

Ponencia preparada para las Jornadas: La Sociología frente a los nuevos paradigmas en la construcción social y política. Mendoza, Argentina y América Latina en el despunte del siglo XXI. Interrogantes y Desafíos. Mendoza. Mayo de 2013.

Mesa 31: “La práctica de la evaluación en torno a las Políticas Sociales: dilemas y certezas en el contexto actual”

**Ciudadanía, universalidad y diferencia en políticas de salud que procuran la equidad:
una revisión de evaluaciones de experiencias de descentralización sanitaria en América
Latina.**

Cecilia Molina

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNCuyo

cmolina@uncu.edu.ar

Introducción

Avanzar en la universalización del acceso a los servicios de salud contemplando las especificidades de las poblaciones a los que esos servicios se dirigen son valores presentes en las propuestas de descentralización sanitaria, con independencia de los contextos en que estas emergen.

Desde mediados del siglo pasado, pero con mayor énfasis en las tres últimas décadas, la descentralización –entendida como traspaso de poder desde los niveles centrales a los más periféricos del sistema de salud– es promovida en nombre de sus potencialidades para incrementar la equidad y la participación de las comunidades. No obstante, evaluaciones de experiencias descentralizadoras dan cuenta del mantenimiento y la profundización de situaciones de inequidad así como del riesgo de que, en pos de respetar las particularidades locales, la categoría universalidad pierda fuerza.

Sugerimos que las formas como se enfrenta (y resuelve) la tensión equidad-diferencia a la que alude Adrián Gurza Lavalle (2003) es un aspecto central en la evaluación de políticas de salud que, como la descentralización, aspiran a construir ciudadanía. Esto implica llevar a un segundo plano el énfasis en las cuestiones técnicas y procedimentales, frecuente en el sector, y distanciándose de la tendencia a “despolitizar lo sanitario” (Tobar, 2010; Cohn, 2009), analizar los modos de lograr mejores resultados sanitarios y acceso a los servicios de salud en términos de concreción de derechos.

Con esta inquietud, se revisaron escritos que evalúan experiencias recientes de descentralización sanitaria en América Latina. Se recuperan los valores e ideas que justifican esos procesos y se los contrasta con algunos resultados. A partir de la lectura, se comparten reflexiones en torno al desafío de ligar salud y ciudadanía, universalidad y diferencia.

Equidad, diferencia y construcción de ciudadanía en los fundamentos de propuestas de descentralización sanitaria

Distintas expresiones de descentralización, en el contexto de las reformas sanitarias ocurridas en Occidente de las tres últimas décadas,¹ han sido y son defendidas en nombre de sus potencialidades democratizadoras y su énfasis en la búsqueda de equidad y eficiencia.

Se sostiene que la transferencia de decisiones y de recursos desde niveles centrales a niveles periféricos de los servicios de salud² favorece la participación ciudadana y permite construir respuestas pertinentes y receptivas a las necesidades de los colectivos y, por lo tanto, respuestas más efectivas.

En América Latina, las propuestas se relacionan también con la inquietud por democratizar las sociedades, profundamente marcadas por regímenes dictatoriales. Se espera que una gestión más flexible, con participación de la comunidad, permita ajustar servicios a necesidades locales (Antonio Ugalde y Nuria Homedes, 2002).

La idea de respeto por las “identidades restringidas”, central en la postura que, de acuerdo con Lavallo (2003), defiende los avances en la política de las diferencias frente a los posibles “excesos” del universalismo, está presente, de alguna manera, en buena parte de la literatura pro descentralización.

Otro argumento frecuente en defensa de este tipo de estrategia es que facilita el empoderamiento de las comunidades locales y de los trabajadores del sector salud, porque al

¹ Si bien la década de los 90 es señalada como el momento en que se enfatizan las propuestas de descentralización en salud y los valores de eficiencia, participación comunitaria, programas locales que las acompañan, esos mismos términos ya fueron utilizados a mediados de siglo pasado para impulsar transformaciones en la organización sanitaria. Para sostener esta afirmación, Iriart, Merhy y Waitzkin (2000) recuperan un informe sobre la situación de la organización sanitaria de la Argentina, realizado en 1957 por expertos de la Organización Panamericana de la Salud, en el que se recomienda al gobierno reestructurar el sistema de salud a partir de un proceso de descentralización que les permita a los poderes locales asumir responsabilidades en la conducción de los programas y los establecimientos asistenciales, y abrirlos a la participación de la comunidad.

² Nos referimos aquí a distintos tipos de descentralización, como regionalización, municipalización, desconcentración, devolución de servicios médicos y autonomía hospitalaria. No consideramos la privatización de servicios de salud públicos como una forma de descentralización, si bien algunos autores la incorporan a sus tipologías.

acercar las decisiones y los recursos, unos y otros pueden involucrarse más activamente en cuestiones que, de otro modo, son definidas por los poderes centrales del gobierno.

En el discurso descentralizador en salud está presente la preeminencia de la comunidad heterogénea, plural, que interconecta individuos y familias dentro de ensamblajes culturales, de identidades y lealtades que compiten entre sí, como foco privilegiado de la gubernamentalidad contemporánea, en remplazo de lo social, como plantea Nikolas Rose (2007).³

Estos enunciados no se limitan a lo sectorial. La posibilidad de aumentar las libertades e involucrar a individuos, grupos y comunidades en la solución de sus problemas, la desburocratización y democratización de las organizaciones del Estado en sus relaciones con la sociedad civil han sido alegatos recurrentes de los organismos internacionales de asistencia técnica y financiera para promover la descentralización en diferentes áreas de política social en América Latina.

Una declaración del Centro Latinoamericano de Administración para el desarrollo (CLAD), de 1998, corrobora la fuerza del discurso pro descentralizador en los noventa en diferentes ámbitos de intervención estatal. Para el CLAD, “la descentralización de la ejecución de los servicios públicos es esencial en el camino a la modernización gerencial de los estados latinoamericanos. Con ella se busca ganar en eficiencia, efectividad y aumentar la fiscalización y control de los ciudadanos sobre las políticas públicas”.

El CLAD considera que para cumplir esos objetivos es estratégico el papel de los gobiernos centrales, en tanto ellos son los responsables de garantizar la equidad frente a los grandes desequilibrios regionales. “La democratización de las relaciones poder público-ciudadanía solo podrá realizarse si se modifican las relaciones entre la clase política, la burocracia y la sociedad civil en el plano local, y tan importante como definir qué hace cada nivel de gobierno es establecer los mecanismos de cooperación entre ellos” (CLAD, 1998, en Acuña, C. (comp.), 2007, p. 412-413).

³ En un escrito en el que se refiere a las nuevas configuraciones de gobierno, Nikolas Rose (2007) señala que estamos frente a una suerte de des-socialización del gobierno y advierte que el foco de la política está puesto en la comunidad. “Estaríamos ante la emergencia de una nueva gubernamentalidad y de un desplazamiento al interior del conocimiento en sí a partir del cual el objeto ‘sociedad’ en el sentido que se le comenzó a acordar en el siglo XIX (la suma de los lazos y las relaciones entre los individuos y los acontecimientos económicos, morales y políticos, dentro de un territorio más o menos gobernado por sus propias leyes), también ha comenzado a perder su auto-evidencia”. Rose entiende la gubernamentalidad, con Michel Foucault, como las deliberaciones, las estrategias, las tácticas y los dispositivos utilizados por las autoridades para crear y actuar sobre la población y sus componentes (Rose, 2007, p. 113).

Más allá de este tipo de advertencia, buena parte de las experiencias descentralizadoras en salud recientes en Latinoamérica han eludido las complejidades políticas propias del sector y los múltiples intereses que lo atraviesan.⁴ Revisten un carácter instrumental que desatiende las particularidades histórico-políticas de los contextos en que son aplicadas.

En un trabajo que analizó los cambios sectoriales en los países subdesarrollados, de la mano del ajuste estructural en la primera parte de los 90, Gill Walt y Lucy Wilson (1994) sostienen que quienes abogaban por las reformas políticas tendían a percibir las como técnicas y que, si bien hay consenso en cierta necesidad de reforma, no se tuvieron en cuenta factores importantes, como las diferencias en culturas e instituciones políticas, la influencia de las ideologías o escuelas de pensamiento y las tradiciones históricas de los países.

La brasileña Celia Almeida (2002, 2000) señaló que las reformas sectoriales que se iniciaron a fines de los 80 –entre las cuales destaca la descentralización– tienen raíces en la dinámica de la crisis y en un cambio global más amplio, pero se inscriben en un movimiento que intenta revertir y reformular los valores y principios que orientaron la política de salud y la organización de sistemas de servicios en el siglo pasado. En su opinión, fenómenos como la democratización política del continente, las transformaciones de la economía mundial, las opciones domésticas frente a la globalización, las crisis fiscales del Estado, el aumento de las desigualdades entre los grupos sociales, el rescate de la deuda social acumulada, la ineficiencia y poca efectividad de las acciones en el sector salud, así como la inflación de costos en la asistencia médica, son factores que influyeron en las reformas en salud en general, aun cuando cada país pueda haber hecho una traducción específica de las agendas de cambio.

A tono con Almeida, el argentino Federico Tobar sostiene que los gobiernos latinoamericanos “prácticamente no encontraron escapatoria a la tendencia centrífuga, si bien

⁴ *En otros contextos también se advierte una subestimación de los conflictos de poder que se imbrican con la reasignación de funciones y toma de decisiones en salud. Una conclusión convergente en publicación correspondiente a la primavera 2011 de The Health Policy (publicación del Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies), donde se revisan las paradojas de los procesos de descentralización sanitaria en el Reino Unido, España y Noruega, es que el poder político en sus distintas expresiones –gobiernos centrales, gobiernos locales, parlamentos, organizaciones de intereses médicos– es clave en los procesos de descentralización sanitaria. Por ello, resulta una simplificación considerar esas estrategias solo en sus aspectos técnicos y procedimentales. Scott Greer, docente de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, advierte en ese texto que “la (re)asignación de autoridad no es nunca un proceso tecnocrático”, mientras que el director de la European Health Management Association, Jeni Bremner, manifiesta que “la ferocidad de algunos de los argumentos a favor y en contra de la descentralización pone de relieve el carácter político de las decisiones”.*

en todos los casos hallaron la forma de imprimirle rasgos propios a los procesos” (2006, p. 66).

Para Tobar, la “epidemia descentralizadora” desplegada en los 90 se inscribe en un cambio en la concepción de salud como bien público y en el rol del Estado como garante de ese bien. “La salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir” (2006, p. 67).

Esta reconceptualización provocó el abandono de los lineamientos que, a partir de la conferencia de Alma Ata, inspiraron la extensión de servicios a los grupos más vulnerables. “El modelo aprobado en 1978, basado en principios de solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios de salud, de eficacia en función del costo (mediante la promoción de los servicios de atención primaria y de prevención) y en la participación comunitaria fue incipientemente abortado por la orientación biomédica de la atención sanitaria, la crisis económica que empezó poco tiempo después y las exigencias del Fondo Monetario Internacional para que los gobiernos recortaran los gastos en los sectores sociales, entre ellos el sector salud” (Homedes y Ugalde, 2005, p. 210).

Tras preguntarse “¿qué ha ocurrido con los propios sistemas de políticas sociales después de haber estado presionados casi 20 años por restricciones fiscales y al tener que encarar un aumento de demandas y reformas institucionales de diversas orientaciones y matices?”, Sonia Draibe y Manuel Riesco (2006, p. 8) señalan que Latinoamérica “pareciera encontrarse, una vez más, en un momento de decisiones cruciales respecto de un nuevo modelo de desarrollo, cuya ecuación pueda plantear de modo más progresista y sostenible la relación entre crecimiento económico, progreso social y democracia (...). ¿Qué papel tendrán las políticas sociales en la nueva etapa?; ¿con qué modelos de políticas sociales convivirá la región, considerando las instituciones heredadas y los retos de una nueva articulación de crecimiento económico y estructuración democrática en las condiciones y límites actuales de las economías globalizadas?; ¿qué condiciones, posibilidades y límites enfrentarán en tal articulación según los modelos de progreso social que se diseñen en ella?”.

Estos interrogantes son pertinentes para analizar los efectos de la descentralización en salud, que, como sugieren los textos revisados, se sostiene, en diferentes contextos, en postulados semejantes.

Resultados de experiencias descentralizadoras

Más allá de las declaraciones, las evaluaciones de diferentes expresiones recientes de descentralización dan cuenta de resultados limitados o al menos contradictorios tanto en la disminución de inequidades en el acceso a los servicios y en la distribución de los recursos como en la adecuación de los servicios a necesidades y expectativas locales.

Ugalde y Homedes (2002, 2005, 2007, 2008, 2011) han producido abundante literatura crítica sobre la descentralización en la región latinoamericana. Una de sus conclusiones es que el modo en que los organismos crediticios impulsaron los procesos les impidió adecuarse a las realidades sociopolíticas nacionales.

La evaluación de experiencias de descentralización en Colombia, Brasil, Chile, México y Costa Rica les permitió concluir a Mónica Riutort y Fabio Cabarcas (2006, p. 34) que aunque “en teoría, la descentralización puede ser un mecanismo poderoso para promover la equidad en salud, igualmente puede resultar insuficiente o perjudicial en el contexto de políticas poco claras”. Para elaborar conclusiones más certeras, los autores proponen estudiar fenómenos afines a la descentralización, como la privatización y la escasez de fondos estatales en salud, ya que “no es claro que sus logros puedan alcanzar la intención de lograr equidad en la región”.

Thomas Bossert y Andrew Mitchell (2009) compararon los resultados de procesos de descentralización en regiones de Bolivia, Chile, India, Paquistán, Filipinas y Uganda. Advierten que uno de los riesgos de la reasignación de funciones por parte de los estados centrales es la profundización en inequidades entre localidades que tienen diferentes recursos, capacidades de gestión muy disímiles y mayor proporción de población pobre.

Koivusalo, Wyss y Santana (2007), en Ugalde y Homedes (2008, p. 45) sugieren que una forma de evitar la inequidad es “recentralizar regulaciones, establecer estándares y criterios de cumplimiento, todo lo cual limita la autonomía”.⁵

La creación de fondos de redistribución entre regiones y centros asistenciales (Ugalde Homedes, 2002) y los seguros provinciales de cobertura a indigentes (Tobar, 1995, 29),

⁵ *Asimismo, entre las conclusiones de la publicación del número de Health Policy (2011) dedicado a la descentralización en países de Europa, se plantea que la contracara del objetivo de aumentar la eficiencia en la asignación de recursos (sustentado en la creencia de que los servicios descentralizados se adecuan mejor a preferencias locales y mejoran la oportunidad de respuesta a los pacientes) es el riesgo de aumentar desigualdades entre regiones, centros y unidades administrativas y provocar tensiones entre las autoridades centrales y las de los gobiernos locales y entre los diferentes gobiernos locales. De allí la necesidad de que los gobiernos centrales establezcan reglas de juego claras para no perjudicar a los “más débiles”.*

planteados como medios de los que podrían valerse los Estados centrales para compensar las diferencias en las capacidades recaudatorias en pos de evitar inequidades, han tenido poca cabida en los países de la región.

Distintos autores coinciden en el cuestionamiento a otra distorsión presente en estrategias descentralizadoras que afecta la equidad: el establecimiento de contribuciones directas de los pacientes que luego se distribuyen entre los prestadores, a modo de estímulo. Homedes y Ugalde (2002), CLAD, (1998, en Acuña, 2007, p. 6) y Tobar (2006, p. 90) interpretan que, sobre todo en regiones donde la distribución de la riqueza es muy desigual, esas contribuciones representan “una subvención por parte de los pobres a la clase media profesional”.

En Argentina, Iván Ase (2006) analizó las consecuencias del traspaso de hospitales de la provincia a los municipios de Córdoba en términos de mejoras en la equidad y democratización del sector. Con respecto a la participación social, considera que los resultados “son decepcionantes (...) en los municipios no se observan canales de participación formales o informales que signifiquen la existencia de un proceso de involucramiento de la ciudadanía en la cuestión de la salud. Por el contrario, la transferencia de los servicios de salud a nivel local, en lugar de movilizar un gradual pero sostenido proceso de redistribución de poder social, ha sido útil a los fines de consolidar el poder político de personas o grupos de la región” (Ase, 2006, p. 214).

Fabián Repetto (2003, 2001) estudió la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias argentinas como expresiones de descentralización típicas de la década de los noventa, junto con la autonomía hospitalaria. Indica que esa medida, que no fue acompañada de las transferencias para el financiamiento, agravó aún más los ya deprimidos presupuestos que las provincias asignaban al sector salud y son una muestra de que las reformas del período respondieron prioritariamente a la urgencia del Estado nacional por disminuir el gasto público.

Nebel Moscoso y Romina Modarelli (2009, p. 165-166) arriban a una conclusión parecida cuando afirman que, en el caso de la transferencia de hospitales, si bien se podría haber implementado bajo el argumento de acercar la atención a las demandas subnacionales, la medida respondió a objetivos de tipo fiscal, básicamente de ahorro de gasto público para el gobierno nacional. Además, la contrapartida financiera sin mediar una asignación específica al sector salud pone en duda que la política descentralizadora redunde en un mejor acceso a la atención de la salud.

Refiriéndose también a la política de descentralización hospitalaria⁶ en el país, Susana Belmartino (2002) señala que uno de sus estímulos subyacentes fue establecer contratos entre el subsector público y las obras sociales para evitar subsidios cruzados y obtener recursos no provenientes de los presupuestos públicos. Según la historiadora, los reformadores confiaron en la competencia como mecanismo adecuado para superar distorsiones en el financiamiento de los servicios sin buscar “una transformación del sistema con orientación universalista ni mayor equidad y calidad en el acceso a las prestaciones”.

Oscar Cetrángolo y Florencia Devoto (2002) comparten que las reformas sanitarias de los 90 en Argentina no apostaron a incrementar la eficiencia y la equidad. Sobre el modelo de hospitales de autogestión (u hospitales descentralizados), opinan que “no ha logrado alcanzar resultados mínimamente aceptables en materia de captación de recursos adicionales, en un proceso que tiene una clara incidencia sobre la equidad del sistema, ya que los recursos logrados provienen, en su mayor parte, del recupero de pagos por servicios prestados a las obras sociales, que son entidades semipúblicas sujetas también a problemas presupuestarios y cuya cobertura abarca estamentos de menores recursos económicos (...). En un escenario caracterizado por serias desigualdades territoriales, donde los indicadores sanitarios son altamente dependientes del desarrollo económico de cada región, el proceso de descentralización fiscal tiene como contrapartida, en el campo sanitario, una multiplicidad de respuestas locales, tanto en la forma que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia” (p. 16-17).

La autogestión hospitalaria también ha sido criticada por sus limitaciones para abrir nuevos canales de participación democrática. “Sigue siendo extremadamente sensible a las políticas diseñadas, las más de las veces empíricamente, por los gremios profesionales de involucramiento directo y las presiones particularistas de los actores económicos vinculados a la provisión de tecnologías de alta complejidad y los laboratorios” (Vilas, 2003, p. 19).

Salud y ciudadanía ayer y hoy

Belmartino (2005) sostiene que, desde los inicios de la intervención del Estado en salud, en la década del 40 del siglo pasado, no ha habido en la población argentina un desarrollo de la concepción del acceso a la atención médica como derecho de ciudadanía. Se

⁶ *La descentralización hospitalaria es considerada una expresión de delegación. El principio básico de esta forma empírica es lograr que los hospitales públicos reciban recursos en función de su producción y que los empleen con relativa autonomía de acuerdo con sus propias necesidades administrativas (Tobar, 2006, p. 85).*

vale de la historia para interpretar por qué persisten problemas en los servicios de salud, luego de distintas experiencias reformistas y descentralizadoras.

Para Belmartino, “en sistemas como el argentino, las tensiones entre universalismo y particularismo; ciudadanía y clientela; representación territorial y corporativismo; decisiones institucionales y puja distributiva; organizaciones de base popular y sindicatos conducidos por cúpulas prebendarias tienen un peso decisivo en la definición de servicios de atención médica (...). No toda la responsabilidad incumbe a los dirigentes: hay rasgos de la cultura política que inciden en la pasividad de los ciudadanos beneficiarios (...). Por motivos no suficientemente explicados, la apelación a la ciudadanía no ha incorporado nunca como ingrediente sustantivo la demanda de servicios de salud. El acceso a la atención médica se percibe como una cuestión privada” (Belmartino, 2010, p. 164).

Por su parte, al evaluar las reformas sanitarias recientes con la intención de elaborar propuestas que trasciendan la fragmentación e inequidades presentes en el sistema de salud argentino a las que aludió Belmartino, Federico Tobar (2010) cuestiona la falta de debate político y el carácter técnico que ha impregnado las reformas desde 1985 en adelante. En su opinión, solo en la medida que se repolitice lo sanitario “la búsqueda del ideal de salud para todos será posible”.

La necesidad de colocar la salud en el centro de debate político también ha sido puesta de relieve por autores brasileños, aun cuando en ese país tuvo mucho peso el ideario del Movimiento Sanitario que –tomando distancia de las ideas neoliberales que inspiraron otras reformas sanitarias en América Latina y en Occidente–, incidió en el diseño y puesta en marcha del Sistema Único de Salud (SUS) y en la reforma sanitaria posibilitada por la Constitución Federal de 1988 que consagró el derecho a la salud.

En sintonía con Tobar, en una reflexión sobre los problemas y los logros de la reforma sanitaria en Brasil, posibilitados por la Constitución de 1988, Amelia Cohn (2009) advierte que a pesar de que la democratización de la salud es un término constante en la literatura, hay un efectivo proceso de despolitización en la sociedad y en el sector académico. Por esta despolitización, se olvidarían cuestiones centrales como el contenido de la universalización y sus alcances, así como las consecuencias de la incorporación de la lógica del sector privado al de la salud, no solo en cuanto a la producción y la regulación de los servicios sino sobre todo con respecto a cómo se construyen en el campo de la salud las relaciones público-privadas y el papel que juegan el Estado y la sociedad en esta construcción colectiva. Para Cohn, es clave rescatar la dimensión política y el contenido social de la salud como objeto de acción emancipadora frente a la tendencia actual a la tecnificación de las políticas. Valiéndose

precisamente de la descentralización como ejemplo, recuerda que fue planteada en Brasil, hace dos décadas, como un factor democratizador, capaz de facilitar una mayor coherencia entre las políticas de salud y las necesidades de salud reales de la población y, principalmente, como un factor que permite mayor participación social.

En un análisis de los conceptos imbricados en los términos políticas públicas, políticas sociales y políticas de salud, María Helena Oliva Augusto (1989) ya había aludido a la necesidad de hacer hincapié en la dimensión política de la actividad del Estado que, en la mayoría de situaciones, tiende a ser oscurecida por la importancia concedida a su carácter técnico y/o a las habilidades vinculadas a la neutralidad, la eficacia y la eficiencia.

En definitiva: si se asume que “el sistema de salud debe construir ciudadanía y que el sentido de las políticas de salud es la integración social (...) para consolidar la salud como un derecho universal, es necesario avanzar garantizando cuidados de calidad homogénea. Es decir: semejantes para todos, independientemente de la capacidad de pago de las personas. Un derecho universal no debe segregar ni social ni territorialmente. No debemos perpetuar un modelo sanitario con una salud pobre para pobres y una salud de calidad para ricos (...). Siendo la salud un bien común cuyo acceso en condiciones de calidad homogénea es garantizado por el Estado, la política sanitaria se debe inspirar en un principio de justicia redistributiva que, a través del financiamiento colectivo, permita al acceso a bienes y servicios de calidad aun para aquellos ciudadanos que carecen de medios para pagar por las prestaciones que reciben (...). Es imprescindible recordar que la equidad en la financiación es un medio, no es el fin. Sí es un fin evitar que las desigualdades sociales y económicas se consoliden en los cuerpos de nuestra población” (Tobar, 2012).

La descentralización, entonces, puede ser un medio para respetar las preferencias locales y superar inequidades siempre que se consideren las medidas políticas que el Estado debe poner en marcha para sanear las desigualdades de origen.

Entre otros desafíos, habría que analizar de manera creativa las nuevas relaciones de poder que se ponen en juego una vez que lo social y la preocupación por la justicia social han dejado de ser blanco y objetivo de las estrategias de gobierno (Rose, 2007), y repensar, según propone Laval (2003), cómo procesar políticamente las heterogeneidades sin socavar las condiciones para alcanzar una efectiva equidad universal.

Bibliografía

Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe. Editorial en *Cadernos de Saúde Pública* 18 (4).

Almeida, C. (2000). Reforma del Estado y reforma de Sistemas de Salud. Rosario. *Cuadernos Médico- Sociales* 79, 27-58.

Ase, I. (2006). La descentralización de los servicios de salud en Córdoba: entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. Lanús. *Salud Colectiva* 2 (2), 199-218.

Augusto, M. O. L. (1989). Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. São Paulo. *Tempo Social Revista de Sociologia* 1(2), 105-119.

Belmartino, S. (2010). *Los servicios de atención médica* en S. Torrado (directora). El costo social del ajuste Argentina 1976-2002. Tomo II. Tercera parte. Buenos Aires. Edhasa, 103-167.

Belmartino, S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina (Versión electrónica) *Salud colectiva* 1 (2).

Belmartino S. (2002) Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina (Versión electrónica) *Cadernos de Saúde Pública* 18 (4).

Bossert, T. y Mitchell, A. (2009). *Background note on sectorial decentralization and local governance for and economic and sector work: health sector*. First draft: for comments, not for citation (Documento interno no publicado. Harvard School of Public Health).

Centro Latinoamericano de Administración para el desarrollo (CLAD). (1998). *Una nueva gestión pública para América* en C. Acuña (Comp.). (2007). Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer el actual (p. 403-424) disponible en <<http://www.modernizacion.gov.ar/images/publicaciones/230.pdf>>.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Documento presentado en el Taller “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”. Toronto, Canadá.

Cohn, A. (2009). A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública* 25 (7), 1614-1619.

Draibe, S.; Riesco, M. (2006). *Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea*. CEPAL. Serie: Estudios y perspectivas. Sede Subregional de la CEPAL en México N° 55.

Euro Observer. Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies. (2011) Decentralization in healthcare. *The Health Policy*. 13 (1) disponible en <<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/euro-observer/decentralization-in-health-care>>.

Homedes, N. y Ugalde, A. (2011). *Mitos y realidades de la descentralización de los servicios de salud: Estudios de Caso en seis estados mexicanos* (artículo sin publicar hasta febrero de 2011, cedido por Antonio Ugalde).

Homedes N. y Ugalde A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17 (3), 210-220.

Homedes, N. y Ugalde A. (2002). *¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?* Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa, Portugal.

Iriart, C., Merhy, E. y Waitzkin, H. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública* 16 (1).

Lavalle, A. G. (2003). Ciudadanía, igualdad e diferente. *Lua nova* 59, 75-94.

Moscoso, N. S.; Modarelli, R. (2009). Descentralización en Salud: Marco Conceptual y Políticas Públicas en Argentina *Ciencias Económicas* 27 (2), 155-168. Obtenido el 14/2/2013 de <<http://www.latindex.ucr.ac.cr/econ-2009-2/econ-2009-02-10.pdf>>.

Repetto, F.; Potenza Dal Maseto, F. (2003). *Problemáticas institucionales de la política social Argentina: más allá de la descentralización*. Ponencia presentada en el VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración pública, Panamá. Obtenido de <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0047516.pdf>>.

Repetto, F. (Coord.). (2001). *Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional – Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia. Documento N°55. Buenos Aires. Disponible en <<http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/gruposophia/salud.pdf>>.

Riutort, M. y Cabarcas, F. (2006). Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana. Bogotá. *Gerencia y Política de Salud* 5 (11), 22-36.

Rose, N. (2007). ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología* 5 (8), 111-150.

Tobar, F. (2012). *Diez mandamientos para construir un Modelo Nacional de Salud*. Buenos Aires. (Ensayo cedido por el autor en marzo de 2012).

Tobar, F. (2010). *¿Qué aprendimos de las reformas en Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina*. Buenos Aires, Fundación Sanatorio Güemes.

Tobar, F. (2006). *Descentralización y reformas del sector salud en América Latina*. En Z. Yardón, R. Gurtler, F. Tobar y A. Medici (editores). *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina* (versión electrónica). Buenos Aires. Argentina. OPS, p. 65-114 obtenido de <<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/res-descentralizacion.pdf>>.

Tobar, F. (1995). *La formulación de políticas de redefinición del rol del hospital público. Estudio de caso*. Obtenido de <<http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Gestionensalud/pdf>>.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2008). La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. Buenos Aires. *Salud Colectiva* 4 (1), 31-56.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2007). América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. Buenos Aires. *Salud Colectiva* 3 (1), 33-48.

Ugalde A, y Homedes N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria* 16 (1).

Vilas, C. (2003). *Descentralización de políticas públicas: Argentina en la década de 1990*. Buenos Aires. Instituto Nacional de la Administración Pública. Disponible en <http://www.sgp.gov.ar/contenidos/inap/publicaciones/docs/politicas_publicas/politicaspUBLICAS.pdf>.

Walt, G. y Wilson, L. (1994). Reforma del sector sanitario en los países en vías de desarrollo: el papel central del análisis de políticas. *Health policy and planning* 9 (4), 353-370.