proceso de obtención, tratamiento y tabulación de información de carácter cuali-cuantitativo sustento del trabajo de tesis doctoral –del cual, a su vez, se desprende el presente documento– se halla actualmente en curso.

Es así que, las entrevistas y procesamiento de la información cuantitativa –tanto la de gestión administrativa como también la de carácter médico-asistencial– tal que facilite el contraste y comparación con lo sucedido entre los períodos 2011/12 (momento 1) y 2016/17 (momento 2), se encuentran en proceso.

En general, las recomendaciones de facturación y cobranza que oportunamente se realizaron apuntaron a fortalecer los esquemas de monitoreo y evaluación (M&E) en las instituciones (hospitales y CAPS) de mayor complejidad, debido principalmente a una probable mayor incidencia de pérdida de recursos propios en instituciones de mayor capacidad operativa.

A partir del proceso de obtención y actualización de información se espera facilitar la descripción del estado de situación de la red de salud pública provincial. También se aguarda vislumbrar la evolución de los hospitales y CAPS en cuanto a gestión de sus recursos propios y en cuanto a aspectos varios relacionados a eficiencia asistencial.

Respecto al análisis de compras de insumos hospitalarios, a modo de síntesis, la evidencia recolectada demostró, en primer lugar, que los hospitales adquieren insumos en condiciones

comerciales similares a las que logra el MSP. Como segunda conclusión se verificó que menores precios de adquisición de insumos hospitalarios se vinculan con mayores volúmenes de compras de dichos insumos.

En general, y en línea con antecedentes de trabajos previos sobre la materia, los resultados demostraron que la reducción de los costos de compra de insumos se vinculan con mayores volúmenes de compras, resultando relevante la implementación de adecuados esquemas de monitoreo y evaluación (M&E) sobre los procesos de contrataciones públicas.

El desafío que resta al estudio doctoral en curso es obtener un estado de situación del sistema de salud público provincial –en especial de los efectores que lo constituyen, esto es: hospitales y CAPS– en cuanto a su evolución en términos de funcionamiento como red sanitaria eficiente, y en base a la metodología y relevamientos ya explicados.

REFERENCIAS

Alcázar, Lorena et al. “Transparencia y rendición de cuentas en hospitales públicos: el caso peruano”. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo R-383. Washington. Agosto (1999).

Akerlof, G. y Yellen, J. *Efficiency Wage Models of the Labor Market*, Cambridge University Press (1990).

Arozamena, L y Weinschelbaum, F. “Compras públicas. Aspectos conceptuales y buenas prácticas”. Documento de trabajo N° 1 Programa ICT4CP. Universidad Nacional de Gral. San Martín. Buenos Aires. Mayo (2010).

Canievsky, C. (2007) “Diagnóstico de los sistemas gubernamentales de monitoreo y evaluación en Argentina”. CLAD y Banco Mundial. Caracas.

Cetrángolo, O *et al.* “Recursos humanos en los hospitales públicos y centros de atención primaria de la Provincia de Mendoza. Diagnóstico y Recomendaciones de política”. Convenio de asistencia técnica entre la oficina de CEPAL en Buenos Aires y la Provincia de Mendoza. Bs. As, (2007).

Coase, R. “The Nature of the Firm”. *Economica* (Blackwell Publishing) 4 (16): 386–405. Chicago (1937).

Giedion, U. *et al.* “Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales

públicos: El caso de Bogotá, Distrito Capital, Colombia”. Documento de Trabajo R-426. BID, Washington (2001).

Jaén, M. y Paravisini, D. “Diseño institucional, estructura de incentivos y corrupción en hospitales públicos en Venezuela”. Documento de Trabajo R-380.BID. Washington (1999).

Maceira, D. (Coord.) *et al.* “Sistema de salud locales: análisis sobre la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. 1º Ed. Buenos Aires (2011).

Maceira, D. (Coord.). Capacidad Resolutiva y Desempeño de Redes Hospitalarias en Líneas de Cuidado Prevalentes. El Caso del Hospital Posadas y su Área de Influencia en la Zona Oeste de la Provincia de Buenos Aires. Febrero (2017). Disponible en www.danielmaceira.com.ar Consultado 15/06/2018.

Maceira, D. y Murillo, V. "Social Sectors Reform in Latin America and the Role of Unions.", Banco Interamericano de Desarrollo, Research Department, Working Paper Series N.456 (2001).

North, D. “Institutions, Institutional Change and Economic Performance”. New York. Cambridge University Press. (1990).

O’Donnell, G. “Accountability horizontal: la institucionalización legal de la desconfianza política”. Revista Española de Ciencia Política. Núm. 11, pp. 11-31. Octubre (2004).

OPS, “Consulta regional sobre la renovación de la atención primaria de la salud en las Américas”. Montevideo, Uruguay (2005): http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/aps_agenda.htm consultado: 10/03/2019.

Oszlak, O. “¿Responsabilización o responsabilidad: el sujeto y el objeto de un estado responsable”. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, 28-31 Octubre (2003).

Schargrotsky, E., Mera, J. y Weinschelbaum, F. “Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos de América Latina: El caso de Argentina”. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo R-382. Washington, Febrero (2000).

Vega, A., Torcida, S. y Velázquez, G. “Análisis de la Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en los Departamentos de Argentina. 1994-2003”. Salud Colectiva 2(3): 237-247, Sep-Dic, Buenos Aires (2006).