

Magdalena Chiara

La salud gobernada
Política sanitaria en la Argentina 2001-2011

EDICIONES **UNGS**



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

Chiara, Magdalena

La salud gobernada: política sanitaria en la Argentina 2001-2011 / Magdalena Chiara. - 1a ed. - Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2018.

426 p. ; 21 x 15 cm. - (Política, políticas y sociedad ; 31)

ISBN 978-987-630-377-4

1. Política Sanitaria. 2. Relaciones Intergubernamentales. I. Título.
CDD 320.6

EDICIONES **UNGS**

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2018

J. M. Gutiérrez 1150, Los Polvorines (B1613GSX)

Prov. de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54 11) 4469-7507

ediciones@ungs.edu.ar

www.ungs.edu.ar/ediciones

Diseño gráfico de la colección: Andrés Espinosa - Ediciones UNGS

Diseño de tapas: Ediciones UNGS

Diagramación: Franco Peticaro - Ediciones UNGS

Corrección: Gustavo Castaño

Ilustración de tapa: Ana Laura Argüello

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723.

Prohibida su reproducción total o parcial.

Derechos reservados.

Impreso en Ediciones América

Abraham J. Luppi 1451, CABA, Argentina

en el mes de septiembre de 2018.

Tirada: 200 ejemplares.



Libro
Universitario
Argentino

Índice

Presentación.....	9
Lista de abreviaturas	19
Parte I. La política sanitaria nacional y provincial en perspectiva macroinstitucional	
Capítulo 1. Salud en las puertas de la crisis	25
Capítulo 2. ¿Gobernar es heredar? Políticas frente a la emergencia (2001-2002).....	69
Capítulo 3. Avatares en la construcción de una agenda sanitaria (2003-2007).....	111
Capítulo 4. El legado de la descentralización: la nación y la provincia entre los programas y los servicios (2008-2011)	151
Parte II. La encrucijada entre relaciones intergubernamentales y política sanitaria desde una mirada mesoinstitucional	
Capítulo 5. Los caminos de la fragmentación en el Gran Buenos Aires: restricciones, obstáculos y oportunidades	207
Capítulo 6. Se hace camino al andar: las huellas de la política sanitaria sobre la institucionalidad y los actores	277
Conclusión.....	331
Bibliografía.....	347
Fuentes secundarias.....	373
Anexo.....	381

Presentación

¿Por qué mirar las relaciones intergubernamentales?

Desde principios del siglo xx hasta la actualidad, se fue modelando en Argentina un sector que padece severos problemas de fragmentación. La organización de sus instituciones en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal), la convergencia en el subsector estatal de tres niveles gubernamentales (nación, provincia y municipios) y el derecho (teórico) de todos los habitantes a la provisión pública de salud son tres rasgos que lo caracterizan.

En el contexto del federalismo, la distribución de las competencias en relación con la salud es el cuarto atributo que distingue al sector; no habiendo sido delegadas por los Estados federados al nivel central, las responsabilidades en materia sanitaria permanecieron en la órbita provincial. En este contexto y desde las reglas de juego formales, las arenas provinciales fueron y son un espacio de gran importancia para la política sanitaria de gestión estatal. La provincia de Buenos Aires presenta una complejidad adicional debido a que descentralizó los centros de atención primaria de la salud (CAPS) hacia los municipios sin definir previamente el modelo prestacional, sumándolos a los hospitales y a las postas sanitarias ya existentes bajo jurisdicción municipal.

No obstante la jerarquía de los Estados provinciales derivada de este marco institucional, la adhesión a los pactos internacionales incorporada en la Reforma Constitucional de 1994 le otorgó a la nación responsabilidades como garante del derecho a la salud, situación que puso en el centro de los planteos académicos e institucionales la necesidad de fortalecer el rol rector del Ministerio nacional en su relación con las jurisdicciones subnacionales.

Una compleja y larga historia fue modelando una trama de relaciones intergubernamentales (RIG) en las que se combina el carácter federal de la cuestión sanitaria, la existencia previa a la descentralización de una dotación importante

de establecimientos a cargo de las provincias, la conformación de una red de hospitales nacionales posteriormente descentralizada y la incorporación tardía del Estado nacional como garante del derecho a la salud. En el contexto de esta compleja configuración, no parece posible pensar la política sanitaria en Argentina sin dar cuenta de las RIG por cuya trama discurre.

Este libro aborda una década de singular relevancia para la política social, que estuvo marcada por distintas tensiones entre los actores gubernamentales. Comienza con la crisis que hizo eclosión en diciembre de 2001 y finaliza con el cierre del mandato electoral de las autoridades en los tres niveles de gobierno en diciembre de 2011. Se trata de un período en el que se reorganizaron las responsabilidades en el tratamiento de la cuestión social entre la nación, la provincia y los municipios, sin modificar los esquemas formales de distribución de las funciones en los distintos sectores. La aproximación histórica adoptada conjetura que en la coyuntura crítica que hace eclosión en diciembre de 2001 se combinaron una serie de procesos que dieron lugar a cambios en el papel que asumió cada nivel gubernamental.

El recorte del análisis (el territorio conformado por los 24 partidos del Gran Buenos Aires) no es azaroso. Su importancia radica en la magnitud demográfica (reside allí una cuarta parte de la población total del país) y sus consecuencias en términos electorales, y en la complejidad institucional del subsector estatal en salud: en el año 2011, el 61% de las camas de los hospitales estatales estaban bajo jurisdicción provincial; el 34%, bajo jurisdicción municipal, y solo el 5% eran nacionales, mientras que la totalidad de los CAPS estaban bajo la órbita de los municipios. Se trata de una región en la que los municipios, a través de sus jefes comunales, jugaron un papel clave en la crisis.

La política de salud ofrece un campo particularmente desafiante para analizar la relación entre la dinámica de las RIG y las políticas, en el contexto de territorios signados por la desigualdad. Al menos tres razones lo justifican: en primer lugar, se trata de un campo que requiere, cada vez más, de la articulación de servicios de diferente nivel de complejidad para lograr una calidad adecuada; en segundo lugar, porque las condiciones bajo las cuales se realizan las prestaciones (en dotación y formación de recursos profesionales, equipamiento e infraestructura) varían significativamente entre los territorios; y por último, porque las alternativas disponibles para la población difieren —a su vez— según los niveles de cobertura de los que esta disponga.

Atento a los atributos que le confieren particular complejidad al campo de la salud, nuestro interés por incursionar en los debates sobre las RIG asumió como premisa (político-ideológica, podríamos decir) *la necesidad de que exista*

un balance entre el derecho a la salud de los ciudadanos y la reivindicación de autonomía de parte de los distintos niveles de gobierno. Desde esta preocupación, provocar un espacio de diálogo entre la política sanitaria y las RIG supuso asumir este balance como punto en tensión.

¿Sobre qué trata este libro?

Este libro indaga sobre cómo la política sanitaria fue condicionada y transformó los patrones de interacción intergubernamental (nación, provincia y municipio) en el subsector estatal del Gran Buenos Aires (GBA) en la década que se abre con la crisis de 2001. Más específicamente, busca ayudar a entender *cómo incidieron el federalismo y las huellas de la descentralización en el derrotero de la política sanitaria (si condicionaron u obstaculizaron sus posibilidades de acción y de qué modo)*; y lo que podríamos considerar un planteo inverso, *qué posibilidades tuvo la política nacional y provincial de modelar relaciones entre niveles de gobierno y si llegó a alterar los patrones de interacción intergubernamental.* Lejos de optar por uno u otro camino, este libro postula que existe una relación de doble vía entre las RIG y la política sanitaria, a través de la cual pueden interpretarse las continuidades y los cambios en los patrones de interacción entre niveles de gobierno.

Los estudios sobre federalismo y política social (Banting y Corbett, 2002; Obinger, Leibfried y Castles, 2005) concluyen que el federalismo no es el factor determinante para explicar los modelos de políticas públicas en esos campos, sino más bien el *modo en que se estructuran las relaciones políticas.* En el caso argentino, el federalismo, el desarrollo del denominado Estado social y la descentralización fueron procesos de una historia larga que concurrieron en el modelado de un mapa institucional fragmentado, fenómeno que se suma a la profunda desigualdad entre territorios. En el GBA, esta trama de relaciones políticas (que se expresa en el subsector estatal y lo estructura) se organiza en torno a la responsabilidad que, sobre la provisión de los servicios de salud, tienen dos niveles gubernamentales (la provincia y los municipios).

En el tránsito y en la salida de la crisis se consolidaron dos rasgos que caracterizan desde una historia reciente la matriz de organización del subsector estatal en lo referido a la atención de la salud en la región. Por una parte, la importancia que adquieren los municipios como prestadores (tanto en el primero como en el segundo nivel); y por otra parte, la jerarquización de la agenda hospitalaria (y de sus actores) en la arena de la política provincial.

En este contexto, las políticas nacionales y provinciales que se plantearon restaurar condiciones de igualdad en el acceso a derechos recorrieron espacios

subnacionales heterogéneos, que en el GBA involucraban también a los municipios. Este recorrido es interrogado a partir de una relación de doble condicionamiento: desde la trama de las RIG hacia las políticas, y desde estas hacia el modelado de las RIG. En esta relación de doble vía (Obinger, Leibfried y Castles, 2005) los resultados parecen estar constreñidos no solo por el federalismo sino también por la urdimbre en torno a la cual se organiza la responsabilidad sobre la provisión de los servicios.

El GBA expresa la convergencia de tres atributos: la desigualdad en las condiciones sociosanitarias, la fragmentación institucional y, por fuera del sector salud pero impactando en su dinámica, su relevancia político-electoral. En este contexto, el ejercicio del derecho de los ciudadanos a la salud se debate en una agenda más amplia y compleja que trasciende y tensiona con los objetivos, recursos e instrumentos que movilizan las iniciativas nacionales y provinciales.

Acerca de la estrategia de análisis

La pregunta que organiza el recorrido de este libro se refiere a *qué políticas (y bajo qué condiciones) logran armonizar o regular intereses de los actores en los distintos niveles de gobierno para igualar el acceso a derechos*. Este interrogante adquiere particular relevancia en el contexto de las profundas asimetrías que existen en Argentina entre provincias y, en su interior, entre los municipios. Aunque interpela a la política social en su conjunto, el sector salud ofrece un espacio de singular interés para este análisis ya que la posibilidad de acuerdo y coordinación entre actores gubernamentales impacta de modo directo en el desempeño de la atención.

La decisión de orientar la pregunta hacia el GBA y en el período que va desde la crisis de diciembre de 2001 hasta finales de 2011 condujo a especificar su planteo y a precisar también los interrogantes. La elección de los partidos del GBA como escenarios de la política sanitaria permitió poner en tensión los debates entre igualdad y autonomía en torno a los que se alinearon los estudios sobre política sanitaria y RIG. Se trata de una región que encierra una cuarta parte de la población del país (y de su padrón electoral) y que presenta a su vez importantes brechas en el acceso a los servicios de salud. La fragmentación que muestran los estudios existentes estimula a analizar las condiciones que hicieron posible (o dificultaron) en la década analizada la dinámica de las RIG entre la nación, la provincia y los municipios en este territorio.

Siguiendo a Wright, las RIG son el “cuerpo importante de actividades o interacciones que ocurren entre las unidades gubernamentales de todas las clases

y niveles del sistema federal” (1997: 68); estas cobran cuerpo en interacciones entre *actores gubernamentales* que tienen lugar en el contexto de un *marco institucional* determinado. Retomando distintos estudios sobre la incidencia de las instituciones federales en la política de salud (Banting y Corbett, 2002; Arretche, 2003; Arretche, 2010), en este libro reconstruimos la trama de las RIG que sostiene los servicios desde dos dimensiones: por una parte, el *marco institucional* en cuanto esquema de distribución de potestades y funciones en relación con la responsabilidad sobre los servicios de atención; y por otra parte, los *actores*, el modo en que toman las decisiones y la dinámica de coordinación intergubernamental que logran sostener.

Estas interacciones tienen elementos contingentes pero también responden a patrones relativamente duraderos caracterizados por dependencias recíprocas, por el alcance que tiene la convergencia de intereses y por su nivel de institucionalización (Klijn, 1997). Aun reconociendo el peso de la historia en la cristalización de las RIG en la región, nos preguntamos si la política de salud logró alterar o modificar los patrones de interacción intergubernamental.

Entendemos por política de atención de la salud las intervenciones institucionalizadas del Estado que tienen como ámbito de acción (directa o indirecta) los servicios de salud y como objeto la atención, reconociendo su capacidad de producción para definir (y producir) los problemas y para delinear (y generar) las reglas de juego a través de las cuales esos problemas son elaborados (Grassi, 2003; Danani, 2009). Limitamos el análisis a aquellos servicios provistos por el Estado en el ciclo de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad y su rehabilitación.

Reconstruimos y analizamos las políticas desde una perspectiva clásica, es decir, a través de sus *dispositivos* (emergentes observables como planes, programas, leyes), mientras que apelamos más particularmente al concepto de *instrumento* para detenernos en aquellos elementos que componen esos dispositivos. Denominamos “instrumento de política” a un tipo particular de institución que organiza las relaciones entre (y las prácticas de) los actores gubernamentales. Siguiendo la literatura de análisis de políticas por instrumentos (Linder y Peters, 1993; Salamon, 2002; Lascoumes y Le Gales, 2007a, 2007b; Ringeling, 2002; Vedung, 2005), entendemos por ello a unidades menores, ya que un dispositivo puede comprender varios instrumentos, y a la vez genéricas, ya que uno de ellos puede estar presente –aunque con nombre diferente– en distintos dispositivos particulares a lo largo del tiempo.

La segunda parte de este libro recorre el camino de los dispositivos y sus instrumentos en su implementación a través de la trama de las RIG para describir

y analizar cómo son constreñidos, alterados o modificados por las condiciones del *marco institucional* y del *entramado de actores*, en un contexto en el que la organización federal y los procesos de descentralización conviven con un marco constitucional nacional que consagra el derecho a la salud. Para ello, se seleccionaron cuatro dispositivos de políticas que se destacaron en la reconstrucción diacrónica macroinstitucional: el Programa Remediar y el Plan Nacer (por fuera del período bajo análisis, este plan comenzó a denominarse Sumar), como expresión de la política nacional, y el Seguro Público de Salud y el Régimen de Salud de la Coparticipación, para dar cuenta de la política provincial.

El enfoque de la instrumentación busca mirar desde las políticas hacia la trama de las RIG para desentrañar (más allá de los objetivos explícitos y de la retórica de los dispositivos) los modos en que estas acciones estructuran las relaciones entre niveles de gobierno. Dicho de otro modo, desde el análisis de los dispositivos y sus instrumentos buscamos identificar el mapa político-institucional que llevan implícito; y a través de la dinámica de la instrumentación, analizar la capacidad que tiene la política sanitaria para modificar el modo en que se estructuran las RIG.

Dado que en la implementación conviven distintos dispositivos en un mismo contexto organizacional, el desarrollo presentado en los últimos dos capítulos muestra el esfuerzo por trascender sus fronteras para ver cómo se imbrican los “instrumentos” para generar nudos de convergencia, clivajes y tensiones en relación con la provisión de servicios de salud.

Anidando en el neoinstitucionalismo histórico, la relación entre política sanitaria y RIG fue recuperada desde una perspectiva que denominamos de doble vía: en el *influjo que le impone la singularidad de la trama de las RIG del GBA a la política nacional y provincial* y, en el sentido inverso, en la *capacidad de la política para generar cambios en los patrones de interacción entre niveles de gobierno*.

Este libro se basa en la investigación doctoral que abordó la relación entre política sanitaria y RIG desde un enfoque diacrónico y transversal.¹ En ese contexto, la reconstrucción en el nivel macro de las políticas nacionales y provinciales apeló a fuentes secundarias (legislación nacional y provincial; documentos de programas, proyectos, informes de avance, documentación oficial; periódicos nacionales y provinciales) y a fuentes primarias (entrevistas a funcionarios

¹ Chiara, M. (2013). “Política de atención de la salud y relaciones intergubernamentales (RIG): continuidades e inflexiones en los patrones de interacción en el Gran Buenos Aires, Argentina (2001-2011)”. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, dirigida por el Dr. Fabián Repetto.

nacionales y provinciales). Las entrevistas en profundidad fueron un insumo clave para identificar aquellos “nudos” organizadores de la política.

A los efectos de distinguir los puntos de vista de los entrevistados y para garantizar la confidencialidad en las opiniones, se adoptó el término “autoridad sanitaria” para aludir a los niveles políticos más altos de responsabilidad (ministro y secretario) y “alto funcionario” para los siguientes: subsecretario, director provincial, director y responsable de programas.

El análisis mesoinstitucional se realizó a partir de un conjunto de dispositivos de política de salud a los fines de analizar los instrumentos que los componen y recuperar las representaciones que contienen y los significados que les confieren los actores en los tres niveles gubernamentales y en sus interrelaciones con las condiciones particulares de la matriz institucional en el camino de la instrumentación. La selección de los dispositivos fue resultado de la reconstrucción histórica y se concentró en el período que va de 2003 a 2011. Se trabajó con fuentes secundarias: documentos de programas, proyectos, informes de avance, documentación oficial, manuales operativos y herramientas de gestión; y fuentes primarias: entrevistas semiestructuradas dirigidas a actores nacionales, provinciales y municipales para profundizar en sus perspectivas y representaciones sobre los instrumentos y las dinámicas en torno a su instrumentación.

La perspectiva del nivel municipal fue recuperada a través de entrevistas semiestructuradas a informantes claves pertenecientes a municipios que (siguiendo un criterio de diversificación) representaban distintas situaciones locales en relación con la dependencia gubernamental de los hospitales y los CAPS. Como resultado de estos criterios, se entrevistó a funcionarios pertenecientes a ocho municipios del GBA (Ituzaingó, Morón, Florencio Varela, Malvinas Argentinas, Moreno, Quilmes, San Fernando y Tigre) que pertenecen a distintos patrones de dependencia gubernamental. Esta aproximación tuvo por finalidad recuperar la mirada de los municipios del GBA (en su conjunto) respecto de las relaciones entre niveles de gobierno en general y de los dispositivos en distintas situaciones, y no las particularidades de casos locales.

Una mirada de conjunto

Este libro está dividido en tres partes, las cuales organizan seis capítulos y una conclusión. La primera parte aporta un análisis histórico de las políticas en una perspectiva macroinstitucional. El primer capítulo reconstruye los antecedentes y hace foco en el caso de estudio, pasando revista a la distribución de potestades, en el contexto del federalismo, y a la fragmentación de los escenarios

provinciales, para concentrarse en una caracterización de las instituciones, los actores y las políticas en el campo de la salud en el GBA en las puertas de la crisis. El segundo capítulo examina la coyuntura crítica de principio de siglo en sus aspectos socioeconómicos, políticos y sociosanitarios, concentrando el estudio en las políticas en torno a la emergencia. Los capítulos tres y cuatro continúan analizando las políticas, en este caso para el período que va desde la asunción de las autoridades electas en todos los niveles de gobierno hasta el año 2011. En ellos se presta particular atención a los problemas, arreglos institucionales, actores e instrumentos que se movilizan desde cada nivel gubernamental en la región.

La mirada panorámica de estos dos capítulos da pie para la segunda parte, que pone el foco en un nivel meso de la instrumentación en la encrucijada entre RIG y política sanitaria. Partiendo de una reconstrucción de los rasgos que caracterizan esta trama de relaciones en el GBA, el quinto capítulo aborda las restricciones y los obstáculos que impone la trama en la que se asienta la provisión de servicios y el modo en que condicionó y estructuró el proceso de implementación de las políticas.

El sexto capítulo analiza el papel de producción que puede ejercer, bajo ciertas condiciones, la política de salud sobre las relaciones entre los niveles de gobierno. Las conclusiones pasan en limpio los cambios y las inercias en los patrones de interacción entre la nación, la provincia y los municipios en el sector.

Un conjunto bastante extenso de anexos pone a disposición de investigadores y gestores datos que buscan estimular la lectura crítica de este libro a la vez que promover otras líneas de indagación sobre un período de la historia de la política de salud tan complejo como valioso.

Agradecimiento final

Quiero agradecer al Programa Doctorar, promovido por el Consejo de Decanos de Ciencias Sociales, y al Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento, que hicieron posible que concentrara el esfuerzo en la realización de la investigación doctoral en la que se funda este libro; especialmente a quien era entonces su directora, Daniela Soldano.

A los distintos actores del sector salud que brindaron generosamente su tiempo, conocimiento y capacidad crítica para ayudarme a entender un período complejo.

A mis compañeros del equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud del Instituto del Conurbano, por el trabajo compartido y todo lo aprendido en infinitas reuniones.

A Ana Ariovich, Mercedes Di Virgilio y Javier Curcio, por sus lecturas y sugerencias.

A Claudia Danani, que me alentó y animó en distintos momentos.

A Fabián Repetto, por la lucidez y el compromiso con que acompañó el recorrido de esta investigación.

Capítulo 1

Salud en las puertas de la crisis

Introducción

Las relaciones que entablan los actores en el devenir de la política pública tienen lugar en un contexto que asigna, restringe y define las posibilidades de su acción pública. El proceso a través del cual se fue constituyendo el marco institucional en salud reviste particular importancia para entender las dinámicas, las tensiones y los conflictos que atravesaron el quehacer de la política pública a partir de la crisis que hizo eclosión en diciembre de 2001.

Desde principios del siglo xx hasta la actualidad se fue delineando un sector que presenta severos problemas de fragmentación institucional y desigualdad territorial, y que aloja, a su vez, a actores corporativos y de mercado de considerable poder. La organización de sus instituciones en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal), la convergencia en el subsector estatal de tres niveles gubernamentales (nación, provincia y municipios) y el derecho de todos los habitantes a la provisión pública de salud caracterizan al sector y definen al mismo tiempo sus problemas.

El recorrido que propone este libro busca conocer *cómo la política sanitaria expresó y transformó los patrones de interacción intergubernamental*. Esta pregunta indaga en los contenidos de la política de atención de la salud pero especialmente en las condiciones que hacen a su capacidad para producir relaciones de poder entre actores. Se trata de una lectura situada en un territorio particular, el Gran Buenos Aires, que adopta –tal como se plantea en la presentación– el análisis de políticas por instrumentos como aproximación (Linder y Peters, 1993; Salamon, 2002; Lascoumes y Le Gales, 2007a, 2007b; Ringeling, 2002; Vedung, 2005).

Este capítulo se organiza en cuatro apartados. A esta introducción le sigue un segundo apartado que traza los principales rasgos del marco institucional en el que se diseña e implementa la política de atención de la salud en Argentina

poniendo el énfasis en cómo ha sido el proceso a través del cual se fueron organizando y distribuyendo las funciones entre los niveles de gobierno en un contexto de profunda heterogeneidad y desigualdad. El tercer apartado pone el foco en la organización del subsector estatal de salud en el Gran Buenos Aires y en sus políticas, mientras que el último recapitula los desafíos y problemas de la región en las puertas de la crisis de comienzo de siglo.

Acerca de la distribución de las responsabilidades en salud

La palabra *fragmentación* encierra problemas que difícilmente pueden estructurarse sin apelar a la historia. Desde esta premisa, reconstruimos brevemente los procesos a través de los cuales se asignaron responsabilidades en materia de atención de la salud en el plano constitucional federal *bis a bis* el desarrollo de las instituciones y políticas del subsector estatal en la Argentina.

A partir de mediados del siglo xx, se constatan más cambios en el plano de las políticas que en las reglas de juego del marco institucional. En cada período, las políticas de salud construyeron los problemas y sus destinatarios y jerarquizaron o subordinaron a los diferentes niveles de gobierno. Estos atributos expresaron también diferentes formas de concebir el papel del Estado y su responsabilidad sobre lo social: desde las intervenciones residuales del Estado clásico, que primaron hasta los años cuarenta, pasando por el Estado social o Estado compromiso, que impulsó la expansión de la red de servicios en simultáneo con formas de aseguramiento asociadas al carácter de trabajador formal asalariado, hasta la visión del Estado neoclásico, que se expresó tempranamente en el sector salud con la descentralización de los hospitales en la década del setenta, y cerró el siglo con reformas que modificaron las condiciones de prestación de los servicios (Andrenacci y Repetto, 2007).

Poniendo el foco en la dimensión político-institucional, presentamos los procesos a través de los cuales fue moldeándose el mapa federal de distribución de potestades y funciones que encuentra la crisis en diciembre de 2001, prestando particular atención a los *contenidos* de las políticas, esto es, a las ampliaciones o retrocesos en el ejercicio del derecho a la salud.

El carácter residual de la potestad sobre salud

Argentina es un país federal, organizado en tres niveles de gobierno: un gobierno federal, veintitrés provincias más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y 2.259 gobiernos locales (INDEC, SIEL, 2010). La Constitución vigente

se remonta a 1853, y fue reformada en 1994. Cada provincia tiene su Constitución provincial, según lo establece el sistema representativo y republicano de gobierno, que respeta las declaraciones, derechos y garantías de la Constitución Nacional. En los tres niveles, los representantes del Poder Ejecutivo son elegidos por sufragio universal, y cada uno cuenta, a su vez, con autoridades legislativas en el nivel nacional y provincial. La autonomía municipal está garantizada por la Constitución Nacional de 1994, mientras que la conformación de los cuerpos legislativos en este nivel varía según lo que establece cada constitución provincial.

La distribución de las responsabilidades relativas a lo social entre niveles de gobierno y la dinámica que asume su ejercicio efectivo reconoce su origen en la conformación del Estado-nación en la segunda mitad del siglo XIX, un armado que se fue modificando en las últimas décadas. Como en otros casos nacionales (Estados Unidos, Suiza y Australia), la Constitución Nacional define potestades federales y concurrentes, y deja aquellas no especificadas a cargo de las provincias.¹ Mientras que el gobierno federal tiene responsabilidad exclusiva en política exterior, regulación de la economía y defensa, hay potestades compartidas en justicia, educación primaria y seguridad social; en este esquema, toda competencia no especificada permanece en la órbita provincial. Se trata de un encuadre bastante ambiguo que fue objeto de replanteos en las últimas décadas, lo que dio lugar a su vez a diversos conflictos en las relaciones entre la nación y las provincias (Cetrángolo y Jiménez, 2004a: 118-119).

Cada Constitución provincial define también el alcance y los contenidos de las responsabilidades exclusivas y compartidas con la nación, así como también la organización y las potestades de los gobiernos locales. A diferencia de lo que sucede en otros campos, el ejercicio efectivo de las competencias relativas a los servicios sociales universales (educación y salud) fue afectado por distintos procesos. El sector salud presenta una situación peculiar, ya que no figuraba en el siglo XIX entre las demandas políticas (muy probablemente porque en aquellos años no existía) y tampoco fue objeto de una definición explícita de las responsabilidades entre los distintos niveles gubernamentales en el articulado de la reforma de 1994.

Desde una perspectiva general, a partir de fines del siglo XIX el orden conservador sostuvo a presidentes y gobernadores en un equilibrio entre autoridad y dependencia mutua. La consolidación de este sistema de gobierno descansaba sobre el dinamismo económico de la provincia de Buenos Aires y la región pampeana, pero se sostenía políticamente en la coalición de provincias

¹ Constitución Nacional de 1853; artículos 104 y 121 de la Constitución de 1994.

del interior, sobrerrepresentadas en las instituciones políticas federales (Faletti, 2004: 74-76). En ese contexto, dos instituciones permitieron gestionar esta tensión: la figura del *colegio electoral*, que fue suprimida en la reforma de 1994, y la *intervención federal*.

Aunque en sus aspectos formales el sistema de las instituciones del federalismo se mantuvo prácticamente estable hasta 1994, el equilibrio de poderes entre gobernadores y presidentes se transformó a partir de la emergencia de los partidos de masas, y, siguiendo a Faletti, el Ejecutivo nacional estableció su poder en el apoyo popular (casi plebiscitariamente), por lo que evita depender del consentimiento o apoyo político de las élites provinciales. Según esta autora, ese proceso comprendió dos períodos (el radical entre 1916 y 1930 y el peronista de 1945 a 1955), que tuvieron en común la fortaleza presidencial, aunque presentaron notables diferencias en sus bases políticas: el primero estaba basado en el control del Senado de la Nación, mientras que el segundo se fundaba en el apoyo de los gobernadores de las provincias tradicionales y en un fuerte soporte electoral (ibíd.: 76-77).

Sin embargo, la forma de conceptualizar lo social destaca diferencias profundas entre ambos períodos. La coyuntura crítica desencadenada por la crisis de los años treinta abrió un modelo diferente a nivel internacional, que tuvo su expresión en la escena local recién en la década del cuarenta. Hasta entonces, los estudios históricos se refieren a un paradigma que, concibiendo la salud como parte de la responsabilidad individual y como objeto de la caridad, asignaba al Estado una función marcadamente subsidiaria (lo que hemos llamado, retomando a otros autores, Estado clásico). Los actores conformaban el denominado movimiento mutualista: las cajas patronales, los círculos de obreros católicos y las denominadas empresas sanitarias, y no existía ningún tipo de desdoblamiento entre el control patrimonial de los establecimientos y el financiamiento de los servicios (Katz *et al.*, 1993: 17).² Una parte de los establecimientos hospitalarios, posteriormente estatizados, tuvieron este origen.

² Ramacciotti analiza la incidencia diferencial que tenían las sociedades de beneficencia en las provincias: “La ausencia en algunas provincias de intervenciones municipales, provinciales o nacionales otorgaba mayor relevancia a las instituciones benéficas. Tal fue el caso de San Juan y Catamarca, donde la beneficencia tenía el control absoluto de las camas disponibles; en Formosa, por su parte, controlaba más del 65% de las plazas. El caso de Mendoza es diferente, ya que si bien no había presencia de organismos nacionales, el 88% de las camas disponibles eran administradas por la Dirección de Salubridad de la Provincia. En Córdoba, las sociedades de beneficencia fueron un factor fundamental, y en Tucumán los industriales azucareros montaron dispositivos de asistencia con autonomía del poder estatal” (2008: 167-168).

La institucionalidad de aquellos tiempos era congruente con el papel subsidiario del Estado y con las potestades definidas constitucionalmente para el gobierno federal, y estaba acotada al Departamento Nacional de Higiene (dependiente del Ministerio del Interior) y a la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales (en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto), con una muy limitada capacidad de articulación entre los actores (ibíd.: 16).

El modelo centralista y la construcción de hospitales

La década del cuarenta abre una etapa nueva en la que germinaron dos concepciones que coexistirán en tensión hasta la actualidad: por una parte, la idea de Estado responsable-garante del derecho a la salud; y por otra parte, aquella fundada en el estatus del trabajador (Belmartino y Bloch, 1994: 20-24). La expansión de la oferta pública de servicios, fundada en la noción de derechos universales, convivió con la lógica del seguro social, que fue cobrando cuerpo en las organizaciones de los trabajadores formales asalariados.

La jerarquización del papel del Estado nacional en el campo de la salud se expresó en la creación de la Secretaría de Salud Pública primero y, a partir de 1949, del Ministerio de Salud de la Nación, lo que respondía a los “cambios en las representaciones sociales y en las expectativas de la población sobre la responsabilidad estatal en ese campo” (ibíd.).³ A los derechos políticos y civiles se incorporaron los derechos sociales, vinculados a las condiciones de vida de la población; incluso, las demandas particularistas de las organizaciones gremiales se inscribieron también en la idea más general del derecho universal a la salud (ibíd.: 23). Aunque asociado al trabajo y a sus condiciones, la Constitución de 1949, expresiva del constitucionalismo social (Meche Armiñana, 2001: 38-40), consagró el derecho a la salud sin alterar el esquema de competencias entre niveles gubernamentales vigente en la Constitución de 1853.⁴ Con recorridos similares en otros países de la región (Selee, 2004), estos procesos fueron delineando conformaciones peculiares a las que distintos conceptos hicieron

³ Varios trabajos insisten en destacar los antecedentes que, en el nivel provincial, tuvo esta propuesta. El caso de Yrigoyen Freyre en la provincia de Santa Fe entre 1941 y 1943 es un ejemplo (Belmartino y Bloch, 1994; Belmartino, 2007 y 2009).

⁴ Entre los derechos especiales, el capítulo III (“Derechos del trabajador, de la familia, de la ancianidad y de la educación y la cultura”), artículo 37, declara entre los derechos el de “preservación de la salud”.

alusión: Estado social (Andrenacci y Repetto, 2007) o Estado compromiso (Weffort, 1989; citado por Belmartino, 2009).

En los primeros años del gobierno peronista, distintas medidas esbozaron una concepción universalizante en el ejercicio del derecho a la salud y dieron cuerpo a una institucionalidad que buscó liderar un mapa fragmentado y diverso de actores en salud (Ramacciotti, 2008: 167-168). En ese período, la estrategia gubernamental se organizó en torno a la inversión centralizada en infraestructura hospitalaria y en equipamiento. Los siguientes son algunos de los ejemplos más significativos: 1) la nacionalización de establecimientos estatales (lo que desplazó a las sociedades de beneficencia de su patronato); 2) la construcción de 4.200 establecimientos de distinto tipo en todo el país, lo que significó la duplicación de las camas disponibles (de 66.300 a 134.218 en 1954) (Arce, 2010: 111 y 132); 3) la sanción del Código Sanitario y de Asistencia Social y la creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social (Ley Nacional 13012, de 1947); y 4) la construcción, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud, con un total de 86.870 camas (Ley Nacional 13019, de 1948). Cabe destacar también que una parte de este crecimiento en infraestructura sanitaria fue financiado a través de transferencias del gobierno nacional a las provincias para la construcción y ampliación de establecimientos que quedarían bajo la órbita provincial (ibíd.: 111).

En un plano político, estas decisiones contribuyeron a la construcción de autonomía relativa del gobierno nacional respecto de las provincias, dado que a partir de entonces este pasó a contar con una estructura de establecimientos sanitarios propios en todo el territorio nacional y capacidad para orientar el desarrollo de la estructura sanitaria en las provincias.⁵ Como destaca Arce, estas medidas tendieron a “apuntalar un modelo en el que predominaba la concentración, por parte del Estado nacional, de la capacidad de planificar y ejecutar en materia de salud” (ibíd.: 112).

Desde la perspectiva de las relaciones políticas, el desarrollo de estructuras propias para la prestación de servicios significó un *punto de clivaje* de importancia en relación con los mecanismos de ajuste entre la nación y las provincias, que se produjo sin alterar la estructura federal. Faletti sostiene que la fuerza de disciplinamiento de los partidos de masas, la importancia demográfica y la

⁵ Además de la duplicación de las camas totales disponibles (de 66.300 a 134.218), cabe realizar algunas precisiones acerca de su jurisdicción. La participación de las camas nacionales creció del 23%, del total que representaban en 1946, al 34,7%, en 1954; las provincias lo hicieron entre el 12,2% y el 28,5%; y los municipios redujeron su participación en la dotación del 27,5% al 15,9% (Arce, 2010: 111).

concentración económica de la región pampeana condujeron a crear un sistema federal centralizado, con presidentes fuertes y gobernadores relativamente débiles (Faletti, 2004: 77-78). La historia introduce otro aspecto que parece haber abonado a la legitimidad presidencial: la construcción y desarrollo de las instituciones del Estado social, un aspecto en el que insisten los estudios sobre Estado de Bienestar y federalismo (Banting y Corbett, 2002; Obinger, Leibfried y Castles, 2005).

Aunque en una primera etapa se tendió a la centralización, siendo expresivo de este momento el Primer Plan Quinquenal (1947-1951),⁶ estos procesos no fueron homogéneos ni estuvieron exentos de conflictos. Tal como destacan Belmartino y Bloch, la “interrelación conflictiva entre definiciones técnicas y demandas políticas” tuvo importantes consecuencias institucionales en el interior del sector salud, que se expresaron en una tensión entre la lógica de la expansión de servicios estatales y la idea de organización de un seguro nacional (1994: 22).

Según algunos autores, el Segundo Plan Quinquenal (1952-1957) confirma la jerarquización del papel de las mutuales en atención de la salud y formaliza el desplazamiento de aquella idea de constituir un sistema centralizado. No obstante y tal como señalan Katz *et al.*, en la incipiente emergencia de un modelo alternativo al universal no aparece todavía con claridad la idea de desdoblamiento de la manutención de los establecimientos de su financiación (1993: 19). Esta orientación culmina con la reorganización institucional en el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, en el año 1954, que terminó siendo el encargado de gestionar los servicios existentes y el responsable de la población sin cobertura propia de salud (Andrenacci, Falappa y Lvovich, 2004; Golbert, 2010).

A la luz de los procesos posteriores, esta tensión entre dos lógicas de organización parece haberse resuelto a favor de la conformación de un sector estructurado en torno a un modelo de seguro solidario que devino, una década más tarde, en las *obras sociales*. Así, las instituciones del federalismo (orientadas a generar y mantener la unidad habilitando a su vez una diversidad basada en el poder de veto de las provincias) convivieron con un proceso poblado de instrumentos de sentido más centralista. Esta coexistencia condicionó el proceso de descentralización (Faletti, 2010) y dio lugar a conflictos, equilibrios y tensiones que persisten hasta la actualidad atravesando el diseño y la implementación de las políticas.

⁶ El ideario de Ramón Carrillo se orientaba en ese sentido: “centralización normativa y descentralización administrativa”.

Los caminos abiertos en los orígenes de las instituciones del sector salud plantean dos líneas de reflexión para la pregunta que vertebra este libro. La primera remite de manera explícita a las consecuencias del “eclipse” que representó el proyecto centralizador para la conformación de los escenarios provinciales, un aspecto que abordaremos más adelante. La segunda llama a indagar en las consecuencias que tuvo el desarrollo de las instituciones de la seguridad social en la conformación de cada uno de esos escenarios. Este libro pone el foco en la primera línea de reflexión, haciendo algunas referencias contextuales acerca de la segunda, solo en aquellos casos en que –en el período bajo análisis– incide en la dinámica intergubernamental.

Descentralización y federalismo

La descentralización se escribe muy tempranamente en la tensión derivada de dos rasgos que caracterizan el sector salud: por una parte, ser una cuestión no delegada por las provincias en el gobierno federal; y por otra parte, haber formado parte del proceso de constitución del Estado social. Esa tensión instituye diferencias importantes en las condiciones de partida respecto de procesos similares en otros sectores.

El intento por constituir un sistema universal y centralizado fue sucedido de manera casi inmediata por una tendencia sostenida hacia la descentralización. Estas iniciativas fueron contemporáneas del desarrollo de las instituciones de la seguridad social, organizaciones no estatales que pasaron “a controlar una parte de la regulación de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios” (Katz *et al.*, 1993: 20). La obligatoriedad de afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad (Ley Nacional 18610 de Obras Sociales), la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) en 1970 y, posteriormente, del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) (Ley Nacional 19032, del 13 de mayo) en 1971 fueron sus hitos principales.

La corriente descentralizadora fue reflejo de las tendencias preeminentes en las organizaciones sanitarias internacionales; prueba de ello es que la primera transferencia de hospitales a las provincias fue impulsada por el informe técnico acerca de la situación de los hospitales que realizó una misión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1957.⁷ Aunque al año siguiente se

⁷ “La Comisión está de acuerdo con el deseo expresado por el gobierno de la nación de transferir a las provincias y municipios las actividades de salud pública que son de carácter exclusivamente

retrotrajo a la esfera nacional, la Ley del Presupuesto de 1962 terminó de definir la transferencia de los primeros hospitales a las provincias de Santa Cruz, Formosa, Tucumán y Córdoba (ibíd.: 20-21; Arce, 2010: 175-176). En la década siguiente, las leyes nacionales 18586 de 1970 y 21883 de 1978 completaron la transferencia de los 65 establecimientos restantes a las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.

En el breve pero intenso período democrático que se abrió en 1973, se aprobó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el propósito de conformar un sistema único con eje en el Estado que asegurara un acceso igualitario a la salud para toda la población; aunque la ley fue sancionada, no logró suscitar el interés de las obras sociales ni tampoco fue mayoritaria la adhesión de las provincias (Arce, 2010: 215).⁸

Los procesos de descentralización en salud fueron analizados por distintos estudios internacionales (Cabrero Mendoza, 2006, 2010; Arretche, 2003 y 2010) y nacionales. Estos últimos los ponen en el contexto de la fragilidad de las relaciones fiscales entre la nación y las provincias (Bisang y Cetrángolo, 1997 y 1998; Cetrángolo y Jiménez, 2004a, 2004b). La principal hipótesis de estos autores ha sido que, lejos del ideario de acercamiento de las decisiones a las preferencias de la población y de haber representado un avance de los gobiernos subnacionales sobre el poder central, el objetivo de la descentralización en salud fue responder a las necesidades inherentes al desarrollo del conflicto financiero entre la nación y las provincias. Resultado de esta motivación es que fue realizada sin prestar atención a las necesidades del sector (Bisang y Cetrángolo, 1998: 119).

La transferencia de servicios hacia las provincias fue el rasgo que caracterizó a estas reformas. Se trató, según Faletti, de una “descentralización administrativa” (2004: 82) que estuvo caracterizada por dos rasgos básicos: por una parte, que (en el contexto de un gobierno de facto) los gobiernos provinciales suscribieron los acuerdos en calidad de delegados del Poder Ejecutivo Nacional (Katz *et al.*, 1993: 21); y por otra parte, que lo hicieron sin contar con los mecanismos de compensación financiera que garantizaran su sostenimiento efectivo. Así planteada, la descentralización ayudó a los gobiernos nacionales a alcanzar el

federal, y de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en estos problemas” (informe de la ops, 1957, citado por Rovere, 2004).

⁸ Ley 20748/74: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Se implementó en Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis; la ley exceptúa a las obras sociales a participar.

objetivo de reducir sus presupuestos, pero dejó a las provincias en condiciones muy precarias para sostener los servicios.

Esta dinámica convivió con procesos fundacionales en otros subsectores. Desde las instituciones de la seguridad social comenzó a instalarse en este período el desdoblamiento entre la posesión patrimonial de los establecimientos y su financiación y surgieron distintos instrumentos que viabilizaron esta idea (el pago por práctica médica y la jerarquización de las prácticas de complejidad en el nomenclador fueron algunos ejemplos), lo que generó un contexto adverso para los hospitales estatales, en franco proceso de descentralización hacia las provincias. En el subsector estatal, las políticas reaccionaron frente a estos procesos buscando insertar a los hospitales estatales en esta nueva lógica de desdoblamiento de funciones, a la que los establecimientos privados se adaptaban mejor (ibíd.: 22-23). La creación de los Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad (SAMIC) en 1967 fue un ejemplo en el nivel nacional que tuvo distintas expresiones provinciales.

La entrada en vigencia de un nuevo nomenclador⁹ que jerarquizaba la tecnología de diagnóstico y tratamiento por sobre el enfoque clínico tuvo también consecuencias en el relegamiento de los hospitales estatales. Con estas nuevas reglas de juego echó raíces un modelo prestador orientado al tratamiento de enfermedades y a las prestaciones complejas, frente al cual los hospitales estatales perdieron la jerarquía que ostentaban décadas atrás (ibíd.: 26-27). Aunque se trató de un proceso más general del sector, incidió de modo singular dada su contemporaneidad con la tendencia descentralizadora de aquellas décadas.

Estos procesos estuvieron acompañados por distintos intentos de coordinación¹⁰ que culminaron con la creación del Consejo Federal de Salud (COFESA) en el año 1981, una instancia intergubernamental de la que participaban los ministros provinciales delegados por sus respectivos gobernadores y que estaba

⁹ “El nomenclador consiste en un listado bastante exhaustivo de prestaciones, codificadas de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades, con su respectiva valorización. La inexistencia de un mecanismo capaz de ajustar los cambios en los precios relativos y la desactualización de los niveles de los precios para algunas de las prestaciones llevó a diferentes prácticas correctivas por parte de los prestadores, acentuadas a mediados de los años ochenta, como la sobreprestación y la aparición de bonos complementarios para las consultas” (Katz y Muñoz, 1988; citado por Cetrángolo y Devoto, 2002).

¹⁰ Sus orígenes se remontan a las reuniones realizadas entre 1966 y 1973, que culminan en lo que el Decreto-Ley 19717 denomina Comité Federal de Salud, el cual forma parte del Consejo Federal de Bienestar Social (COFEBISO). En el período 1974-1976 las acciones de coordinación tuvieron lugar en el contexto del Consejo Federal del SNIS. Recién en 1981 se crea el COFESA, mediante la Ley 22373/81, que rige hasta la actualidad su desempeño (Rodríguez y Tobar, 2003).

presidida por el ministro de la cartera nacional. En este espacio confluían situaciones muy diversas, pero todas condicionadas por el peso de la restricción fiscal.

La dificultad para solventar el financiamiento de los servicios transferidos creó un clima propicio para la convergencia de los intereses de los gobernadores. Superando los alineamientos partidarios, fue conformándose una coalición subnacional que se expresó (en distintos momentos y con diferente composición) en el seno del COFESA. Rodríguez y Tobar analizan su dinámica de funcionamiento y hacen mención a la celebración de Acuerdos Federales sobre Políticas de Salud o Acuerdos Sanitarios Federales, así como también a conflictos que emergían en contextos históricos signados por el debilitamiento del poder político de los gobiernos nacionales frente a las provincias. Los antecedentes de la década que analizamos en este libro son el Consejo Peronista de Salud (COPESA), con posterioridad a las elecciones de 1987 (durante el gobierno del presidente Raúl Alfonsín), y, en los albores de la crisis, la conformación del Bloque Federal de Ministros de Salud (durante el gobierno del presidente Fernando De la Rúa) (2003: 35-40), al que haremos referencia en el próximo capítulo.

A pesar de estas coincidencias políticas, las dificultades que enfrentaron los gobernadores para sobrellevar la gestión de los servicios fueron haciendo a las provincias más dependientes de las transferencias del gobierno central, por lo que (a pesar de los acuerdos existentes) llevó cuatro años poder sancionar la Ley Nacional 23548/88, que incorporó una parte de los impuestos a la coparticipación nacional¹¹ (Cetrángolo y Jiménez, 2004: 126-128) y estableció para la distribución secundaria tasas fijas por provincia. De esta situación, la provincia de Buenos Aires salió particularmente perjudicada.

Recapitulando, la descentralización de los servicios de salud generó una situación que quedó planteada como una tensión: por una parte, promovió el surgimiento de nuevos actores en el nivel subnacional; y por otra parte, su autonomía relativa estuvo fuertemente condicionada por las restricciones fiscales y por el contexto general de la dinámica sectorial. En su conjunto, estos procesos dieron como resultado muy diferentes respuestas en materia de conformación de la política y la estructura sanitaria en cada territorio.

¹¹ Según esta norma, se incorporaron a la coparticipación todos los impuestos (con la excepción de los derechos de importación y exportación y de otros previstos en otros regímenes o con afectación específica).

Paradojas en los noventa: las políticas neoliberales y el estatus constitucional del derecho a la salud

Las reformas neoliberales de los noventa profundizaron procesos previos y confirmaron en sus resultados el interés del gobierno central por aliviar las finanzas nacionales y concluir con la transferencia de las funciones en materia de salud a las provincias. A diferencia de otros sectores, en esta década *se completó el proceso de descentralización de los hospitales nacionales* iniciado décadas atrás. A través de la Ley de Presupuesto 24061/91 se facultó al Poder Ejecutivo para realizar la transferencia de los últimos hospitales públicos nacionales a las jurisdicciones de asiento. En la provincia de Buenos Aires se mantuvieron bajo la órbita nacional el Hospital Profesor Alejandro Posadas y la Colonia Montes de Oca (Arce, 2010: 296).

De manera complementaria y contribuyendo a encarar los problemas financieros que se abrían en el nivel de los establecimientos, la creación del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión, por medio del Decreto 578/93, “institucionalizó la separación de funciones de prestación y provisión y consagró la autonomía de los hospitales para facturar [prestaciones] a las obras sociales” y para celebrar acuerdos bajo “sistemas de pago por cápita”. Desde una mirada histórica, Arce sostiene que este decreto no hizo más que aplicar el término *autogestión* al “prolongado proceso de descentralización, que venía ocurriendo desde la década del sesenta en los hospitales” (ibíd.: 352). Además de disponer de fondos nacionales (de la Administración Nacional de Seguros de Salud, ANSSAL) para cancelar las deudas que tenían con los hospitales las obras sociales, el decreto expresaba la intención de la autoridad sanitaria nacional de trasladar paulatinamente el tradicional *subsidio a la oferta* hacia un *subsidio a la demanda* de servicios generada por la población sin cobertura médica (art. 10). Aunque con un cambio de denominación, estos criterios generales fueron ratificados por el gobierno siguiente a través de la figura de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), por medio del Decreto Nacional 939/2000 (ibíd.: 352-353). En un contexto de restricción presupuestaria, estas reglas de juego (en su variante original y en las distintas versiones que a esta sucedieron) tuvieron incidencia en la fragmentación del sector al promover distintas y variadas formas de autofinanciamiento.

Desde otro subsector, la *libre afiliación* y la *desregulación* del sistema de obras sociales atentó contra el principio de solidaridad que organizaba a estas instituciones (Danani, 2003; Findling, Arruñada y Klimovsky, 2002). El crecimiento de las empresas de medicina privada fue de la mano de aquella

medida (Fidalgo, 2008). Esta reforma (decretos nacionales 9/93 y 1141/96) avanzó en la eliminación de la doble cobertura, permitió la unificación de los aportes y posibilitó la libre elección de los afiliados a las obras sociales. Como sostiene Danani, se pasó de “un sistema de solidaridad segmentada a uno que reproduce directamente la estructura de ingresos personales” (2003: 232), con importantes consecuencias en la “fusión” y “concentración”, así como también en “la profundización de un proceso de homogeneidad polarizada o segmentada, [y] de ofertas dirigidas a sectores sociales específicos” (ibíd.: 250).

Reflejo de las potestades definidas en el sistema federal y convergiendo con estas medidas, las propuestas de cambio institucional en las provincias tendieron a promover la *conformación de seguros provinciales de salud*. Desde el año 1995, el Ministerio nacional comenzó a implementar (con financiamiento del Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento, BIRF) el Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), que estaba integrado por los proyectos de Reforma del Sistema de Seguros de Salud y de Reforma de la Atención Primaria de la Salud. Este programa buscó promover la conformación de seguros provinciales de salud, un hito que se convirtió en la condición de posibilidad para que las provincias pudieran recibir, de manera directa, préstamos de reforma provincial (préstamo BIRF 3831-AR). Al menos cuatro provincias avanzaron con distinto éxito en modelos de seguros de salud en sus jurisdicciones: Buenos Aires (desde el año 2000), Santa Fe (2000-2002), Río Negro (período de diseño 1996-2001) y Salta (más tarde, desde 2006) (Maceira, Cejas y Olaviaga, 2010: 5). Más adelante, nos concentraremos en las características de la propuesta que germinó en la provincia de Buenos Aires, el Seguro Público de Salud Provincial.

Estas reformas fueron desafiadas (en sus diagnósticos y en sus propuestas) por el incremento de la pobreza, el agravamiento de los problemas de empleo y sus consecuencias en la estructura y dinámica entre subsectores. La precarización de las condiciones de trabajo y el desempleo habían impactado de manera directa en el sector a través de cambios en la demanda, con consecuencias diferenciales según los territorios; la población sin cobertura de obra social, mutual o medicina privada pasó del 36,9% en 1991 al 48,05% en 2001 (INDEC, resultados de los censos nacionales de Población y Vivienda, 1991 y 2001).

En ese contexto estructural y en el marco de la revisión de las competencias estatales en salud, se multiplicaron *programas focalizados sobre determinados grupos poblacionales y territorios* que estuvieron destinados a “compensar” los efectos de las crisis en los sectores más vulnerables. En el sector salud se destacó el Programa Materno-Infantil y Nutrición (PROMIN), que contó con el financiamiento del BIRF y tuvo por “finalidad atender las necesidades prioritarias

de las mujeres en edad fértil y de los niños menores de 6 años pertenecientes a sectores pobres estructurales” en las áreas urbanas, periurbanas y rurales del país. Organizado según el criterio de doble focalización (territorial y por grupo de edad), fue uno de los principales dispositivos con que contó el Ministerio nacional en articulación con las provincias y los municipios, acerca de cuya incidencia en el GBA haremos referencia más adelante (Chiara y Di Virgilio, 2005: 90).

En el marco de estas transformaciones, sorprende que la reforma constitucional del año 1994 reconociera la tutela y protección de la salud a través de dos “vías protectoras”. Una primera referencia (art. 42) es la afirmación del derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios a la protección de la salud y la seguridad en relación con el consumo. Abramovich y Pautassi se refieren a este aspecto citando a Courtis, quien sostiene que no se trata de una garantía universal de salud sino que está limitada al carácter de consumidor (2008: 264).

La segunda vía protectora, de mayor alcance, es la que otorgó jerarquía constitucional a un conjunto de declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos (art. 75, inc. 22). Conforme a lo que establece el “artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –que define ‘el derecho a la salud de toda persona y al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental’–, el Estado quedó jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales, y no puede escudarse en la falta de recursos para justificar su incumplimiento” (ídem).

Sin embargo, consideramos necesario traer al análisis otro aspecto que permite dar cuenta de la complejidad que entraña su cumplimiento. Como derecho fundamental prestacional, el derecho a la salud conlleva potestades y acciones positivas de parte de los poderes públicos (en sus distintos niveles jurisdiccionales) en relación con la promoción e implementación de acciones adecuadas y suficientes para su efectivo ejercicio (Damsky, 2006: 168). En el caso de la salud, la capacidad para definir el alcance y la forma de organización es potestad de las provincias, así como también lo es la soberanía sobre los establecimientos, hospitales o CAPS, según sea el esquema de organización y descentralización adoptado en cada una.

Esta situación entra en tensión con el hecho de que “el Estado federal tiene no solo el deber de respetar esas obligaciones sino también de adoptar medidas positivas para hacerlas cumplir, aun cuando el responsable directo de una obligación o de una violación del tratado sea un Estado provincial [...]. Las provincias mantienen su obligación de aplicar tanto la Constitución Nacional

como los tratados de derechos humanos en sus propios ámbitos de competencia y por sus propias instancias estatales” (Abramovich y Pautassi, 2008: 266).

Por consiguiente, el cambio que introdujo la reforma de 1994 abrió un escenario institucional nuevo y complejo que define las coordenadas de la *tensión entre derecho y autonomía: al tiempo que consagra la garantía del derecho a la salud, sostiene la potestad de su ejercicio en la órbita de las provincias, responsables de definir su contenido y alcance y de establecer los modos de organización de los servicios –casi todos ya– bajo su órbita*. Independientemente de los arreglos institucionales adoptados para responder a aquel conjunto de situaciones que pudieran resultar judicializadas (y de las limitaciones evidentes que esta vía presenta), nos interesa indagar acerca del alcance que tuvieron estos cambios en las garantías constitucionales asumidas por el Estado federal en la configuración de un nuevo escenario para el diseño y la implementación de políticas.

La fragmentación vista desde los escenarios provinciales

El recorrido precedente muestra que desde la crisis de los años treinta hasta la actualidad se fue delineando un sector que presenta severos problemas de fragmentación. El planteo teórico de universalidad y las múltiples coberturas que tiene una parte de la población explican un gasto que en el año 2001 alcanzó el 9,4% del PIB, siendo el gasto público en salud el 2,1%; y el resto, gasto en seguridad social y privado (OPS-CEPAL-PNUD, 2011). A la fragmentación entre subsectores se suman otros aspectos que derivan de la particular conformación del territorio en la Argentina, por una parte, y de la organización institucional federal, por la otra. La *desigualdad* (en las condiciones de vida y en la distribución de los recursos disponibles) y la *heterogeneidad institucional* de los escenarios provinciales son dos ejes que complejizan el análisis.

Dimensiones de la desigualdad

La *concentración de la población en las grandes ciudades* es uno de los atributos que caracterizan la organización territorial argentina. En el año 2001, algo menos de la mitad de los 36 millones de habitantes se concentraba entre la provincia de Buenos Aires y la CABA; y sumando las provincias de Santa Fe y Córdoba, esa cifra ascendía a más del 60% de la población total. Esta concentración demográfica convive con disparidades importantes en la *distribución del producto*. Los datos disponibles para el año 2001 muestran una muy desigual participación de las provincias en el total nacional del PIB. Con el 7% de la población, la CABA

concentraba en aquel año algo más del 23% del PIB; sumada a la provincia de Buenos Aires, ambas reunían el 55% del PIB; y con las provincias de Santa Fe y Córdoba, ese porcentaje ascendía al 70% (Gatto, 2007).

Las disparidades entre provincias es otro de los rasgos que caracterizan la estructura socioterritorial. Los indicadores más utilizados, el índice de desarrollo humano ampliado (IDHA) (PNUD, 2002) y el de necesidades básicas insatisfechas (NBI) (INDEC, 2001), coinciden en mostrar (para los años 2000 y 2001 respectivamente) un grupo importante de provincias en situación particularmente desfavorecida; se trata de Catamarca, Chaco, Corrientes, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

Los indicadores epidemiológicos son expresión de estas brechas en las condiciones de vida. La *mortalidad infantil* es el indicador más expresivo y dramático de la situación sociosanitaria de la población. El grupo de provincias más desfavorecidas (que presentan valores por encima del promedio nacional) coincide con el que delineaban los indicadores socioeconómicos.

Si, como planteamos al comienzo, todos los habitantes del país gozan de los mismos derechos, la distribución de la cobertura de obra social o seguro médico marca muy diferentes condiciones entre las provincias para alcanzar su ejercicio efectivo. Como impacto evidente del deterioro en las condiciones del mercado de trabajo, en el año 2001 solo el 51% de la *población contaba con cobertura de obra social o seguro médico*. Este promedio encerraba valores extremos entre la CABA, Tierra del Fuego y Santa Cruz, con el 70% de la población con cobertura de obra social o seguro médico, y las provincias de Formosa y Chaco, con solo el 34% de la población con esa cobertura.

Son evidentes también las diferencias existentes en la disponibilidad de recursos físicos, financieros y humanos. La *dotación de CAPS*, por ejemplo, muestra brechas que van de 1 a 15 entre la provincia de La Rioja y el GBA en el número de personas que potencialmente deberían atender los CAPS públicos, con profundas diferencias internas en cada provincia (Maceira *et al.*, 2006).

El *gasto en el nivel provincial* es elocuente de las disparidades con que sus gobiernos enfrentan los desafíos que encierran muy desiguales condiciones, tanto socioeconómicas como de cobertura de seguros. En términos de gasto en atención de la salud provincial por habitante, mientras el valor promedio para el año 2001 fue de 111 pesos, diez provincias se encontraban por debajo de esos valores (Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Misiones, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán); mientras que Santa Cruz y Tierra del Fuego triplicaban el promedio nacional.

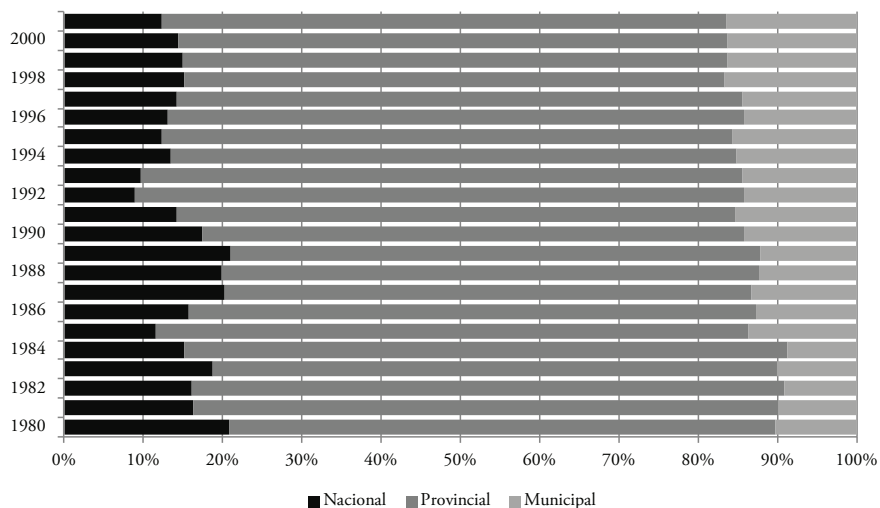
La *distribución de los recursos humanos* (medida en cantidad de habitantes por médico) es otra dimensión de la desigualdad que incide en las posibilidades de acción de la política pública en cada escenario provincial. Mientras que la CABA en el año 2001 disponía de un profesional médico cada 90 habitantes, en varias provincias la situación era entre 7 y 8 veces más desfavorable (Abramzón, 2005: 41).

Los pliegues de la fragmentación territorial que destaca este breve recorrido configuran (tanto en las condiciones de vida como en los recursos estatales disponibles) un contexto muy desigual para el ejercicio del derecho a la salud. La diversidad que presentan los escenarios provinciales en lo institucional tiende a profundizar estas brechas.

Heterogeneidad institucional: una mirada desde las constituciones y la estructura sanitaria

La relevancia del nivel provincial se refleja también en la composición del gasto consolidado, que en el año de la crisis era alrededor del 70% del gasto total. La jerarquía del escenario provincial es objeto de distintas definiciones en las constituciones provinciales que fueron reformadas en las últimas décadas. Casi todas las provincias consagran el derecho a la salud de manera explícita. Las constituciones de siete provincias lo definen como “derecho humano fundamental” (son los casos de Catamarca, Entre Ríos, Formosa, La Rioja, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán); y, en el mismo sentido, desde otras enunciaciones se describe el contenido de lo que se entiende por salud, al tiempo que se precisa su alcance (son los casos de la CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Río Negro, Salta y Santiago del Estero). En algunas constituciones se hace referencia explícita a la *universalidad* como principio (CABA, Chubut, Córdoba, Entre Ríos y Río Negro). Aunque con alcance diferente, la *gratuidad* de la atención está presente en cuatro textos constitucionales (CABA, Buenos Aires, Entre Ríos y La Rioja).

Gráfico 1.1. Gasto en atención pública de la salud según nivel gubernamental (porcentajes), 1980-2001



Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica.

Otro aspecto presente en muchas constituciones es la reivindicación del papel de *autoridad sanitaria* de las provincias; son los casos de la CABA, Chubut, Córdoba, Formosa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Salta, Tierra del Fuego y Tucumán. Complementariamente, se plantea también la función de coordinación interjurisdiccional (nación, otras provincias, municipios y establecimientos privados); las provincias de Neuquén, Río Negro y Santa Cruz crean Consejos Sanitarios Provinciales. Algunos textos ofrecen una precisión mayor y aportan lineamientos para la sanción posterior de una ley básica de salud pública; son los casos de la CABA y Tierra del Fuego. Solo las constituciones de Córdoba, Neuquén y Tierra del Fuego hacen referencia a la participación de los municipios en la organización de la provisión pública de salud (Carnotta, 2011).

Si el marco institucional formal configura un nivel provincial tan relevante como diverso en sus orientaciones y contenidos básicos, la participación de los municipios introduce otro aspecto desde el cual se configura la diversidad de estructuras sanitarias. La evolución y la estructura del gasto en salud ponen de manifiesto la relevancia del nivel municipal. Hacia principios de la década del ochenta, la participación del gasto en atención pública de la salud en esta

jurisdicción estaba por debajo del 10%, mientras que en los albores de la crisis alcanzaba el 16% del total del gasto público.¹² Se trata del nivel gubernamental que, en términos relativos, protagonizó el incremento más significativo, que se expresó, a su vez, en esquemas variables entre provincias (gráfico 1.1).

Estos valores agregados encierran distintas historias, a través de las cuales se fueron forjando estructuras sanitarias con responsabilidades diferentes de la provincia y de los municipios sobre los establecimientos. Estas diferencias se deben, en algunos casos, a procesos de descentralización hacia los municipios, mientras que, en otros, se trata de situaciones de vieja data que resultaron de la provincialización o municipalización de hospitales originariamente a cargo de instituciones de beneficencia. Se destaca que ya en el año 1954 las camas municipales eran 21.367, el 15,9% del total de camas del país (Arce, 2010: 111).

En términos generales y en consonancia con lo que muestra el gasto agregado, en el año 2000 la jurisdicción provincial tenía a su cargo el 68,22% de los CAPS y el 73,28% de los hospitales, mientras que la casi totalidad de los establecimientos restantes estaban bajo la órbita municipal (30,47% y 24,48% respectivamente) y apenas unos pocos permanecían bajo jurisdicción nacional. Estos porcentajes encierran al menos cuatro *patrones en la dependencia gubernamental de la estructura sanitaria* (cuadro 1.1).

¹² Elaboración propia según datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica.

Cuadro 1.1. Estructura sanitaria según dependencia de los establecimientos estatales, Argentina, 2000

Grupo	Características	Provincias
I	Establecimientos con y sin internación: a cargo del gobierno provincial.	Catamarca, Chaco, Chubut, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tierra del Fuego, Tucumán y CABA
II	Establecimientos sin internación: una parte bajo la órbita municipal (entre 16% y 26%) y el resto provincial. Establecimientos con internación: la totalidad bajo jurisdicción provincial.	Entre Ríos Mendoza Santa Cruz Santa Fe
III	Establecimientos sin internación: una parte importante bajo la órbita municipal (entre 24% y 36%) y el resto provincial. Establecimientos con internación: una parte bajo la órbita municipal (entre 25% y 68%) y el resto provincial.	Corrientes y Córdoba
IV	Establecimientos sin internación: bajo la órbita municipal. Establecimientos con internación: una parte importante bajo la órbita municipal (69%) y el resto provincial.	Buenos Aires

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Nota: Se consideraron como establecimientos sin internación aquellos que disponían de 1 a 4 camas.

El primer patrón, dominante en los albores de la crisis, es aquel en el que *los gobiernos provinciales* tienen a su cargo *los establecimientos con y sin internación* (hospitales de distinto nivel de complejidad y CAPS). A este grupo pertenecen las provincias de Catamarca, Chaco, Chubut, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán. La CABA presentaba el 86% de los establecimientos bajo su órbita; aunque el resto eran nacionales, se trataba de institutos especializados en investigación con alcance nacional, razón por la cual se la incluye en este grupo.

En un segundo grupo de provincias, *la jurisdicción municipal tiene alguna incidencia en los establecimientos sin internación* (alrededor del 25%), sea como

resultado de procesos de descentralización o bien por desarrollos autónomos de los municipios (coordinados o no con el gobierno provincial), *y mantiene casi la totalidad de los establecimientos con internación bajo la órbita provincial* (cuando existe participación municipal es menor al 5% de los establecimientos). Son los casos de las provincias de Entre Ríos, Mendoza, Santa Cruz y Santa Fe.

El tercer grupo está formado por las provincias de Córdoba y Corrientes, que tienen *una parte importante de los establecimientos sin internación bajo la órbita municipal* (el 36,28% y el 24,17% respectivamente), a la vez que una participación también *considerable de los municipios en los establecimientos con internación* (68,35% en Córdoba y 25% en Corrientes).

La provincia de Buenos Aires es, sin lugar a dudas, un caso singular: su estructura sanitaria responde a un *patrón bien definido en relación con los establecimientos sin internación y una presencia muy importante de los municipios en los establecimientos con internación*. La totalidad de los establecimientos sin internación (97,32%) y una parte significativa de los establecimientos con internación (69,62%) se encontraban en el año 2000 bajo la órbita municipal.

Como se advierte en este análisis, el nivel subnacional se descompone en escenarios provinciales muy diferentes en relación con su estructura sanitaria, en el ordenamiento jurídico que deriva del marco constitucional, en los niveles de gobierno comprometidos con su gestión y en la capacidad de respuesta con respecto a situaciones sociosanitarias.

La *desigualdad de los territorios y la heterogeneidad institucional* estimulan a retomar el análisis de la dimensión subnacional en una perspectiva intergubernamental, que esté atenta no solo a las particularidades institucionales de los escenarios provincial y local sino también a sus posibilidades de articulación y superación de las brechas de desigualdad que existen tanto en las condiciones de la demanda como en la oferta de servicios.

Las características del sistema sanitario argentino y su contexto exigen abordar la encrucijada entre política sanitaria y relaciones intergubernamentales atendiendo a los dos debates que están presentes en la literatura. Por una parte, aquel que reivindica la *autonomía relativa de las instancias subnacionales frente a los gobiernos centrales*, organizador de parte de las argumentaciones de los estudios de relaciones intergubernamentales; y por otra parte, el *desafío de la igualdad en el acceso a derechos*, que funda otro núcleo de preocupaciones en torno a la coordinación y la regulación desde los gobiernos centrales.

Procesos, instituciones y actores en la construcción del campo de la salud en el Gran Buenos Aires

Belmartino, Bloch y Báscolo destacaron la jerarquía del escenario provincial al analizar la dinámica que adoptaron las instituciones y los actores de la atención médica con posterioridad a la coyuntura crítica de finales de la década del ochenta. Su planteo, focalizado en la seguridad social, era que “ante la débil influencia reguladora del Estado nacional y la ruptura del pacto corporativo, el protagonismo en la definición de las reglas de juego se traslada[ba] a un nivel intermedio definido por las relaciones entre financiadores y proveedores, ubicado fundamentalmente en el espacio provincial o local” (2002: 4). Nuestro análisis retoma aquella hipótesis y nos detenemos en los procesos de provisión de servicios de salud a través de establecimientos estatales (CAPS y hospitales) en el singular territorio del GBA en las puertas de la crisis.

El Gran Buenos Aires: atributos y contrastes

La provincia de Buenos Aires concentra desde hace varias décadas el 40% de la población del país. De los casi 14 millones de habitantes que tenía en el año 2001 a los 15.625.084 en el año 2010, muestra una variación intercensal del 13%, que supera en tres puntos el promedio nacional. Tiene una extensión algo superior a los 300.000 kilómetros cuadrados y una densidad de población de 50,8 hab/km². Está dividida en 134 unidades político-administrativas denominadas “partidos” (INDEC, SIEL). Como en las provincias de Entre Ríos, La Rioja, Mendoza y San Juan, los municipios equivalen en Buenos Aires a los departamentos o partidos. La concentración demográfica (38,95% de la población) y económica (se aglutina allí el 31,93% del PIB del país) es un atributo que distingue a Buenos Aires del resto de las provincias. Su peso relativo hace que los valores sean equivalentes a los promedios nacionales en pobreza, desarrollo humano e indicadores epidemiológicos.

En los albores de la crisis de principios del siglo, la provincia de Buenos Aires se destacó por su fuerte dependencia respecto de los recursos nacionales; en el año 2000, la nación aportaba el 49,6% de los recursos, mientras que el 50,4% restante eran de origen provincial (Salim *et al.*, 2010: 56). Estas son algunas de las razones que permiten explicar la declaración temprana de la emergencia en la provincia, así como también las profundas dificultades que enfrentó para salir de la crisis.

Caracteriza a la provincia el conglomerado de los 24 partidos que constituyen la conurbación de la CABA, a los que denominamos “24 partidos del Gran Buenos Aires”, “partidos del Gran Buenos Aires” o, de modo sintético, “Gran Buenos Aires” (GBA), también llamado “conurbano bonaerense”. Este agregado de partidos presenta características muy diferentes en sus indicadores sociodemográficos, socioeconómicos y sociosanitarios en relación con el resto de la provincia.

Partiendo de una población total de más de 8 millones de habitantes en el año 2001, el GBA alcanzó los 9.916.715 en el año 2010 (INDEC, 2001 y 2010), con un incremento intercensal del 14,2%, un valor que superaba tanto el promedio nacional (10,6%) como la variación que sufrieron los partidos del resto de la provincia (11%). Con una densidad poblacional elevada (2.694,8 hab/km²) que contrasta con el promedio del resto de la provincia (18,8 hab/km²), el GBA viene concentrando una cuarta parte de la población del país, excluyendo la CABA¹³ (tabla 1.1).

Tabla 1.1. Población y variación intercensal (total país, provincia y 24 partidos del Gran Buenos Aires), 2001 y 2010

Dependencia	Población		
	2001	2010	Variación (%)
24 partidos del GBA	8.684.437	9.916.715	14,19
Otros partidos de la provincia	5.142.766	5.708.369	11
Provincia de Buenos Aires	13.827.203	15.625.084	13
País	36.260.130	40.117.096	10,64

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001 y 2010.

El crecimiento de esta región respondió a distintos procesos de urbanización, a partir de los cuales se fueron conformando cordones concéntricos alrededor de la CABA con características diferenciadas. El *primer cordón* está conformado por los municipios lindantes con la CABA, los cuales presentan la mayor densidad poblacional y tasas de crecimiento menor, mejor provisión de servicios urbanos y sociales y mejores indicadores de salud: Avellaneda, Gral. San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, Lanús, Morón, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López. Estos municipios se caracterizan por tener una población con menor proporción

¹³ INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001 y 2010.

de niños y jóvenes, un aumento proporcional de personas mayores de 65 años, bajas tasas de natalidad, alta mortalidad general y un saldo migratorio negativo. El *segundo cordón* está constituido por los partidos de Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, José C. Paz, La Matanza, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Quilmes, San Fernando, San Miguel y Tigre. Aunque en los últimos años puede observarse una disminución en su tasa de crecimiento, estos partidos presentan características muy distintas a las del primer cordón y a las del interior de la provincia. En términos de su estructura demográfica, se caracterizan por tener poblaciones más jóvenes, una tasa de natalidad aún alta o estable, una mortalidad general baja y mayores niveles de población con necesidades básicas insatisfechas. Un tercer grupo de partidos comienza a esbozar el *tercer cordón* de la conurbación de la CABA. Se trata de los partidos de Escobar, Pilar y Presidente Perón, cuyas características comienzan a acercarse a las de los partidos del segundo cordón. Fundados en la magnitud demográfica, en este libro nos concentramos en los 24 partidos que comprenden el primer y segundo cordón.

La región fue escenario de los impactos más agudos de la crisis económica, política y social que llegó a su punto más crítico en el mes de diciembre de 2001, punto de partida de nuestra investigación. Los datos disponibles dan cuenta tanto de la magnitud del problema como de lo acelerado de su crecimiento. Mientras que en mayo de 1992 la tasa de desempleo estaba en el 6%, estos valores alcanzaban el 21% en 2001 (Encuesta Permanente de Hogares –EPH–, octubre), con diferencias internas que (en la onda del mes de octubre) oscilaban entre el 18,1% (CB1) y el 24,7% (CB4).¹⁴

Según el censo de 2001, el 17,6% de la población del GBA tenía necesidades básicas insatisfechas (NBI), unos valores bastante más elevados que los del resto de la provincia (12,7%). Como en casi la totalidad de los indicadores sociales, los promedios encierran fuertes brechas entre partidos de la región. Los datos de pobreza del año 2001 dibujaban un mapa muy desigual entre partidos: desde

¹⁴ Hasta el año 2003 el INDEC procesaba los datos de la EPH a partir de cuatro agrupamientos contruidos en función de algunas variables socioeconómicas, lo que le permitía mostrar la heterogeneidad del aglomerado. Estos cuatro agrupamientos eran llamados por el INDEC “conurbanos bonaerenses”. Conurbano bonaerense 1 (CB1): San Isidro y Vicente López; conurbano bonaerense 2 (CB2): Avellaneda, La Matanza 1 (el partido de La Matanza fue dividido en dos zonas diferenciadas, como puede observarse en el mapa 4), Morón, Gral. San Martín y Tres de Febrero; conurbano bonaerense 3 (CB3): Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes; conurbano bonaerense 4 (CB4): Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, Gral. Sarmiento, La Matanza 2, San Fernando y Tigre (INDEC, 2003).

situaciones como la del partido de Vicente López, con el 4,8% de su población con NBI, hasta otros que llegaban al 30,4% (Florencio Varela).

La desigualdad que presenta el mapa de la pobreza tiene a su vez correlatos dramáticos en la situación sociosanitaria de la región. La tasa de mortalidad infantil en el GBA en el año 2001 superaba en un punto el promedio provincial (16‰ sobre el 15‰), y en tres puntos el promedio del resto de los partidos de la provincia (13‰). Esta tasa encierra a su vez situaciones locales muy desiguales, tanto en los valores relativos como absolutos, que van del 9,6‰ en el partido de San Isidro, con 45 eventos, al 20,5‰ en el partido de Merlo, con 182 eventos en ese año.

El desempleo, el subempleo y la precarización laboral impactaron en la cobertura de salud por obras sociales y seguros privados, lo que configuró un escenario particularmente desafiante para las instituciones estatales de salud en la provincia en general y en el GBA en particular. En el año 2001, el 51% de la población de la provincia tenía cobertura de obra social o seguro médico privado; ese porcentaje descendía al 48% en el GBA, y presentaba valores bastante más elevados en el resto de la provincia (56,55%).

La heterogeneidad del GBA se expresa también en este aspecto de la estructura sanitaria. Mientras que algunos partidos tenían el 72% de la población con algún nivel de aseguramiento –cobertura de obra social o seguro médico– (Vicente López), en otros solo el 35% de su población tenía esta cobertura (Moreno y Florencio Varela). Esta situación se torna aún más crítica cuando se analiza el incremento que sufrió la población sin cobertura de obra social o seguro médico en el período intercensal 1991-2001, que alcanzó en algunos partidos variaciones de más del 70%.¹⁵ Estos cambios en la estructura de la demanda impactaron de modo directo sobre los establecimientos estatales. El crecimiento en las consultas a establecimientos estatales habla de profundas transformaciones en las condiciones de aseguramiento de la población: mientras que en el año 1990 en la provincia de Buenos Aires se contabilizaba un total de casi 18 millones de consultas,¹⁶ en el año 2001 esa cifra alcanzó los casi 38 millones.¹⁷

La complejidad institucional distingue la estructura sanitaria de la provincia y puede ser explicada por la convivencia de distintos procesos. Como en el conjunto del país, el sector salud se organiza a través de distintos tipos de servicios,

¹⁵ En la provincia, los niveles de cobertura descendieron del 63,1% en 1991 al 51,95% en 2001 (INDEC, CNPV, 1991 y 2001).

¹⁶ INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Sectoriales, según información suministrada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

¹⁷ Según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (DIS).

que, según su modalidad de financiamiento y la estructura organizativa, pueden dividirse en dos grandes categorías: los establecimientos de dependencia estatal y los servicios privados que brindan atención a través de consultorios y sanatorios o clínicas, por libre elección o bien por pago del acto médico, que puede ser directo (a través del pago de bolsillo) o indirecto (a través de las obras sociales).

La provincia de Buenos Aires presentaba en los albores de la crisis de 2001 una estructura sanitaria singular, debido a que la totalidad de los *establecimientos estatales sin internación* (CAPS) estaban bajo la órbita municipal, mientras que bajo esta jurisdicción se encontraba también el 69% de los *establecimientos con internación* (hospitales de diferente nivel de complejidad). El 31% de los hospitales estaba bajo la órbita provincial.

En el año 2000, la provincia contaba con 1.491 establecimientos estatales sin internación, de los cuales casi la totalidad (97,32%) eran de jurisdicción municipal; 588 estaban localizados en el GBA; y 863, en los partidos del resto de la provincia. Los procesos a los que haremos referencia en este capítulo ayudan a comprender la génesis de este rasgo que distingue a la estructura sanitaria de Buenos Aires respecto del resto de las provincias argentinas (tabla 1.2). Esta dotación estatal convivía con otros 2.653 policonsultorios y clínicas sin internación privados o dependientes de las obras sociales, las cuales representaban, tanto en el GBA como en el resto de la provincia, alrededor del 60% de los establecimientos.

Tabla 1.2. Establecimientos estatales sin internación (cantidad y porcentaje) según dependencia (provincia de Buenos Aires), 2000

Dependencia	Cantidad				Porcentaje			
	Nación	Provincia	Municipio	Mixta	Nación	Provincia	Municipio	Mixta
Buenos Aires	3	35	1451	2	0,2	2,35	97,32	0,13
24 partidos del GBA	0	21	588	0	0	3,45	96,55	0
Resto de la provincia	3	14	863	2	0,34	1,59	97,85	0,23

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Nota: Se consideraron como establecimientos sin internación aquellos que disponían de 1 a 4 camas.

Del total de los 260 establecimientos estatales con internación existentes en el año 2000 en toda la provincia, 61 estaban localizados en el GBA y 199 en el resto de la provincia. La dependencia de estos establecimientos profundiza las diferencias ya destacadas entre el GBA y el resto de los partidos de la provincia: mientras que en esta región el 44% (27) estaba bajo la órbita provincial, en el resto de la provincia el porcentaje era aún menor: 21% (42). A excepción de los ocho establecimientos nacionales, el resto estaba a cargo de los municipios (181) (tabla 1.3).

Esta oferta estatal convivía con otra, considerable en cantidad (522, el 66% del total), de establecimientos privados o dependientes de las obras sociales, de los cuales 280 (82%) estaban localizados en el GBA y 242 (54%) en el interior de la provincia.¹⁸

Tabla 1.3. Establecimientos estatales con internación según dependencia administrativa (cantidad y porcentaje), 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2000

Dependencia	Cantidad				Porcentaje			
	Nación	Provincia	Municipio	Mixta	Nación	Provincia	Municipio	Mixta
Buenos Aires	8	69	181	2	3,08	26,54	69,62	0,77
24 partidos del GBA	2	27	31	1	3,28	44,26	50,82	1,64
Otros partidos de la provincia	6	42	150	1	3,02	21,11	75,38	0,5

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Notas: Los establecimientos nacionales incluyen los dos establecimientos para enfermos crónicos que se destacan por su magnitud: Sanatorio Baldomero Sommer (lepra) y Colonia Nacional M. Montes de Oca (psiquiátrico). Se consideraron como establecimientos con internación aquellos que disponían de más de 5 camas.

La importancia relativa por subsector y según nivel gubernamental debe ser ponderada en relación con la capacidad de cada establecimiento para resolver

¹⁸ Elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

internaciones. Considerando la cantidad de camas para internación,¹⁹ el nivel provincial presentaba en el año 2000 mayor importancia relativa en el GBA que en el resto de la provincia. Del total de las 24.438 camas estatales disponibles en toda la provincia, más de la mitad (57%) pertenecían a la jurisdicción provincial, con una incidencia mayor para el año 2000 en el GBA (67,47%) que en el resto de la provincia (50,98%) (tabla 1.4).

Tabla 1.4. Camas en establecimientos estatales con internación según dependencia administrativa (cantidad y porcentaje), 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2000

Dependencia	Cantidad				Porcentaje			
	Nación	Provincia	Municipio	Mixta	Nación	Provincia	Municipio	Mixta
Buenos Aires	2.999	13.877	7.520	42	12,27	56,78	30,77	0,17
24 partidos del GBA	509	5.994	2.350	31	5,73	67,47	26,45	0,35
Otros partidos de la provincia	2.490	7.883	5.170	11	16,01	50,68	33,24	0,07

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Nota: Los establecimientos nacionales incluyen las 1.811 camas situadas en dos establecimientos para enfermos crónicos que se destacan por su magnitud: Sanatorio Baldomero Sommer (lepra) y Colonia Nacional M. Montes de Oca (psiquiátrico).

La importancia relativa de los establecimientos privados que atienden a población con alguna forma de seguro o capacidad de pago disminuye al analizar su capacidad para resolver internaciones. Las camas en estos establecimientos representaban en el año 2000 el 29,7% del total provincial, el 44% estaba localizado en el GBA y apenas el 16% en el interior de la provincia. Estos datos refuerzan el carácter más competitivo del GBA, destacado por Feller y Pérez Arias (1993: 67) hacia fines de la década del ochenta, y marcan profundas diferencias con los partidos del resto de la provincia. Allí una población con

¹⁹ Cabe destacar que en este análisis se toma el valor “cama”, presente en el registro nacional (DEIS, Ministerio de Salud de la Nación). En el análisis posterior de la serie 2001-2011, tomaremos el dato provisto del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que se refiere al promedio de camas disponibles.

cobertura de obra social algo superior a la del GBA contaba con el 83,75% de los establecimientos bajo jurisdicción estatal (tabla 1.5).

Tabla 1.5. Camas en establecimientos con internación según dependencia (estatal, de obras sociales y privados) (cantidad y porcentaje), 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2000

Dependencia	Cantidad			Porcentaje		
	Total	Estatal	Obra social y privados	Total	Estatal	Obra social y privados
Buenos Aires	34.760	24.438	10.322	100	70,3	29,7
24 partidos del GBA	16.133	8.884	7.249	100	55,07	44,93
Otros partidos de la provincia	18.571	15.554	3.017	100	83,75	16,25

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Adentrándonos en el análisis del GBA, la distribución de responsabilidades sobre CAPS y hospitales presenta una considerable heterogeneidad entre partidos. Esta situación es consecuencia de una historia compleja, tejida tanto desde las acciones como desde las omisiones del Estado provincial que se fueron cristalizando en el territorio.

Un mandato constitucional preciso y el territorio como objeto de control

El mandato constitucional y la escala territorial son rasgos a considerar en el momento de comprender la particular conformación del sector y los altos niveles de fragmentación que caracterizan a la provincia. En Buenos Aires, el derecho a la salud está consagrado por la constitución provincial de 1994, que, en su artículo 36 (inc. 8), destaca el carácter de derecho prestacional, el principio de accesibilidad, el alcance preventivo y asistencial, la gratuidad en el acceso a los hospitales públicos y el carácter de “bien social” de los medicamentos:

Derecho prestacional: se garantiza a todos los habitantes el acceso a la salud, en sus aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; promueve la educación para la salud.

Gratuidad en el acceso a los hospitales: sostiene el hospital público y gratuito.

Accesibilidad: la provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales.

Alcance preventivo y asistencial: la provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico-dependientes.

Medicamento como bien social: el medicamento, por su condición de bien social, integra el derecho a la salud; la provincia, a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad, asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización (Constitución de la Provincia de Buenos Aires, 13/9/94, art. 36, inc. 8).

El Ministerio de Salud es el organismo del Poder Ejecutivo provincial responsable de garantizar el cumplimiento de este mandato constitucional, de diseñar políticas y de administrar los establecimientos de dependencia estatal. En el año 2000 contaba con un presupuesto de 1.800 millones de pesos destinados a atención pública de salud, lo que representaba el 62,37% del gasto en salud y casi el 9% del gasto total de la provincia.²⁰

Tal como sucede en otras provincias, la trama institucional se completa, desde fines de la década del cincuenta, con el Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA) (Ley Provincial 2452, de 1957, modificada en 1987), una obra social provincial que, a pesar de su autarquía, ha tenido distinta relevancia para la conformación del subsector. En el año 2000 tenía apenas algo más de un millón de afiliados, y su presupuesto alcanzaba el 38% del gasto en salud provincial. FEMEBBA, los Círculos Médicos, FECLIBA y ACLIBA fueron y continúan siendo sus

²⁰ Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica.

prestadores principales para servicios ambulatorios (por sistema de pago capitado) y de internación (por cartera fija) respectivamente (Arce, 2010: 430-433).²¹

El Ministerio de Salud provincial estaba organizado operativamente en doce regiones sanitarias. En un contexto nacional caracterizado por una franca expectativa respecto de la planificación, en 1966 el Ministerio provincial adoptó un esquema regionalizado para el ejercicio de algunas funciones, creando un nivel intermedio denominado “región sanitaria”. Esta zonificación no era coincidente con la que empleaban otros organismos y actores del sector (IOMA, Colegio Médico, FEMEBA, FECLIBA, INSSJP, entre otros) o extrasectoriales; esta situación de incongruencia entre jurisdicciones permaneció en todo el período. Según la normativa original, estas instancias tenían la finalidad de “coordinar y ordenar a las instituciones sanitarias en un conjunto orgánico y articulado, con el fin de lograr el abastecimiento planificado y suficiente de los servicios sanitarios en cada región” (Ley Provincial 7016/66, art. 2; Decreto 805/1967).

Originalmente, las regiones estaban a cargo de un coordinador de región sanitaria, y eran asesoradas por un Consejo Técnico Asesor, del que formaban parte los directores de los establecimientos, secretarios de salud de los municipios y un Consejo Sanitario, de carácter consultivo o informativo, a los que se agregaban representantes de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), entidades laborales, empresariales y de bien público.

Mientras comenzaba a debatirse el traspaso a la provincia de los hospitales nacionales, la desconcentración fue la estrategia organizativa adoptada para gestionar un territorio extenso, coordinando el trabajo entre hospitales, CAPS y programas verticales. La participación de los municipios, de la FEMEBA y de entidades empresariales ponía también en evidencia las expectativas cifradas en la necesidad de “trascender” en estos espacios de articulación las fronteras no solo de la jurisdicción provincial sino también del subsector estatal.

²¹ Como el resto de las obras sociales provinciales, se trata de una institución estatal generada por una ley de la propia jurisdicción, constituida por los aportes del personal provincial y, en algunos casos, también municipal. El IOMA es un ente autárquico con capacidad para actuar tanto pública como privadamente. Dado su estatus jurídico no está comprendido por la legislación que regula las obras sociales nacionales ni tampoco es objeto de transferencias de los fondos de redistribución. En la actualidad está regido por la Ley Provincial 6892/87. En el año 2000 el gasto del IOMA representaba el 61,26% del total del gasto en salud provincial (Arce, 2010: 424-430).

Más allá de lo institucional formal: el municipio como actor y las políticas provinciales

El rol que fueron asumiendo progresivamente los municipios en el modelado del subsector estatal es otro de los rasgos de la matriz institucional y del entramado de actores que distinguen a la provincia de Buenos Aires. La Constitución provincial de 1994 mantuvo la visión del municipio como un órgano autárquico cuyas funciones consisten en ejecutar las políticas públicas diseñadas a nivel provincial. Merece destacarse que esta limitación se sostiene a pesar de la consagración de la autonomía municipal en la Constitución Nacional reformada el mismo año.²²

Tanto el mandato constitucional como la Ley Orgánica de las Municipalidades –Decreto-Ley Provincial 9117/78– definen potestades *limitadas y ambiguas para los municipios en materia social*. Esas potestades están centradas en la administración de los servicios locales, acotadas a cuestiones de ornato y salubridad y condicionadas a lo que pueda establecer la Legislatura provincial a través de la Ley Orgánica de las Municipalidades. Según este encuadre normativo, son competencias de los municipios:

Tener a su cargo el ornato y la salubridad, los establecimientos de beneficencia que no estén a cargo de sociedades particulares, asilos de inmigrantes que sostenga la provincia, las cárceles locales de detenidos y la vialidad pública (art. 192, inc. 4).

Constituyen obras públicas municipales: a) las concernientes a los establecimientos e instituciones municipales; b) las de ornato, salubridad, vivienda y urbanismo (art. 59) (Decreto-Ley Provincial 9117/78).

Los mecanismos de financiamiento de los municipios de la provincia de Buenos Aires establecen una distancia mayor con el diverso mapa general (Sabaini y Jiménez, 2011). En esta provincia, los municipios se financian con recursos propios (que resultan de las –ya bastante acotadas– tasas y otras imposiciones que están facultados para realizar) y con las transferencias de otras jurisdicciones y niveles gubernamentales, entre las cuales la más importante es la coparticipación provincial.

²² La Constitución Nacional reformada en 1994 establece en el capítulo referido al gobierno de las provincias (art. 123): “Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el art. 5º, asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero”. En el cuadro 4 del anexo se presentan los principales hitos de las reformas sectoriales.

No obstante las limitaciones y ambigüedades establecidas en la institucionalidad formal, a partir de la recuperación de la democracia en 1983 y más particularmente finalizando esa década²³ se fueron dando importantes cambios en el papel que pasaron a desempeñar los municipios en la provincia. Registros disponibles del año 1980 (previo a la descentralización provincial y a la inauguración de las unidades sanitarias correspondientes al Plan Muñiz)²⁴ hablan –para toda la provincia– de la existencia de una importante cantidad de establecimientos bajo la órbita municipal (482 sin internación y 174 con internación).

Hacia mediados de la década del noventa, la transferencia al ámbito municipal de las unidades sanitarias pertenecientes al Plan Doctor Javier Francisco Muñiz (Ley Provincial 11554/94) fue una iniciativa importante que avanzó en la descentralización de las funciones relativas a la atención primaria de la salud, y coronó una serie de medidas tendientes a institucionalizar el monopolio de la participación de los municipios en la gestión de los establecimientos estatales sin internación. Esta decisión hizo que las 103 (así llamadas) unidades sanitarias provinciales se sumaran a las ya existentes en la órbita municipal. En su segundo artículo, dicha norma establecía lo siguiente:

El Poder Ejecutivo transferirá el personal afectado a las unidades sanitarias [...], cualquiera sea la naturaleza de la relación de empleo. En los convenios de cesión particularizados que se celebren en virtud de esta ley entre las municipalidades y el organismo de aplicación, todo aspecto vinculado con recursos humanos, pertenecientes a la planta permanente, serán resueltos por aplicación de los principios establecidos en la Ley 11184 de Reconversión del Estado. El personal que se transfiera será reubicado en el ámbito municipal dentro del agrupamiento y clase que corresponda a las características de sus tareas actuales (Ley Provincial 11554/94).

²³ Nos referimos a la crisis hiperinflacionaria en el plano económico y a la crisis política, que minó la capacidad de acción del gobierno y culminó con la entrega anticipada del mando presidencial en el año 1989 (Chiara, 2000).

²⁴ El Plan Muñiz consistió en un amplio programa de construcción de infraestructura física (“unidades sanitarias”, como se las conoció por entonces) y de provisión de equipamiento, fundamentalmente concentrado en los municipios del GBA. El plan involucró a los municipios, que cedían los terrenos, y a los ministerios provinciales de Obras Públicas, a cargo de la edificación, y de Salud Pública, que designaban al personal que trabajaría en los centros, los equipaba y los mantenía. Cabe señalar que las unidades sanitarias estuvieron en condiciones de ser inauguradas en 1983, y que esto ocurrió en democracia (Danani y Filc, 1998).

La aplicación del instrumento de *traspaso de servicios vía la descentralización* fue un hito importante para la reconfiguración de la organización del sector en la provincia por varias razones. En primer lugar, porque afectó a algo más de 100 unidades sanitarias, 76 de ellas localizadas en los 24 partidos del GBA,²⁵ y, en segundo lugar, por la infraestructura, los equipos profesionales y el equipamiento con que estas contaban. No obstante su importancia, cabe insistir en que no fueron los primeros establecimientos que estuvieron bajo la órbita municipal. Como se presentó anteriormente, los municipios ya contaban en 1980 con 482 establecimientos sin internación y 174 con internación. Estos datos ayudan a entender la existencia (previa a las corrientes descentralizadoras de los noventa) de distintas políticas provinciales orientadas a fortalecer, orientar o financiar los servicios de salud municipales, cuyo derrotero es necesario conocer para entender la situación que enfrentó (veinte años más tarde) la dinámica del sector en la provincia, en oportunidad de la crisis de 2001.

La sucesión entre *descentralización administrativa* y posterior *descentralización fiscal* fue –como destaca Faletti– la secuencia que signó las relaciones con los municipios (2010). El conjunto de dificultades financieras que enfrentaron para garantizar la prestación de los servicios (especialmente en los casos que tenían servicios con internación) dio lugar a distintas respuestas desde la política provincial. La primera de ellas es la ley promovida por los intendentes municipales para volver a la órbita provincial a aquellos establecimientos que habían sido transferidos en el año 1979 a los municipios (Decreto-Ley Provincial 9347/79). Aunque no llegaron a concretarse provincializaciones, cabe destacar que esta norma definió un instrumento (el traspaso de servicios a través de la centralización) que más tarde hizo posible la provincialización del Hospital Luciano y Mariano de la Vega en el partido de Moreno en 1999 y del Hospital Mi Pueblo en Florencio Varela en 2004.

El segundo intento por dar respuesta desde la política provincial a las dificultades financieras de los municipios fue una medida de *descentralización fiscal*: la progresiva inclusión de la variable “salud” (una singularidad que caracteriza al régimen bonaerense) en la reforma de la coparticipación provincial. La Ley Provincial 10559/87²⁶ instituyó el Régimen de Salud de la Coparticipación

²⁵ Almirante Brown (6), Avellaneda (3), Berazategui (4), Esteban Echeverría (5), Florencio Varela (9), Gral. San Martín (2), Gral. Sarmiento (5), La Matanza (3), Lanús (4), Lomas de Zamora (6), Merlo (5), Moreno (6), Morón (4), Quilmes (4), San Isidro (2), San Fernando (2), Tres de Febrero (3) y Tigre (3) (anexo de la Ley 11554/94).

²⁶ Con anterioridad, los decretos-ley 9347 de 1979 y 9478 de 1980 habían introducido (con inferior participación) la variable “establecimientos de salud” para establecer la distribución de

Provincial, y posteriormente las leyes provinciales 10758/88 y 10820/89 terminaron de fijar los criterios de distribución secundaria de los recursos hacia los municipios, en el contexto de un incipiente (pero no menos costoso desde el punto de vista financiero) desarrollo de la prestación de servicios de salud en la órbita municipal. Es en ese sentido que Iarussi (2008) plantea que la ley fue pensada como un sistema de transferencias de *carácter devolutivo* condicionado a la producción. Como anticipamos, se trató de un esquema que distinguía a la provincia en el concierto de los mecanismos de reparto de recursos hacia los municipios presentes en el resto del país.

En la provincia de Buenos Aires, el 16,14% (distribución primaria) se coparticipaba a los municipios a través de los siguientes criterios (distribución secundaria):²⁷ el 58% por lo que se denomina “régimen general” (que comprende la superficie, la población y la inversa de la capacidad tributaria), el 5% por “acción social” y el 37% por el denominado “régimen de salud”. Dada la relevancia que tiene este instrumento de política, nos detenemos aquí en los criterios desde los cuales se distribuye el denominado “régimen de salud”:

35% en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido; 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos –con o sin internación– de cada partido; 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada partido; 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido; y 10% en forma proporcional al número de establecimientos sin internación en cada partido (Ley Provincial 10820/89).

Se trata de un mecanismo que merece ser analizado en el campo de la política sanitaria de manera particular, ya que en los albores de la crisis llegó a financiar en el GBA el 39,77% del gasto total en salud.²⁸ Contemporáneamente con la

recursos hacia los municipios. Sin embargo, recién en 1987 se consolidaron estas dos normas y se establecieron los criterios para la transferencia de los recursos (López Accotto *et al.*, 2013: 43-46).

²⁷ En el sistema de coparticipación provincial, la *distribución primaria* es la parte de la recaudación total (que resulta de sumar los recursos provenientes de la coparticipación federal y los recursos propios) que la provincia distribuye entre los municipios. La *distribución secundaria* hace referencia a los criterios a través de los cuales se distribuyen esos recursos a cada uno de ellos.

²⁸ En el año 2000, el gasto en salud de los 24 partidos del GBA fue de 1.074 millones (elaboración propia según datos de la Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires), mientras que las transferencias en concepto de coparticipación por salud fueron de 427 millones

puesta en vigencia de esta ley, dos programas provinciales apostaron a fortalecer al primer nivel de atención a través de la designación de equipos de salud en los establecimientos sin internación.

El Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) en 1988²⁹ y el Programa Salud con el Pueblo³⁰ en 1989 (luego de la crisis) combinaron instrumentos diversos: la normalización de procesos de trabajo, la designación de personal en los servicios y las becas asistenciales. Estos dos últimos instrumentos dejaron una huella en los establecimientos municipales al haber incorporado –bajo distintas modalidades contractuales– recursos humanos a los equipos de salud, pero manteniendo su dependencia con el Ministerio provincial (Chiara, Di Virgilio y Miraglia, 2008: 147-154). Cabe destacar que estos programas tuvieron a los partidos del GBA como territorio privilegiado, habida cuenta de la alta concentración de la pobreza existente a fines de la década del ochenta en esa región. La crisis hiperinflacionaria de 1989 agravó la situación e hizo que la mayor parte de las iniciativas provinciales se orientaran hacia esos partidos.

Con posterioridad, uno de los principales programas nacionales focalizados, el PROMIN, concentró sus acciones en esta región alcanzando a través de sus dos modalidades (proyectos de inversión y proyectos de asistencia técnica ampliada) a 22 partidos; se trató de acciones directas sobre 18 hospitales y 198 centros de salud (Plan de Acción Materno-Infantil 2000-2002, Programa Materno-Infantil, provincia de Buenos Aires, julio). La inversión en infraestructura y equipamiento, la historia clínica unificada, la designación de personal en los servicios (que posteriormente pasarían a ser personal municipal), la incorporación de normas de referencia y contrarreferencia, la normalización de los procesos de trabajo, la focalización territorial y por grupo de edad y la

(elaboración propia según datos de la Subsecretaría de Asuntos Municipales, Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal).

²⁹ El Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) buscaba intervenir sobre aspectos considerados críticos: el recurso humano en calidad y cantidad (estableciendo equipos en los centros de salud) y sobre las normas de organización y funcionamiento de los centros. Aunque también se enunciaron intervenciones en materia de infraestructura y equipamiento, no llegaron a ser efectivamente jerarquizadas (Chiara, 2000: 19).

³⁰ El Programa Salud con el Pueblo (1990/2) consistió en un modelo *ambulatorio* de atención (novedoso para el primer nivel) mediante la implementación de un sistema de unidades móviles y puestos fijos que “intensificarían las acciones en el terreno”. La mayor cantidad de puestos (fijos y móviles) se localizó en partidos de la segunda corona (Florencio Varela, Quilmes, Esteban Echeverría, Gral. Sarmiento, Berazategui, Moreno, La Matanza y Tigre). Llegaron a instalarse 25 unidades móviles y 135 puestos fijos, y se nombraron al final de la gestión del gobernador Cafiero 556 becarios (Danani y Filc, 1998).

centralización de las compras fueron parte de los instrumentos de políticas que articulaba el programa. Su sostenibilidad dependió, con posterioridad a la crisis, de los contextos particulares por los que atravesó cada municipio (Chiara y Di Virgilio, 2005: 91 y 94).

Interpelados “desde abajo” (por una demanda creciente) y “desde arriba” (por su nuevo lugar de ejecutores de políticas), los municipios comenzaron a protagonizar una *dinámica autónoma* orientada a captar recursos de diferentes jurisdicciones y a articularlos en función de optimizar su capacidad de respuesta a demandas. Aun mostrando, en algunos casos, tempranos desarrollos institucionales que pretendían dotar de estabilidad a las políticas locales, los protagonistas de esta dinámica eran los intendentes municipales en su capacidad para organizar relaciones con los gobiernos provincial y nacional en la captación de recursos (Chiara, 2012a).

Como puede advertirse, esta dinámica abrió una brecha entre las nuevas responsabilidades asumidas por los municipios en materia social y las capacidades disponibles para sostener su ejercicio (Alonso, 2009). El modo a través del cual se fue cerrando esta brecha en cada escenario local definió las orientaciones de la política de salud en sus condiciones de acceso, en la intensidad y en el alcance de la cobertura de los servicios, y dio lugar a procesos muy heterogéneos. En ese contexto, se advierten *formas de mercantilización en el acceso a la atención* promovidas de manera sistemática por los municipios o bien por las sociedades de fomento con quienes cogestionan los establecimientos a través del cobro de bonos por consulta médica, pagos por estudios complementarios y servicios auxiliares (Cravino, 2000; Catenazzi, 2000; Chiara y Di Virgilio, 2005, 2009; Chiara y Reimondi, 2007).

En esta urdimbre de respuestas locales particulares a los problemas, se fue tejiendo la *complejidad de la gestión de los recursos humanos en salud* en esta región. La convivencia de personal con modalidad de contratación, dependencia, dedicación horaria y remuneración diferentes (huellas organizacionales de los programas antes citados) caracterizó la dinámica de funcionamiento de los centros de salud, especialmente aquellos localizados en los 24 partidos del GBA.

Hacia finales de la década del noventa y como resultado de los impactos del deterioro del mercado de trabajo en los niveles de aseguramiento, dos propuestas buscaban concentrar la atención en la población sin cobertura de obra social o seguro de medicina privada, teniendo a los municipios como nodos privilegiados de la red. Nos referimos al Proyecto Pueblo y al Seguro Público de Salud Provincial (SPSP). Con un desarrollo menor, el Proyecto Pueblo se orientaba a descentralizar el subsector estatal hacia los municipios buscando

cubrir a la población en situación de pobreza bajo la lógica de un seguro (Belmartino, 2005b; Maceira, 2008a).³¹

Contemporáneamente y reconociendo su origen en el PRESSAL, el SPSP fue una segunda propuesta que buscó incorporar de manera progresiva a población sin obra social o seguro privado, aportando una cobertura de primer nivel de atención a través de la articulación de efectores del subsector estatal con proveedores privados. Comenzó en el año 2000 con la incorporación (en una primera etapa) de las trabajadoras vecinales denominadas “manzaneras” del Plan Vida³² y su grupo familiar, y se amplió posteriormente a sus beneficiarios hasta los siete años de edad (Báscolo y Yavich, 2010). Cabe anticipar que el SPSP movilizó un conjunto de instrumentos novedosos para el subsector estatal como la utilización de un nomenclador, el sistema de compra capitativo y la cobertura condicionada a la no disposición de obra social, que buscaban separar la función de financiamiento de la función de provisión. Dado que se trata de una intervención que transitó la crisis y continuó vigente en la década posterior, será analizada detenidamente, en el contexto de este libro, en los capítulos que siguen.

Cabe destacar que las iniciativas orientadas a la conformación de un seguro suponían distintos modelos de articulación intergubernamental (con diferencias entre el Proyecto Pueblo y el SPSP) en relación con el nivel que mantenía las funciones críticas (el municipio en el primero y la provincia en el segundo) y con los desafíos para los municipios en términos de la articulación público-privada.

³¹ Las experiencias se limitaron a los municipios de Marcos Paz y Luján, ubicados en la tercera corona del GBA, y no llegaron a trascender la fase de diseño del proyecto.

³² El Vida fue un programa de asistencia alimentaria implementado en la provincia de Buenos Aires entre 1994 y 2002. Tuvo como finalidad disminuir la morbimortalidad infantil atendiendo las necesidades nutricionales de las mujeres embarazadas y de los niños menores de 0 a 5 años, pertenecientes a sectores pobres estructurales de la provincia de Buenos Aires. El programa se propuso alcanzar esta meta estimulando la participación de las mujeres, con el objeto de crear una red solidaria para el cuidado de su salud y la de sus familias, a través de la organización comunitaria, esto es, a través de la distribución diaria de raciones de leche, cereales y huevos realizada por trabajadoras vecinales o *manzaneras* (Andrenacci *et al.*, 1999). Posteriormente, este programa fue reemplazado por el Plan Más Vida.

La relación con la seguridad social como problema y el hospital como actor

La convivencia asimétrica entre los servicios estatales y el desarrollo del sistema de obras sociales presentó distintos problemas a lo largo de la historia e ingresó de diverso modo en la agenda de las políticas. En la provincia de Buenos Aires se destacan algunas iniciativas que buscaron abordar la fragmentación entre subsectores o, más precisamente, paliar la situación de *subsidio indirecto* de los hospitales públicos hacia las obras sociales, en un contexto caracterizado por severos problemas de financiamiento. Mientras que las iniciativas relatadas más arriba jerarquizaban el papel del municipio como actor de la atención primaria de la salud en la región, otras convergían en el hospital y estaban inspiradas en la idea de desdoblamiento entre la posesión patrimonial de los establecimientos y su financiación, ya instalada en la seguridad social.

La literatura coincide en conferirle al hospital público en la provincia una importancia que se fundaba tanto en el prestigio del que gozó especialmente hasta la década del sesenta (que llevó a muchos hospitales de la provincia a ser asiento de cátedras universitarias) como en la tecnología de la que disponían (Feller y Pérez y Arias, 1993; Arce, 2010).³³ Una compleja situación condujo a su deterioro y a la construcción de distintos arreglos institucionales para la captación de recursos. Según la literatura, son varios los factores que parecen haber incidido en el modelado del hospital como actor complejo, que fue a su vez objeto de diversas intervenciones en la década previa a la crisis:

- El desarrollo de las instituciones de la seguridad social y el incremento de la demanda (Belmartino, 2009).
- La vigencia en las instituciones privadas de la separación de la función de compra de la de provisión (Katz *et al.*, 1993).
- La capilar relación entre los equipos profesionales de los hospitales, los consultorios y las clínicas privadas, especialmente en el interior de la provincia (Feller y Pérez Arias, 1993).

³³ Cabe destacar que la historia de los hospitales en la provincia comienza a principios del siglo xx con las sociedades de beneficencia y las casas de pobres, y van asumiendo estatalidad de manera progresiva a partir de las dificultades de las instituciones para su sostenimiento y del interés de los municipios y de la provincia por mejorar su infraestructura y equipamiento. Si las organizaciones benéficas fueron el origen de una parte de los hospitales con anterioridad a la década del cincuenta, las sociedades de fomento fueron su equivalente para los centros de salud con posterioridad a la década del setenta.

- El desinterés sobre estos establecimientos desde el gobierno provincial durante la dictadura militar de 1976-1983 (ibíd.).

Aunque el arreglo institucional paradigmático de desdoblamiento de funciones es el que representa la propuesta de los Hospitales Públicos de Autogestión –Decreto Nacional 578/93– (Sojo, 2001; Repetto *et al.*, 2001) y sus modificaciones posteriores en los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada,³⁴ hacia finales de la década del setenta la estrategia de las autoridades sanitarias del gobierno militar en el nivel nacional ya había apostado por insertar el subsector público en la seguridad social. En esta línea y tal como mencionamos más arriba, el nomenclador nacional (Decreto Nacional 2935/77) fue un instrumento que tuvo un gran poder ordenador de los aranceles y articulador de los servicios, privilegiando la tecnología de diagnóstico y tratamiento por sobre el enfoque clínico y arraigando un modelo de prestaciones orientado al tratamiento de la enfermedad y al desarrollo de prestaciones de alta complejidad (Arce, 2003: 3; Katz *et al.*, 1993: 26-27; Anlló y Cetrángolo, 2007: 414).

En la provincia de Buenos Aires, este modelo permeó las políticas a través de distintas iniciativas que fueron coincidentes con la falta de interés (o con las dificultades para recobrarlos) de parte del gobierno provincial sobre los hospitales. Una de las más importantes (aún vigente aunque con modificaciones) fue la puesta en marcha del Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO), a través del Decreto Provincial 8801/77 (Arce, 2010: 301; Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 2002: 27). Feller y Pérez Arias presentan un breve balance de la experiencia a comienzos de la década del noventa, en el que hacen referencia al muy bajo recupero (que no llega a superar el 8% del gasto hospitalario) y a la existencia de una distribución segmentada de los recursos resultantes, que no estuvo exenta de conflictos. El fenómeno de selección de pacientes con capacidad de pago fue una amenaza que tuvo distintas consecuencias en los establecimientos (1993: 62).

La experiencia de los “hospitales abiertos” a las distintas formas de trabajo médico y a los recursos de la seguridad social fue promovida de manera convergente por autoridades municipales y profesionales y sostenida por entidades

³⁴ Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, una figura instituida a través del Decreto 939/2000, buscaron conciliar las posibilidades de incremento de los recursos (a través del recupero de fondos del subsistema de obras sociales y de medicina privada) y la aplicación de incentivos monetarios entre el personal con la accesibilidad de la población sin cobertura y la gratuidad en el acceso a los servicios.

representativas de los prestadores, como la FEMEBA,³⁵ y alcanzó a 80 establecimientos en la provincia. Feller y Pérez Arias hacen referencia a esta modalidad como una situación en la que los equipos contratados por el hospital público al crear una clínica privada propia pasaban a competir con el hospital. Frente a este dilema, en algunos casos el Estado contrataba a otros equipos profesionales que utilizaban la infraestructura y el equipamiento del establecimiento estatal y cobraban por prestación por acto médico, la cual era liquidada a través de los círculos médicos (1993: 66-67). La conectividad de la Región Metropolitana de Buenos Aires, la cercanía a la Ciudad y la dotación de clínicas y sanatorios privados son factores que permiten suponer procesos muy diferentes en esta región respecto de los partidos del interior de la provincia. En esos partidos, en el año 2000 solo el 16% de las camas pertenecían a establecimientos privados o de las obras sociales, mientras que en los partidos del GBA ese porcentaje se elevaba al 44%.

En un contexto de profundización de la acción autónoma de los hospitales, la regulación de su actividad fue objeto de distintas preocupaciones por parte de las autoridades provinciales. Un año antes de la creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión, la provincia abrió un proceso de reestructuración técnico-administrativa cuya ley fue denominada “Nuestro Hospital” (Ley Provincial 11072/91 y Decreto 2370/91). Según esta norma, se facultaba al Ministerio de Salud provincial a transformar a los hospitales en entes descentralizados sin fines de lucro, con la participación en su conducción de los trabajadores del equipo de salud y de la comunidad. Más adelante, en el año 1997, un acuerdo entre el gobierno de la provincia y la conducción del INSSJP-PAMI dio lugar a la creación de los Consorcios Región Sanitaria (CORES),³⁶ responsables de la administración de la red de prestadores públicos y privados que atendían a sus beneficiarios mediante un convenio de capitación, con pago a los prestadores mediante aranceles modulares (Arce, 2003: 5). Esta iniciativa formó parte de un proyecto de conformación de un seguro público que buscaba “articular el 1,4 millón de afiliados de la obra social provincial (IOMA)³⁷ con el 1,5 millón de afiliados del INSSJP-PAMI de los servicios administrados por los CORES y 5 millones de individuos sin cobertura en la totalidad de la provincia”

³⁵ A propósito de la figura del hospital abierto, ver la Declaración de Bolívar “FEMEBA y los hospitales abiertos”, del 14/5/88.

³⁶ Según Arce, los CORES son la continuidad de una gerenciadora del PAMI (Equisal S. A.) que funcionó entre 1994 y 1997, que estaba compuesta por las federaciones de médicos y de clínicas de Buenos Aires FEMEBA y FECLIBA.

³⁷ Arce cita a Torres, quien indica una cifra de 1.066.918 afiliados en el año 2001.

(Belmartino, 2005b: 165). En su dimensión política, suponía construir un nodo regional desde el cual ejercer la función regulatoria a través de la concentración de la capacidad de compra que esta propuesta lograría hacer converger.

A pesar de los intentos por retomar desde la arena provincial la potestad reguladora de la relación con la seguridad social, *los hospitales llegan a transitar la crisis con altos márgenes de autonomía relativa forjada en una trama compleja de relaciones con organizaciones representativas de los profesionales médicos, en el contexto de profundas dificultades financieras por las que atravesaba la provincia.*

A los esfuerzos por regular el sector, se sumaron otros orientados a ampliar la oferta desde la provincia. Contradiciendo miradas lineales sobre la descentralización, los hospitales construidos por medio del Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense (FRHCB)³⁸ entre 1992 y 1995 permanecieron bajo la órbita provincial,³⁹ y existieron algunas experiencias puntuales de provincialización, como fue el caso del Hospital Luciano y Mariano de la Vega de Moreno, que fue transferido en el año 1999.

Recapitulación

La crisis de comienzos del siglo xx encontró en la región un subsector atravesado por viejos y nuevos problemas que definían parte de la agenda con la que dialogaría la política sanitaria nacional y también provincial. El análisis realizado puso en evidencia un virtual incremento de la demanda sobre el subsector estatal en la región, derivada del crecimiento de la población sin otra cobertura que aquella que ofrecían –con dificultades– los establecimientos estatales.

Los establecimientos sin internación, denominados posteriormente centros de atención primaria de la salud (CAPS), estaban en su totalidad bajo la órbita municipal y presentaban un *mapa fragmentado en recursos, calidad de atención y condiciones de acceso según las distintas posibilidades y orientaciones de políticas municipales*. Los programas focalizados hacia grupos poblacionales y territorios vulnerables fueron las principales iniciativas (en un contexto de retracción)

³⁸ El Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense (FRHCB) fue un fondo creado a partir de la Ley de Reforma Impositiva, de abril de 1992 (Ley Nacional 24073), con la finalidad de compensar la desventaja de la provincia de Buenos Aires en la distribución de recursos por la coparticipación. Este fondo estaba destinado a proveer infraestructura y asistencia en la región. La flexibilidad de su gestión y la jerarquización de la figura de los intendentes municipales en torno al gobernador Eduardo Duhalde explican el papel asumido por este instrumento de política en la construcción de su proyecto electoral (Danani, Chiara y Filc, 1997).

³⁹ Hospital Mercante de José C. Paz y Evita Pueblo de Berazategui.

desde el nivel nacional y provincial previo a la crisis. Financiados por recursos de crédito externo, permanecieron en pie hasta entrado el nuevo siglo.

El desarrollo del primer nivel de atención en la región dio lugar a la existencia de un conjunto de centros de salud y postas sanitarias, muchos de ellos de dependencia mixta, municipal y de organizaciones sociales (especialmente sociedades de fomento). La historia de la conformación de estos establecimientos y las deficiencias para financiar la prestación de los servicios fueron dando lugar a *distintas formas de arancelamiento y mercantilización que se convertían de hecho en barreras en el acceso a los servicios*.

En un contexto caracterizado por el desfinanciamiento de los establecimientos, distintos intentos de insertar a los hospitales estatales en los sistemas de la seguridad social atravesaron su dinámica de organización interna y su vínculo con el Ministerio provincial. Los instrumentos adoptados para captar recursos complementarios a los presupuestarios tuvieron resultados desiguales.

Como recién señalábamos, en los establecimientos sin internación se enraízan modalidades de arancelamiento promovidas, en algunos casos, de manera sistemática por los municipios, pero en otros casos generadas de forma autónoma desde las organizaciones sociales (sociedades de fomento) vinculadas a los establecimientos. Se trató de iniciativas de muy distinto origen pero que se construían socialmente en un contexto general favorable al desarrollo de formas de mercantilización.

El esquema ambiguo de distribución de funciones que caracterizó a la provincia de Buenos Aires alcanzó en los años previos a la crisis niveles inéditos de fragmentación. *El Ministerio nacional era un actor con presencia residual*, a excepción de la que tenían –a través de sus unidades ejecutoras– los programas focalizados con financiamiento externo. Resultado del desfinanciamiento, los hospitales públicos provinciales carecían de insumos básicos y su dinámica institucional se encontraba atravesada por fuertes conflictos. Esta situación impactaba negativamente en la atención y profundizaba el *debilitamiento del Ministerio provincial sobre estos establecimientos*.

En la segunda mitad de la década del noventa, *los municipios pasaron a desempeñar un papel cada vez más importante, muy diferente al definido desde las reglas formales*. Este nuevo actor fue constituido “desde abajo”, a partir de la búsqueda de respuestas a las demandas crecientes, y “desde arriba”, a través de distintas iniciativas provinciales. La coyuntura crítica que hace eclosión en diciembre de 2001 abre para estos actores un período tan incierto como complejo.

Conclusión

El reto que asumimos en estas últimas páginas es restituir *una mirada sobre la relación entre relaciones intergubernamentales (RIG) y política de salud que pueda ser trasladada a otros campos de la política social*; para ello, retomamos las preguntas que provocaron este libro en una perspectiva más general, y fundamos las respuestas en sus hallazgos particulares pero tratando de detectar su contribución para un debate más general.

Orientada hacia ese propósito, esta conclusión transita por dos registros: el general de la política social, fundado, a su vez, en los aportes de otro particular: el campo de la salud. Intentamos integrar en esta mirada la lectura del nivel macroinstitucional de la historia de las políticas, en su contexto, con el nivel mesoinstitucional de los dispositivos de políticas seleccionados.

Esta conclusión se articula en torno a dos ejes. El primero busca comprender los cambios que introdujo la dinámica recíproca entre RIG y política social en la *configuración de los patrones de interacción entre niveles de gobierno*. El segundo recoge la preocupación por ahondar en los contenidos de la política social, asumiendo una premisa político-ideológica: la necesidad de sostener un *balance entre la garantía del derecho a la salud para todos los ciudadanos y la reivindicación de la autonomía de los actores gubernamentales*.

Sobre los cambios en los patrones de interacción: ¿qué hay de nuevo?

Habiendo realizado un recorrido histórico en el nivel macroinstitucional de las políticas y su contexto, y en el nivel mesoinstitucional de los dispositivos y su instrumentación, nos preguntamos: *¿qué cambios se sucedieron en los patrones de interacción entre niveles de gobierno en el subsector estatal de salud?; ¿cuáles fueron las líneas de continuidad con el patrón vigente en la salida de la crisis? Más*

específicamente y adentrándonos en la trama singular que se compone en el Gran Buenos Aires (GBA), buscamos insistir en una pregunta planteada por otros autores en el contexto argentino: *¿cómo influyeron las relaciones entre la nación y los municipios en la acción de gobierno de la provincia en relación con los municipios?* Se trata de preguntas complejas que, para no caer en reduccionismos, deben inscribirse y ser respondidas en el seno de las tensiones que constituye cada campo de políticas en particular.

Retomando los aportes del neoinstitucionalismo histórico, estas tensiones son entendidas como *resultado de procesos históricos* que conviven en un territorio determinado (el GBA). Su trayectoria condiciona el presente y, en determinadas coyunturas críticas, se producen mecanismos de retroalimentación que pueden reforzar la recurrencia de un determinado patrón de relaciones en el futuro. En el campo de la salud, estos procesos “coagularon” en lo que aquí hemos denominado una historia larga, y se activaron en torno a una historia reciente, que se abrió con la crisis de principio de siglo.

A diferencia de lo que sucede en otros sectores en el campo de la política de salud, el *federalismo* es el *primer atributo derivado* de la historia larga, desde el cual debe ser interpretado el modo a través del cual se organizan las relaciones entre niveles de gobierno en sus dos atributos particulares: su carácter residual (el hecho de ser una cuestión no delegada explícitamente por las provincias) y una (acotada) trayectoria de las provincias previa a la descentralización en la provisión de servicios de salud, escasamente visibilizada por la literatura sobre descentralización. En ese contexto institucional, la prerrogativa de los gobiernos subnacionales de *no adherir* a los programas federales y el *poder de veto* de las provincias son dos propiedades que caracterizan al sistema federal.

Sin embargo, la literatura advierte sobre el riesgo de caer en simplificaciones formalistas acerca de su alcance. Como plantean algunos autores (Avila Viana y Vieira Machado, 2009), los rasgos del marco constitucional legal que caracterizan al federalismo no son suficientes para describir la trama de las RIG que recorre la política social, especialmente en los denominados “servicios universales”. La historia de conformación del subsector estatal de salud en Argentina exige dirigir la mirada hacia las provincias poniendo el foco en otros fenómenos que fueron cristalizando el lugar de cada Estado provincial frente a la nación y, a su vez, en cómo cada una de ellas fue organizando la distribución de las funciones relativas a la provisión de servicios de salud en los establecimientos estatales entre el Estado provincial y sus municipios. Aunque se trata de fenómenos que adquieren particular relevancia en salud, invitan a poner la atención sobre la dinámica de las políticas orientadas a servicios sociales universales en el nivel subnacional.

Un *segundo proceso* de esta historia larga es la *ampliación exponencial y centralizada de la infraestructura hospitalaria* desde la jurisdicción nacional a mediados del siglo xx. Se trató de una fuerza contraria al federalismo que abonó (de manera efímera) a la construcción de márgenes de autonomía relativa del gobierno nacional respecto de las provincias y significó un punto de clivaje en los mecanismos de ajuste entre estas y la nación, sin que se alterase la forma de organización institucional. Nuestra lectura interpreta estos procesos también en sus contenidos e insiste en el papel que tuvo (y que sigue teniendo en las ideas que se movilizan en los discursos de los gestores) el desarrollo de la red hospitalaria nacional para la construcción de la legitimidad presidencial en el primer y segundo peronismo. Alertando sobre los riesgos de hacer comparaciones lineales con otros contextos nacionales y sectores, debe destacarse que, en el caso argentino, la lógica de expansión de servicios estatales tensionó con la idea de organización de un seguro nacional. Vale destacar que esta tensión recorre la política nacional y provincial en el período al que se aboca este libro, bajo formas distintas y con jerarquía desigual.

Esta historia larga culmina muy tempranamente con un *tercer proceso* que revierte al anterior: *la transferencia de los servicios de salud hacia las provincias*. La descentralización estuvo motivada, como plantean diversos estudios (Bisang y Cetrángolo, 1998; Cetrángolo y Jiménez, 2004a), más por las necesidades de resolver el conflicto financiero entre la nación y las provincias que por un interés por acercar los servicios a las preferencias de la población, atendiendo a la articulación y las necesidades del sector. Aun reconociendo este origen, hizo emerger a los gobernadores (y a sus ministros) como responsables (aunque debilitados por los resultados fiscales de aquella transferencia) de la provisión de servicios de salud en los establecimientos.

En el contexto de estos tres procesos que convergen en aquella historia larga del subsector estatal, puede dilucidarse el significado que encierra la aparente contradicción entre gobiernos provinciales limitados en su capacidad de acción (situación derivada de la fragilidad financiera que resultó de la descentralización), pero que asumen (salvo excepciones) la provisión de servicios de salud como parte de su agenda de gobierno en un contexto en el que se produce un progresivo desentendimiento de los gobiernos nacionales respecto de la salud. La concentración de población y su retraso histórico en el reparto de recursos federales convierten a la provincia de Buenos Aires en un caso paradigmático de *fragilidad financiera* que se pone en evidencia en los indicadores de recursos de distinto tipo medidos por cantidad de población.

En el GBA (como sucede en toda la provincia), los procesos de descentralización se reprodujeron en el mapa provincial abriendo el juego a los *municipios* como tercer nivel de gobierno en salud: podríamos decir que —desde la recuperación de la democracia hasta la crisis de principios de siglo— *aquella historia larga transitó por el opaco laberinto del nivel subnacional*, recientemente visibilizado y reconocido en la literatura. Aun matizando las lecturas sobre los procesos de descentralización en política social, el papel de los municipios en el GBA en salud se fue constituyendo desde un *doble juego de fuerzas*: “desde arriba”, a través de procesos clásicos de transferencia de servicios desde la provincia hacia los municipios, impulsados (como en la dinámica nación-provincias) también por problemas fiscales; y “desde abajo”, por la asunción autónoma de responsabilidades sobre centros de salud y, en algunos casos, también sobre los hospitales.

Al tiempo que se consolidaba (desde la legitimidad de la acción de gobierno y sin alterarse el marco institucional) un lugar de relativa jerarquía para los municipios en el campo de la salud en la década previa a la crisis, se fue dando también una *especialización de la provincia en relación con lo hospitalario*. Cabe insistir en que no se trata solo de un lugar “administrativo” en relación con la provisión de servicios, sino que (aun en la diversidad que mostró cada arena local) fue formando parte de la *agenda de gobierno* (como sucedió con los gobernadores en décadas anteriores) y, en consecuencia, este papel ejercido en salud por los municipios se fue enhebrando en los procesos de construcción de *legitimidad político-electoral* de los gobiernos locales, a pesar de la fragilidad que también caracterizó a las finanzas municipales.

La trayectoria de los tres procesos que componen lo que en esta investigación hemos denominado historia larga de conformación del subsector estatal en el GBA (incluida la recuperación del recorrido por el “opaco laberinto” subnacional) delimitó un esquema de distribución de funciones que tuvo por responsables principales al *Estado provincial* (especializado en la provisión de los servicios hospitalarios) y a los *municipios* (a cargo de otra parte de los hospitales y de los servicios del primer nivel de atención). Este esquema distingue estos dos niveles de gobierno respecto del nacional tanto por los *problemas* que formaban parte de sus respectivas *agendas* como por las características de los *entramados de actores* en los que se libraba la política sanitaria.

Asimismo, con base en los legados de esa “historia larga”, se escribió otra más “reciente” a partir de la crisis social, económica y política de comienzos de siglo que, en sus efectos particulares, produjo un incremento de la demanda sobre el subsector estatal, puso en jaque a las finanzas en todos los niveles de gobierno e interpeló en su legitimidad a autoridades e instituciones gubernamentales. Sin

embargo, los impactos en el margen de acción de cada actor gubernamental no fueron homogéneos.

Las consecuencias económicas y políticas de esta crisis parecen haber reforzado las diferencias preexistentes entre niveles de gobierno. Mientras que el Ministerio nacional (con apenas muy pocos establecimientos a cargo y disponiendo de las capacidades necesarias) logró liderar una agenda centrada en la atención primaria de la salud en el escenario intergubernamental del Consejo Federal de Salud (COFESA), las decisiones *provinciales* (y también municipales en nuestro caso de estudio) estuvieron “amarradas” al imperativo de garantizar la provisión de los servicios en los establecimientos a su cargo y de gestionar las relaciones con los actores (básicamente los sindicatos) en un contexto de congelamiento de salarios y contratos. Así, *el conflicto entre la nación y las provincias se trasladó desde el escenario intergubernamental al de la implementación de las políticas en la arena de los servicios*. Dadas las características de estos procesos, se trata de un fenómeno que podría encontrarse también en otros servicios sociales universales.

Anidando en aquella historia larga, *nación y provincia* parecen haber tenido también distinta capacidad para enfrentar el desafío político en la salida de la crisis: *el imperativo de gestionar la tensión entre la recomposición en el plano institucional y la acción colectiva*. Con *agendas, recursos y niveles de autonomía relativa diferentes*, los ministerios nacional y provincial se diferenciaron en los arreglos institucionales a los que apelaron. Mientras la *nación* utilizó nuevos y actualizó viejos espacios organizacionales y políticos (desde la Mesa de Diálogo Argentino hasta el COFESA y otros consejos), las decisiones del actor *provincial* estuvieron acotadas (al menos en salud) a las organizaciones regulares ministeriales, por lo que cobraron importancia (en el tránsito de la crisis) los consejos sanitarios regionales. Recién hacia finales del período se creó el COSAPRO, un organismo limitado al intercambio periódico y a la circulación de información.

En línea de continuidad con los procesos fundacionales del subsector estatal de mediados del siglo XX en Argentina y a diferencia de lo que relatan investigaciones para otros países de la región, un primer rasgo a destacar en este período es que se advierten más cambios en el comportamiento de los *actores* que en la modificación del *marco institucional*. Otra cuestión que caracteriza los cambios en las RIG en este período es la existencia de *tres esferas (nación, provincia y municipios) con autonomía relativa en la toma de decisiones en relación con la provisión de servicios de salud*, que cuentan, además, con muy escasos mecanismos de coordinación.

Las *relaciones que articulan una y otra esfera* son diferentes y, en un contexto de autonomía relativa de cada nivel, el recorrido de las políticas parece

retroalimentarse más por la trayectoria (la convergencia de los procesos de aquella historia larga y de la historia reciente) que por el resultado de la acción positiva de los actores. Esto no significa, anticipamos, que no se hayan registrado cambios (desde muy diversos dispositivos de políticas que surgen y se expanden en el período), sino que estos parecen no haber sido suficientes (dada la complejidad y fragmentación que presenta la provisión de servicios de salud en el GBA) para alterar la dinámica autónoma con que cada nivel de gobierno (con sus posibilidades y sus restricciones) toma decisiones en relación con una agenda que le es propia.

En el modo en que se organizan las *relaciones entre la nación y los municipios* en el GBA convergen factores que involucran tanto el comportamiento del actor ministerial nacional como las inercias derivadas del esquema de distribución de funciones. El *regreso a los servicios del Ministerio nacional como actor* del entramado es, sin lugar a dudas, el cambio más importante que tuvo lugar en el patrón de interacción entre actores gubernamentales en el sector durante la salida de la crisis, lo que quebró una tendencia contraria que se venía consolidando desde varias décadas atrás.

En un nivel mesoinstitucional, la apuesta del *Ministerio nacional* al fortalecimiento de la atención primaria de la salud con foco en el primer nivel de atención tuvo en el GBA un interlocutor privilegiado, el *municipio*, responsable exclusivo de los establecimientos sin internación (CAPS y postas sanitarias). Algunos programas en particular, como el Remediar y Médicos Comunitarios entre los más significativos, fueron ejemplos de la “convergencia de intereses” (uno de los rasgos de los “patrones de interacción” enunciados por Klijjn, 1997) entre ambas jurisdicciones. Aunque las potestades que cada dispositivo nacional le reservaba a los municipios eran muy limitadas, en la medida en que garantizaban la continuidad de recursos críticos (medicamentos y recursos humanos) la nación contribuía (en la práctica) a facilitar el ejercicio de la función de la provisión.

El difuso lugar que los programas nacionales le confieren a los municipios se ve contrarrestado por una *doble centralidad de los gobiernos locales*. Por una parte, aquella que tenían como *actores de las políticas de salud* en cada uno de los partidos del GBA. Por otra, la centralidad de sus intendentes como *actores en la política partidaria en una región cuyos resultados electorales son definitivos para el elección presidencial*.

En torno a este lugar de los intendentes se eslabona una relación inestable entre el plano de la política (*politic*) y el de las políticas (*policies*), cuestiones a las que hace referencia la literatura con el concepto de *policy feedback*. Haciendo

un rápido recorrido por el contexto histórico, se destacan algunos procesos que tendieron a reforzar el vínculo entre la nación (presidente) y los municipios (intendentes) y a entrar en tensión con el lugar difuso atribuido en salud tanto a partir de la institucionalidad formal (marco constitucional y de la Ley Orgánica de las Municipalidades) como desde los propios dispositivos de la política sanitaria nacional. En un *primer momento* (2002-2003), los intendentes fueron (tanto para la nación como para la provincia) actores que, si bien estaban tan cuestionados como el resto, se distinguían y eran valorados diferencialmente por su capacidad de operación en un territorio complejo y conflictivo como es el GBA. En un *segundo momento* (2004-2007), fueron también objeto de la disputa por el control de la estructura del Partido Justicialista de la provincia de Buenos Aires que protagonizó el presidente Néstor Kirchner. El *tercer momento* (2008-2011) fue un período de relativa autonomía del gobierno nacional (presidenta Cristina Fernández de Kirchner) respecto de los intendentes municipales que convivió con intentos activos del gobierno nacional por incursionar en la dinámica del territorio a través de la acción directa, especialmente desde los ministerios de Desarrollo Social de la Nación y de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios.

Esta dinámica en el plano de las relaciones políticas parece haber operado como un contexto de referencia o ambiente para las relaciones entre los actores en nuestro campo de análisis. Se trata de condiciones de valor variable a lo largo del tiempo y frente a las cuales el sector salud parece haber resistido tanto por la *complejidad de su lógica sectorial* como por la *institucionalidad de los programas*.

La primera de esas condiciones alude a la naturaleza de los problemas y a la complejidad de los entramados de actores que sostienen la provisión de servicios, escenario en el que el Ministerio nacional (a diferencia de lo que sucedió en el campo de la educación con la paritaria nacional docente) no parece haber tenido intenciones de intervenir de manera directa en sus conflictos, ni tampoco incidir en la agenda de sus problemas estructurales, más allá de la valiosa intervención en materia de provisión de medicamentos a través del Programa Remediar.

La segunda hace referencia a la institucionalidad desde la que operaron las políticas, fundada en las *reglas de juego* y en las *rutinas* derivadas de los acuerdos con otros actores, los organismos multilaterales de crédito (BID y BIRF), que parecen haber ejercido un papel importante en el nivel mesoinstitucional de la gestión. Esta perspectiva abre distintos interrogantes en relación con la posibilidad de sostener *relaciones duraderas* entre niveles de gobierno para la ejecución de las políticas.

Las *relaciones entre la nación y la provincia* estuvieron condicionadas tanto por su situación fiscal como por la especialización relativa de la provincia sobre los hospitales. En relación con su *fragilidad fiscal*, se destacan la dependencia de los aportes del gobierno nacional, la rigidez de su estructura presupuestaria y las dificultades para dar respuesta a una cada vez más activa disputa por el salario en el marco de una creciente erosión inflacionaria. Merece destacarse el impacto indirecto que tuvo la Ley de Financiamiento Educativo, ya que el compromiso establecido por la provincia terminó afectando la participación de salud en el presupuesto provincial. En el campo particular del sector, la *cuestión hospitalaria* fue dominando la agenda gubernamental de la provincia a lo largo del período y cobró relevancia la gestión de los conflictos con actores sindicales con capacidad de movilización en un territorio complejo y crítico como el GBA.

En este marco, el *poder de veto* y la *prerrogativa de no adherir* son rasgos del federalismo que parecen haber quedado reducidos a su expresión formal, desplazando los debates desde el plano de la decisión acerca de las políticas (*policy decision*) a otro más difuso de la autoridad para tomar decisiones sobre su ejecución (*policy decision making*), que, en el GBA, involucra necesariamente a los municipios. Como consecuencia, *los conflictos entre la nación y la provincia* *discurrieron menos por los canales formales de los espacios intergubernamentales del sector que por los laberintos de las decisiones que se suceden en la implementación, invisibilizando* (menos para los responsables de la gestión) *la incidencia de la cuestión intergubernamental sobre el curso de la política sanitaria*.

En un nivel mesoinstitucional, los dispositivos nacionales tuvieron significados diferentes para la provincia. En el caso del Programa Remediar, si bien se orientó a fortalecer la atención en los CAPS municipales, significó también un alivio para algunos programas provinciales en la provisión de medicamentos. El Plan Nacer, por su parte, activó las relaciones del Ministerio provincial con los municipios.

Los hospitales (foco de la preocupación provincial) no fueron el objeto de acción positiva desde la nación; por el contrario, la apuesta por intervenir sobre el primer nivel delimitó, en los primeros momentos, las responsabilidades entre la nación y las provincias. Avanzando en el período, la política nacional se orientó más sistemáticamente a los establecimientos hospitalarios (con el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas pero más particularmente a partir del Plan Nacer) a través de sistemas de pago que contribuían a la generación de recursos en los establecimientos bajo un modelo de separación de las funciones de provisión y de financiamiento.

Dado el esquema de distribución de responsabilidades entre niveles de gobierno vigente en la región, la construcción de infraestructura nueva (especialmente en el caso de los hospitales) tuvo un impacto importante, puesto que implicó para el nivel responsable (en general la provincia) el compromiso de garantizar los gastos recurrentes necesarios para viabilizar las designaciones del personal y los contratos de servicios en los nuevos establecimientos, en algunos casos, acordados de manera unilateral entre el presidente y el intendente y refrendados, posteriormente, por el gobernador.

Por las razones antes aludidas (una agenda hospitalaria que dominó la preocupación del Ministerio provincial y que estuvo alejada de las apuestas de su par nacional), las relaciones políticas entre presidentes y gobernadores parecen haber incidido más a través de las consecuencias del conflicto financiero (atravesado por diferentes medidas) en las condiciones de la ejecución, que directamente en las interacciones en el campo de la salud.

Las *relaciones entre la provincia y los municipios* también estuvieron signadas por el modo en que cada uno de los actores salió de la crisis. La importancia que fue adquiriendo la agenda hospitalaria condujo a un virtual repliegue del *Ministerio provincial* tanto en sus programas como en las posibilidades de realización de inversiones en establecimientos municipales, las cuales terminaron siendo muy aisladas.

La situación fiscal por la que atravesó la provincia fue una variable que limitó el ejercicio de sus potestades constitucionales “hacia abajo” en el mapa sumamente diverso y fragmentado que configuraban los 24 municipios del GBA. El debilitamiento del lugar de la provincia en esta relación también se produjo “desde abajo” dada la autonomía relativa alcanzada en la salida de la crisis por los propios municipios, cada uno de los cuales transitó un camino propio. El análisis sobre la instrumentación del Seguro Público de Salud Provincial mostró este doble condicionamiento: por los impactos de la disminución del presupuesto provincial (“hacia abajo”) y porque tuvo que apelar a la red de establecimientos que los municipios tenían en el primer nivel (“desde abajo”). La ausencia de instrumentos que regularan el sector hizo que el Régimen de Coparticipación de Salud Provincial (de gran importancia dado el volumen de las transferencias) contribuyera más a la dinámica autónoma de la esfera municipal (incluso con impactos negativos en las posibilidades de coordinación) que a la convergencia de intereses entre municipios y con la provincia, depositaria constitucional de la potestad sanitaria.

A partir del segundo mandato del gobernador Felipe Solá, los intendentes perdieron el espacio ganado en el gabinete provincial en el tránsito de la crisis,

y la preocupación del gobierno provincial en los períodos siguientes (incluido el primer mandato de Daniel Scioli) fue mantenerlos como interlocutores. En algunas ocasiones, esta motivación entró en tensión con las reglas de juego y las rutinas del Ministerio provincial, mucho más lábiles que aquellas forjadas en el contexto de los programas con financiamiento externo. El derrotero de algunos instrumentos en los dispositivos analizados puso en evidencia esta tensión, con desiguales resultados según los casos. A diferencia de lo que observó Cingolani (2006) en la provincia de Córdoba, las relaciones políticas entre gobernador e intendentes parecen haber sido el campo de conflicto, más de lo que pudo detectarse en el plano de las relaciones financieras.

Para finalizar, *¿cómo influyeron las relaciones entre la nación y los municipios en la acción de gobierno de la provincia en relación con estos últimos?* La respuesta tampoco es lineal y está marcada por la trayectoria. En contraste con planteos referidos a otros sectores, las políticas nacionales en salud no parecen haber buscado (a excepción de los Centros Integradores Comunitarios y las articulaciones que de ellos resultaron con el Programa Médicos Comunitarios) establecer una relación directa con los municipios, sino más bien con los equipos de salud. La supremacía que los municipios habían logrado en el primer nivel de atención en el GBA (y en el conjunto de la provincia) fue el factor determinante de esta convergencia de intereses con la nación.

En línea con la interpretación que presenta Faletti sobre la dinámica del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) (Faletti, 2007: 25-26), *en la erosión de la capacidad del Estado provincial incidió tanto la acción positiva de la política nacional como dos atributos propios de la trayectoria singular del GBA: la emergencia de los municipios como actores en salud (que se distinguía de la realidad en otras provincias) y la debilidad de gobierno provincial.*

Derribar mediaciones entre los gobiernos centrales y los servicios que mantienen relaciones directas con la población parece ser una de las imágenes con más presencia en las ideas que animaron las políticas en este período. En intervenciones acotadas y “blindadas” desde rutinas institucionalizadas, este propósito parece haberse concretado en la práctica manteniendo la precisión prevista originalmente; en otros casos, la provisión de servicios aparece como una función compleja que está atravesada por problemas, decisiones, articulaciones y consensos propios de la acción de gobierno. Esta complejidad parece haberse impuesto, más allá de cualquier ilusión de inmediatez.

Para pensar las relaciones intergubernamentales en salud: entre la *autonomía* y los *derechos*

La segunda parte de esta conclusión incursiona en los contenidos de las políticas, buscando poner en diálogo dos enfoques que contrastan en la literatura. Por un lado, aquel que organiza parte de los estudios sobre RIG y que reivindica la *autonomía relativa de los niveles subnacionales* (Estados y municipios) en sus posibilidades de desarrollo de iniciativas propias frente a los gobiernos centrales. Por otro lado, aquel que discute acerca de la legitimidad de regulación de los gobiernos centrales para orientar las políticas en niveles subnacionales hacia la *igualdad* en el ejercicio del derecho a la salud.

Nuestro interés por forzar este diálogo no es ni fue neutro, sino que partió de una *premisa* que postula la “necesidad” de pensar la existencia de un *balance entre la garantía del derecho a la salud* para todos los ciudadanos y la *reivindicación de autonomía de los distintos niveles de gobierno*. Como planteamos en el inicio y esperamos se haya advertido en la lectura de los capítulos, la noción de *balance* alude a un *punto en tensión* en torno al cual recapitulamos los aportes de este libro.

El uso de la palabra *necesidad* en la formulación de nuestra premisa no es azaroso, sino que se funda en el modo en que está planteada la cuestión en el marco constitucional. Por una parte, en el doble reconocimiento que tiene el derecho a la salud en la provincia de Buenos Aires, tanto a través de los enunciados explícitos que contiene la constitución provincial como por la garantía de tutela y protección que introdujo la reforma de 1994 en la Constitución nacional. Por la otra, porque estas garantías están desfasadas parcialmente en el caso de la provincia y de manera plena desde la nación —en un escenario posdescentralización— de la responsabilidad sobre la prestación de servicios que hace efectivo el ejercicio de ese derecho, aspecto *no regulado* ni desde la nación ni desde la provincia.

A partir de los aportes de la literatura acerca del papel *unificador* que tuvieron en contextos federales las instituciones del Estado de Bienestar, nos preguntamos *cuáles fueron las convergencias y qué divergencias se produjeron entre niveles de gobierno en torno a los intentos por igualar las condiciones bajo las cuales se ejerce el derecho a la salud*. Estas preguntas supusieron recuperar planteos de ambos enfoques situando las reflexiones en un nivel de *análisis meso* de las políticas, que (aun apelando a su historia, al marco institucional precedente y a aquel construido por ellas en su ejecución) se basó en la perspectiva de los actores de los tres niveles gubernamentales. Este nivel de análisis abordó la *instrumentación*.

Recorrimos en los últimos capítulos de este libro el camino de los dispositivos de las políticas nacional y provincial para identificar las disputas que se libraron en la ejecución de las políticas; buscamos trascender la dimensión *técnica* de los instrumentos para indagar en las *nociones e ideas* que, en torno a ellos, organizaron los actores desde los distintos niveles de gobierno.

El período que analizamos fue un momento de cambio en las ideas acerca del papel del Estado en relación con lo social, en cuyo contexto las condiciones de ejercicio del derecho a la salud cobraron vida como retos de las políticas en los distintos niveles de gobierno. El análisis que realizamos en esta investigación mostró el surgimiento (con avances diferentes) de “nuevos” dispositivos y la persistencia de otros ya “viejos” conviviendo de manera combinada en la arena de la implementación; en algunos casos, comprendían instrumentos innovadores; en otros, ya habían sido utilizados en la década previa a la crisis.

Desde nuestra lectura, la diferencia más importante radica en los argumentos en los que se sostuvieron los intentos de cambio y la importancia que cobró la *apuesta por igualar condiciones en el ejercicio de derechos* en torno a retos específicos, así como también el *retorno activo del Ministerio nacional* al escenario de los servicios, antes relegado a un lugar residual en la arena de la política sanitaria.

Pero esta recomposición en el entramado de actores sucedió en un contexto posdescentralización (siempre insistiendo en que el mapa de distribución de funciones recoge procesos mucho más complejos), por lo cual la apuesta por *garantizar de modo igualitario el derecho a la salud* necesitó librar “batallas” que involucraron a distintos actores gubernamentales con agendas, ideas y condiciones de legitimación diferentes.

Desde esta perspectiva y en este contexto de cambio en las políticas, nos preguntamos *qué mostró el análisis de la relación entre RIG y política sanitaria en un territorio que presenta brechas de desigualdad (social, sanitaria y de distribución de los recursos) tan importantes como es el GBA.*

El análisis acerca de la incidencia de la trama heredada de las RIG (que anida en una perspectiva más clásicamente neo-institucionalista) sobre la política sanitaria detectó resistencias, algunas alteraciones en el rumbo de las políticas y potencialidades abiertas especialmente por la existencia en la región de los municipios; esta aproximación también habló de los dispositivos y sus instrumentos, en su “inmunidad” (bajo ciertas condiciones) al influjo de las RIG.

La perspectiva inversa indagó en las potencialidades de la política sanitaria para producir institucionalidad y reorganizar el entramado de actores, especialmente en relación con una apuesta por garantizar igualitariamente derechos

que buscó construir una llegada directa a los servicios, especialmente los del primer nivel.

Esta doble vía nos permitió, por una parte, ver la trama de las RIG en el GBA no solo como restricción, sino también como posibilidad del cambio; y, por la otra, poner el foco en el *diálogo intergubernamental* que sucede en la implementación para detectar los pliegues y matices que se construyen en torno a la *igualdad* como desafío de las políticas en el ejercicio de la responsabilidad sobre la provisión de los servicios. La recuperación de las *nociones e ideas* que construyen los actores en torno a los instrumentos (compartidos en algunos casos por distintos dispositivos de políticas) hizo posible trascender los discursos generales (tan caros al campo de la política de salud) para analizar cómo se imbrican en el contexto particular de la implementación.

Aun mostrando diferencias, *los dispositivos analizados expresaron intentos diferentes* (en su alcance y magnitud) *por restituir condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud buscando* —a través de distintos tipos de arreglos institucionales— *construir una llegada directa a los servicios*.

Miramos la política como campo de (y en) disputa desde dos entradas: la general del diseño y de las orientaciones de las políticas (nivel macro), y aquella que se configura en las condiciones de implementación en el GBA (nivel meso). Esta distinción cobró particular relevancia para el análisis ya que la política de atención de la salud en este período se inscribió en ambos contextos, y en ese doble registro debía ser analizada.

Desde una perspectiva *macroinstitucional*, detectamos tres desafíos comunes en los intentos de cambio orientados a restaurar la igualdad en el ejercicio del derecho a la salud: la erradicación de las barreras en el *acceso*, el interés por *asegurar la cobertura* de servicios, y la preocupación por *garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones homogéneas*. Sin embargo, una mirada más atenta hacia los dispositivos y sus instrumentos mostró la coexistencia de dos modelos, que suponían un papel diferente para las instancias centrales y distintos recortes de la población destinataria: uno, orientado hacia el fortalecimiento de los servicios estatales abiertos al conjunto de la población; y el otro, fundado en la idea de organización de un seguro destinado a la población sin otra cobertura que la estatal.

La perspectiva *mesoinstitucional* indagó en las condiciones particulares de la implementación en el GBA poniendo en diálogo la perspectiva de los actores gubernamentales (nación, provincia y municipios) en torno a los principales instrumentos movilizados en pos de los desafíos de la igualdad. Con diverso énfasis, los dispositivos analizados interpelaron de modo singular a los

municipios, responsables en el GBA de la provisión de servicios de salud en el primer nivel de atención. Como resultó de nuestro análisis, el financiamiento, la gestión de recursos humanos, la resolución de las derivaciones y la disponibilidad de información para la gestión clínica y la toma de decisiones son los problemas que (con distinta jerarquía) organizaron la agenda gubernamental en el nivel más cercano a la responsabilidad sobre los servicios.

En el recorrido realizado, la implementación se mostró como un espacio complejo en el que los instrumentos adquieren nuevos significados y se diluyen las fronteras que demarcan los dispositivos en su diseño. Los resultados que devuelve la investigación dan cuenta de convergencias y divergencias entre los actores de gobierno, que hablan de las posibilidades y las condiciones bajo las cuales es posible *alinear intereses en pos de la igualdad*, así como también de *la existencia de distintos caminos posibles en la construcción de ese desafío*. Se trata de conclusiones que pueden ser aplicadas a distintos campos de la política social aunque revisten particular relevancia en los denominados “servicios sociales universales”.

Un primer aspecto a destacar es que *cada instrumento tiene una biografía* y que, aunque puedan ser resignificados en el diseño de los dispositivos bajo otras orientaciones, esta resuena en los actores de la implementación produciendo resistencias que están fundadas más en el significado político y simbólico que encierra su historia (y las consecuencias conocidas y aprendidas) que en los aspectos técnicos acerca de los que insisten las actividades de capacitación.

El segundo aspecto se refiere al *papel de las ideas en relación con los actores*. Las *argumentaciones técnicas* (planteadas como evidencias comprobadas) que justifican los instrumentos en el diseño de los dispositivos se *construyen socialmente* en la implementación bajo dos condiciones: la primera es que sus consecuencias sean *convergentes con los intereses de los actores responsables de los servicios*, en el sentido de que contribuyan a abordar alguno de los problemas o cuestiones que forman parte de su agenda de gobierno; la segunda alude al *marco de ideas de políticas de los actores del nivel de implementación en cuyo contexto se construyen socialmente los cambios*. Esta segunda observación puede resultar banal, pero queremos insistir en que *en el nivel de la implementación existen otros recorridos posibles que se distancian de aquellos prefigurados en la fase del diseño por los dispositivos nacionales y provinciales*, tanto en el modo a través del cual construyen a los *sujetos destinatarios*, como en la *valoración acerca de los instrumentos*. Desde *agendas e ideas* que los distinguen de otros niveles gubernamentales, estas posiciones forman parte –*también*, y queremos destacarlo– de

los debates en torno a la construcción de condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud.

Como tercer fenómeno, el campo de la implementación encuentra distintos instrumentos (que configuran un *policy mix*) que conviven produciendo no siempre resultados en sentido convergente. En algunos casos, se trata de combinaciones virtuosas en el interior de un determinado dispositivo que hacen posible (bajo ciertas condiciones) que terminen confluyendo (no exentas de conflictos) con las perspectivas y/o con los problemas de la agenda de la provisión de los servicios. En otros, se trata de instrumentos “nuevos” que se combinan con instrumentos “viejos”, vigentes y con influencia en este período, pero cristalizados como históricas reglas de juego, rutinas o perspectivas acerca de la política de salud y su implementación. La incursión por el nivel meso de la implementación exigió atender los diferentes aprendizajes de los actores dando cuenta de las condiciones que, más allá de los cuestionamientos compartidos, los mantienen vigentes.

Desde esta perspectiva, las políticas orientadas a restituir condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud recorren espacios de implementación que son complejos y desafiantes, no solo en su heterogeneidad sino también en los diálogos que entablan los actores, menos explícitos en los espacios de coordinación que implícitos en las decisiones tomadas en la implementación. En ese contexto, lejos de la mera enunciación normativa, la igualdad en el ejercicio del *derecho a la salud* tal como establece el mandato constitucional fue develándose como una *construcción social compleja* que enfrentó el desafío de abordar los problemas estructurales que componían en cada nivel gubernamental la agenda de la provisión de los servicios.

Bibliografía

- Abramovich, V. y Courtis, Ch. (2001). “El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible”. En revista *La Ley*, suplemento “Derecho administrativo”, Buenos Aires, 25 de junio.
- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2008). “El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina”. En *Salud Colectiva*, vol. 4, n° 3, pp. 261-282.
- Abramzón, M. (2005). *Argentina: recursos humanos en salud en 2004* (1ª ed.). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Abramzón, M.; Airoidi, S.; Cadile, M. del C. y Ferrero, L. (2001). “Argentina: recursos humanos en Salud”. En Organización Panamericana de la Salud, *Recursos Humanos en Salud en Argentina, 2001*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Representación OPS-OMS en Argentina, pp. 15-60.
- Abrucio, F. L. y Mendes Ferreira Costa, V. (1998). “Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro”. En *Pesquisas*, n° 12. San Pablo: Fundação Konrad –Adenauer–, Stiftung.
- Acuña, C. (2010). “Los desafíos de la coordinación y la integralidad para las políticas y la gestión pública en América Latina. Una introducción”. En Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación, *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y la gestión pública en América Latina*. Buenos Aires.
- (2008). *La política de la modernización estatal. Notas comparando la experiencia europea con la latinoamericana (con foco en la argentina)*. Departamento de Humanidades. Documento de Trabajo n° 45, febrero.
- (2005). “Los problemas de coordinación del Estado argentino como contexto (ineludible) de la coordinación de políticas laborales y económicas”. En Conferencia Internacional y Taller “La globalización y el desarrollo nacional. Hacia una mayor coherencia entre políticas económicas y laborales”. Buenos Aires, agosto.

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Documento n° 60. Universidad de San Andrés-CEDI.
- Acuña, C. y Repetto, F. (2007). *Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina*. Documento de Trabajo n° 44, Departamento de Humanidades, Universidad de San Andrés, noviembre.
- (2001). “Marco de análisis de las políticas sociales”. En *Proyecto sobre políticas sociales en América Latina*. BID-CEDI (mimeo).
- Acuña, C.; Kessler, G. y Repetto, F. (2002). “Evolución de la política social argentina en la década de los noventa: cambios en su lógica, intencionalidad y en el proceso de hacer política social”. En *Self-Sustaining Community Development in Comparative Perspective*. Center of Latin American Social Policy (CLASPO). The University of Texas at Austin. Buenos Aires, mayo.
- Agosto, G. y Dutrey, N. (2003). “La crisis institucional argentina (2000-2003) desde la teoría del capital social comunitario”. En *Cuadernillos del Observatorio Social*, n° 10. Buenos Aires.
- Agranoff, R. y McGuire, M. (1999). “Expanding Intergovernmental Management’s Hidden Dimensions”. En *The American Review of Public Administration*, Sagepub.com, vol. 29, n° 4, pp. 352-369.
- Aguilar Villanueva, L. (1996a). “Estudio introductorio”. En Aguilar Villanueva, L. (ed.), *La implementación de las políticas*. México: Porrúa (2ª ed.).
- (1996b). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Porrúa.
- (1996c). *La hechura de las políticas públicas*. México: Porrúa.
- Almeida, C. (2008). “La implementación de la reforma en Brasil. La dinámica del Sistema Único de Salud y algunos resultados”. En Chiara, M.; Di Virgilio, M. M. y Miraglia, M., *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS.
- (2002a). “O sus que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres?”. En *Ciencia e Saude Coletiva*, 18 (4), pp. 417-437.
- (2002b). “Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário”. En *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (suplemento). Río de Janeiro, pp. 23-36.
- Almeida, C. y Macinko, J. (2006). “Validação de metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saude (sus) em nível local”. En *Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. Brasília.

- Alonso, G. (2009). “La política social municipal y la articulación con nación y provincia: el caso de los municipios del conurbano bonaerense argentino”. Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (del 11 al 14 de junio). Río de Janeiro.
- Alonso, G. y Di Costa, V. (2011). “Cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2010”. Ponencia presentada en el VI Congreso Argentino de Administración Pública (6, 7 y 8 de julio). Chaco: Resistencia.
- Andrenacci, L. y Repetto, F. (2007). *Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana*. INDES-BID (mimeo).
- Andrenacci, L. y Soldano, D. (2006). “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”. En Andrenacci, L. (comp.), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- Andrenacci, L., Falappa, F. y Lvovich, D. (2004). “Acerca del Estado de Bienestar en el peronismo clásico (1945-1955)”. En Bertranou, J.; Palacio, J. M. y Serrano, G. (comps.), *En el país de no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social argentina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Andrenacci, L. et al. (1999). *Evaluación de programas sociales desde la perspectiva de los beneficiarios. Los programas Vida, Promin, Trabajar y Barrios Bonaerenses en los municipios de José C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno y San Miguel*. Los Polvorines: ICO-UNGS (inédito).
- Anlló, G. y Cetrángolo, O. (2007). “Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos”. En Kosacoff, B. (ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina, 2002-2007*. Buenos Aires: CEPAL, pp. 409-440.
- Anlló, G.; Kosacoff, B. y Ramos, A. (2007). “Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina, 2002-2007”. En Kosacoff, B. (ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina, 2002-2007*. Buenos Aires: CEPAL, pp. 7-25.
- Ansolabehere, K. (2003). “Provincias, instituciones e incertidumbre: el derrotero de la descentralización de las políticas sociales en Argentina”. En *Revista Mexicana de Sociología*, año 65, n° 3. México.
- Arce, H. (2010). *El sistema de salud. De dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo.
- (2003). *Consideraciones sobre los sistemas provinciales de salud*. Buenos Aires (mimeo).

- (2001). *La calidad en el territorio de la salud*. Buenos Aires: ITAES.
- (1993). *El territorio de las decisiones sanitarias*. Buenos Aires: Macchi.
- Ariovich, A. (2011). *Reconstrucción documental de las propuestas de APS y de RISS* (mimeo).
- (2010). *Análisis de la microimplementación de la política sanitaria en el municipio de Malvinas Argentinas* (mimeo).
- Aronskind, R. (2003). *La larga recesión argentina (1998-2002)*. Documento de Trabajo n° 3, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, Instituto de Investigaciones Económicas.
- Arretche, M. (2010). “Federalismo e igualdad territorial: uma contradição em termos?”. En *Dados. Revista de Ciências Sociais*, vol. 53, n° 3, pp. 587-620. Río de Janeiro: Universidade Candido Mendes.
- (2003). “Financiamento federal e gestao local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomía”. En *Ciência e saúde coletiva*, vol. 8, n° 2. Río de Janeiro.
- Ase, I. (2006). “La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal”. En *Salud Colectiva*, año 2, vol. 2, pp. 199-218. Buenos Aires.
- Auyero, J. (2002). “Fuego y barricadas. Retratos de la beligerancia popular en la Argentina democrática”. En *Nueva Sociedad*, n° 179. Caracas.
- Avila Viana, A. y Vieira Machado, C. (2009). “Descentralização e coordenação federativa: a experiencia brasileira na saúde”. En *Ciencia y Saúde Coletiva*, 14 (3), pp. 807-817.
- Banting, K. y Corbett, S. (2002). “Federalism and health care policy: An introduction”. En *Health Policy and Federalism. A comparative perspective*. Queen's University (Kingston, Ont.), Institute of Intergovernmental Relations.
- Barbieri, N. (2007). “Política fiscal y política sanitaria. Tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia”. En *Salud Colectiva*, 3 (1), pp. 49-61.
- Bardach, E. (1996 [1981]). “El problema de la definición de problemas en el análisis de políticas”. En Aguilar Villanueva, L. (ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Porrúa, pp. 219-234.
- Barrientos, M. (2010). “Ensayo sobre las teorías del federalismo y los sistemas federales del cono sur”. En *Reflexiones*, año 2, n° 7. Buenos Aires, noviembre.

- Báscolo, E. (2002). “Economía de la salud y neoinstitucionalismo”. En *Cuadernos Médico-Sociales*, 82, pp. 5-28, mayo.
- Báscolo, E. y Yavich, N. (2010). “Gobernanza y gobernabilidad del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires”. En Hernández Bello, A. y Rico de Sotelo, C., *Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Pontificia Universidad Javeriana.
- Basile, M. *et al.* (2011). “La situación fiscal provincial en contexto de crisis”. Ponencia presentada en las Jornadas Internacionales de Finanzas Públicas, Facultad de Ciencias Económicas, UNC, Argentina.
- Bayón, C. y Saraví, G. (2002). “Vulnerabilidad social en la Argentina en los años noventa: impactos de la crisis en el Gran Buenos Aires”. En Katzman, R. y Wormald, G., *Trabajo y ciudadanía. Los cambiantes rostros de la integración y exclusión social en cuatro áreas metropolitanas*. Montevideo: Cebra Comunicación Visual.
- Beland, D. (2010). “Reconsidering Policy Feedback. How Policies Affect Politics”. En *Administration Society*, vol. 42, Issue 5, pp. 568-590.
- (2005). “Ideas and Social Policy. An Institutional Perspective”. En *Social Policy & Administration*, vol. 39, n° 1, febrero, pp. 1-18.
- Belmartino, S. (2009). “Las políticas de salud en el siglo xx: legados históricos”. En V Foro del Bicentenario. Panel “Políticas de Salud Pública en el siglo xx”. Buenos Aires. Disponible en: <http://historiapolitica.com/datos/bibliotecal/belmartino3.pdf>. Consultado el 27 de febrero de 2012.
- (2008). “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”. En Chiara, M. *et al.* (orgs.), *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Buenos Aires: Instituto del Conurbano, UNGS.
- (2007). “Coyuntura crítica y cambio institucional en salud. Argentina en los años 40”. En *Salud Colectiva*, 3 (2), pp. 177-202, mayo-agosto.
- (2005a). *La atención médica argentina en el siglo xx. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- (2005b). “Una década de reformas de la atención médica en Argentina”. En *Salud Colectiva*, 1 (2), pp. 155-171, mayo-agosto.
- (1998). “Nuevo rol del Estado y del mercado en la seguridad social argentina”. Ponencia presentada en el XXI Congreso Internacional de la Latin America Studies Association. Chicago. Septiembre.

- Belmartino, S. y Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985*. Publicación n° 40, OPS.
- Belmartino, S.; Bloch, C. y Báscolo, E. (2003). *Reforma de la atención médica en escenarios locales*. Colección Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2002). *La reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios provinciales*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Serie Seminarios en Salud y Política Pública.
- Berman, P. (1993). “El estudio de la macro y la microimplementación”. En Aguilar Villanueva, L. (ed.), *La implementación de las políticas*, México: Porrúa.
- Bertranou, F. y Bonari, D. (coords.) (2005). *Protección social en Argentina. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2003*. Ministerio de Economía y Producción, Secretaría de Política Económica. Oficina Internacional del Trabajo. Santiago.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1998). “Descentralización de los servicios de salud en Argentina”. En Cominetti, R. y Di Gropello, E., *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, pp. 117-124. LC/L.1132.
- (1997). *Descentralización de los servicios de salud en Argentina*. Serie “Reformas de Política Pública”, n° 47. Santiago de Chile: CEPAL.
- Bonvecchi, A. (2008). “Políticas sociales subnacionales en países federales: Argentina en perspectiva comparada”. En *Desarrollo Económico*, vol. 48, n° 190/191, pp. 307-339, julio-diciembre.
- Botana, N. (2006). *Poder y hegemonía. El régimen político después de la crisis*. Buenos Aires: Emecé.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Braun, D. y Etienne, J. (2006). *Policy ideas and health policy instruments. The governance of primary care in Switzerland*. Suiza: Universidad de Lausanne (mimeo).
- Busto, S.; Bonet, F. y Alberti, A. (2010). “Análisis descriptivo de los casos de gripe A (H1N1) notificados durante la pandemia de 2009 en la Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires, Argentina”. En *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, n° 3, junio.
- Cabrero Mendoza, E. (2010). “Gobierno y política local en México: luces y sombras de las reformas descentralizadoras”. En *Política y Sociedad*, vol. 47, n° 3, pp. 165-186.

- (2006). “De la descentralización como aspiración, a la descentralización como problema. El reto de la coordinación intergubernamental de las políticas sociales”. En Seminario sobre Coordinación y Políticas Sociales. BID, mayo.
- (2005). *Acción pública y desarrollo local*. México: FCE.
- Cabrero Mendoza, E. y Zabaleta Solís, D. (2009). “¿Cómo construir una mística intergubernamental en la política social? Análisis de cuatro experiencias latinoamericanas”. En revista del CLAD, *Reforma y Democracia*, n° 43, febrero.
- Cabrero Mendoza E. y Martínez-Vázquez, J. (2000). “Assignment of Spending Responsibilities and Service Delivery”. En *Achievements and Challenges of Fiscal Decentralization Lessons from Mexico*. Editado por Marcelo M. Giugale y Steven B. Webb. Washington: The World Bank.
- Calvo, E. y Aguirre, P. (2005). “Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable”. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (1)/77.
- Camou, A. y Mateo, S. (2007). “¿El tiempo vence a la organización? Dinámica política, estructuras estatales y políticas sociales en la provincia de Buenos Aires (1984-2004)”. En *Cuestiones de Sociología*, 4, pp. 129-142. Disponible en: www.memoria.fahce.unlp.edu.ar.
- Campos, L.; Faur, E. y Pautassi, L. (2007). “Programa familias por la inclusión social. Entre el discurso de derechos y la práctica asistencial”. Colección “Investigación y análisis”, n° 4. Centro de Estudios Legales y Sociales.
- Carciofi, R.; Cetrángolo, O. y Larrañaga, O. (1996). “El rol del Estado en educación básica y atención primaria en salud en América Latina y el Caribe”. Serie Reformas de Política Pública, Proyecto regional sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales. Santiago de Chile: CEPAL.
- Carnota, W. (2011). “El derecho a la salud en el constitucionalismo provincial argentino”. En *Revista Jurídica*, n° 15, pp. 418-442. Recuperado el 14/5/2012: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/handle/123456789/1412>.
- Catenazzi, A. (2000). “Proceso de reforma de salud en el ámbito local: el proyecto de la cooperadora única de los centros de salud del Municipio de Tigre”. En Chiara, M. *et al.*, *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el conurbano bonaerense*, Serie “Informes de Investigación”, n° 9. Buenos Aires: UNGS.
- Catenazzi, A. y Da Representação, N. (2009). “Acerca de la gestión de la proximidad”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.

- Cetrángolo, O. (2011). “Reflexiones sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto en la equidad”. En Hernández Bello, A. y Rico de Sotelo, C. (eds.), *Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas*. CIID y Pontificia Universidad Javeriana.
- 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, 17 de junio.
- Cetrángolo, O. y Gatto, F. (2002). *Descentralización fiscal en Argentina. Restricciones impuestas por un proceso mal orientado*. LC/BUE/R.252. Agosto.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2011). “Descentralización de los servicios públicos, cohesión territorial y afianzamiento de las democracias en América Latina”. En Bárcena, A. y Kacef, O., *La política fiscal para el afianzamiento de las democracias en América Latina. Reflexiones a partir de una serie de estudios de caso*. Documentos de Proyectos, n° 409. CEPAL-PNUD, Santiago de Chile.
- Cetrángolo, O. y Jiménez, J. (2004a). “Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina”. En *Revista de la CEPAL*, n° 84, diciembre.
- (2004b). *Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, instituciones y conflictos persistentes*. Serie Gestión Pública, n° 47. ILPES-CEPAL.
- Cetrángolo, O.; Lima Quintana, L. y San Martín, M. (2007). *Situación del sector salud en Argentina. Análisis en el contexto de un sistema descentralizado*. BID (mimeo).
- Cetrángolo, O. y Sabaini, J. (2007). *Política tributaria en Argentina. Entre la solvencia y la emergencia*. Serie Estudios y Perspectivas, n° 38. Buenos Aires: CEPAL.
- CELS (2003). *Plan Jefes y Jefas. ¿Derecho social o beneficio sin derechos?* Buenos Aires, mayo.
- CEPAL (2010). *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*. Distr. Limitada. LC/L. 3216 (CEP.2010/3), 5 de mayo de 2010.
- Chernovesky, G. (2011). “Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas”. En *Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá*, vol. 30, n° 1, pp. 38-41.

- Chiara, M. (2016). “Las relaciones intergubernamentales como problema y el ‘territorio’ como argumento: políticas de salud en Argentina (2008-2014)”. En *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, n° 10, pp. 61-85. UNLA.
- (2012a). “¿Restricciones o incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del régimen de implementación”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- (2012b). “La política sanitaria en los límites de la fragmentación. Un análisis del caso Malvinas Argentinas”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- (2010). “Relaciones intergubernamentales y política sanitaria en Argentina en el contexto de la crisis 2001-2003”. En *Trabajo, Educação, Saúde*, vol. 7, n° 3, pp. 529-548. Río de Janeiro.
- (2009). “Se hace camino al andar. Municipios y política social en el Gran Buenos Aires en el tránsito de la crisis 2001-2003”. En Pérez, P. (ed.), *Buenos Aires, la larga formación del presente*, Colección Ciudades, n° 2. Quito: Olacchi.
- (2000). “Los municipios del conurbano bonaerense y las políticas de salud. Una reconstrucción histórica”. En Chiara, M. et al., *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el conurbano bonaerense*. Informe de Investigación. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara, M. et al. (2011). “Lo local y lo regional: tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el conurbano bonaerense”. En Chiara, M. y Moro, J. (comps.), *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*. Prometeo-UNGS.
- (2009). *Accesibilidad en la atención de la salud en el Municipio de San Fernando*. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (2009). “Conceptualizando la gestión social”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Prometeo-UNGS.
- (2005). *Municipios y gestión social. De los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires*. Prometeo-UNGS.
- Chiara, M., Di Virgilio, M. M. y Ariovich, A. (2010). “De ‘condiciones’ y ‘estrategias’: reflexiones en torno a la coparticipación provincial por salud y la política local en los municipios del Gran Buenos Aires (2000-2005)”. En *Salud Colectiva*, 6 (1), pp. 47-64.

- Chiara, M.; Di Virgilio, M. M. y Miraglia, M. (2008). “Tensiones y dilemas en torno a la gestión local en salud en el Gran Buenos Aires”. En Chiara, M. *et al.*, *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M. M. y Moro, J. (2012). “Contrapuntos y algunas conclusiones”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio. Estudios de caso en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- (2009). “Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local”. En *Postdata. Revista de Reflexión y Análisis Político*. SAAP, n° 14.
- Chiara, M. y Reimondi, R. (2007). *Condiciones de vida y control del embarazo en municipios de la Región Sanitaria V, provincia de Buenos Aires*. Coedición UNGS-Ministerio de Salud y Comisión de Investigaciones Científicas, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Colección: Publicaciones electrónicas, n° 5.
- Cingolani, M. (2006). “Descentralización y relaciones intergubernamentales. La descentralización en salud en la provincia de Córdoba”. En Cingolani, M. y Lardone, M., *Gobiernos bajo presión. Relaciones intergubernamentales y reforma del Estado. El caso Córdoba*. Biblioteca Gobierno. Córdoba: Editorial Universidad Católica.
- (2005). “Relaciones intergubernamentales y descentralización: el papel de los mecanismos formales y fiscales de coordinación en la institucionalización de procesos descentralizadores”. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile, del 18 al 21 de octubre.
- Clemente, A. y Girolami, M. (2006). *Territorio, emergencia e intervención social. Un modelo para armar*. Buenos Aires: Espacio Editorial, IIED-AL.
- Cortes, R.; Groisman, F. y Hoszowski, A. (2004). “Transiciones ocupacionales: el caso del Plan Jefes y Jefas”. En *Realidad Económica*, n° 202, febrero-marzo.
- Cravacuore, D. (2007). “Los municipios argentinos (1990-2005)”. En Cravacuore, D. e Israel, R. (eds.), *Procesos políticos comparados en los municipios de Argentina y Chile (1990-2005)*. Buenos Aires: UNQ-Universidad Autónoma de Chile.
- Cravacuore, D. y Clemente, A. (2006). “El proceso reciente de asociativismo intermunicipal en Argentina”. En XI Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, del 7 al 10 de noviembre.

- Cravino, C. (2000). “La gestión de las políticas para el sector salud en el ámbito local en el contexto de la reforma del Estado. Los casos de los municipios de San Miguel, Malvinas Argentinas y José C. Paz”. En Chiara, M. *et al.*, *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el conurbano bonaerense*. Serie “Informes de Investigación”, n° 9. Buenos Aires: UNGS.
- Damsky, I. (2006). “La construcción del derecho a la salud en la Argentina a partir de la internacionalización de los ordenamientos jurídicos”. En Cienfuegos Salgado, D. y Macías Vázquez, M. (coords.), *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Bioderecho, tecnología, salud y derecho genómico*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, pp. 161-206.
- Danani, C. (2009). “La gestión de la política social: un intento por aportar a su problematización”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- (2003). “Condiciones y prácticas sociopolíticas en las políticas sociales: las obras sociales más allá de la libre afiliación”. En Danani, C. y Lindenboim, J., *Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Buenos Aires: Biblos.
- (1996). “Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población-objeto”. En Hintze, S. (org.), *Políticas sociales. Contribuciones al debate teórico metodológico*. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones CBC-UBA.
- Danani, C. y Beccaria, A. (2011). “La (contra)reforma previsional argentina 2004-2008: aspectos institucionales y político-culturales del proceso de transformación de la protección”. En Danani, C. y Hintze, S., *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en Argentina, 1990-2010*. Los Polvorines: UNGS.
- Danani, C.; Chiara, M. y Filc, J. (1997). *Reconstrucción de las políticas de salud para el subsector oficial en la provincia de Buenos Aires* (mimeo).
- De Luca, M. (2010). “Del príncipe y sus secretarios. Cinco apuntes sobre gabinetes presidenciales en la Argentina reciente”. En De Luca, M. y Malamud, A., *La política en tiempos de los Kirchner*. Buenos Aires: Eudeba, pp. 37-48.
- De Luca, M. y Malamud, A. (2010). “Argentina: turbulencia económica, polarización social y realineamiento político”. En *Revista de Ciencia Política*, vol. 30, n° 2, 173-189.

- De Riz, L. (2005). “La frustrada reforma del presidencialismo argentino”. En Arias, C. y Ramacciotti, B. (eds.), *Presidencialismo y parlamentarismo en América Latina*. OEA-Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Georgetown. Washington.
- Demarco, M. (2009). *Sistematización de textos constituciones provinciales acerca del derecho a la salud* (mimeo).
- Di Virgilio, M. M. (2012). “La política sanitaria en San Fernando, una apuesta por consolidar el primer nivel de atención”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- Dourado, D. de Araujo (2010). “Regionalização e federalismo santiário no Brasil”. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Oientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias.
- Dourado, D. de Araujo y Mangeon Elias, P. (2011). “Regionalização e dinâmica política do federalismo santiário brasileiro”. En *Revista Saúde Pública*, 45 (1), pp. 204-211.
- Eguía, A. y Hintze, S. (1994). “Sobre estilos y técnicas de investigación social: la articulación de enfoques y sus posibilidades”. Trabajo presentado en las Primeras Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Elazar, D. (1991). *Exploring federalism*. Tuscaloosa: University of Alabama Press.
- Etchemendy, S. (2012). “El sindicalismo argentino en la era posneoliberal”. En De Luca, M. y Malamud, A., *La política en tiempos de los Kirchner*. Buenos Aires: Eudeba, pp. 155-166.
- Falappa, F. y Andrenacci, L. (2009). *La política social en la Argentina democrática (1983-2008)*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional-UNGS.
- Falbo, R. (2003). *Estudio sobre el gasto en medicamentos en Argentina*. Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS).
- Faletti, T. (2010). *Decentralization and subnational politics in Latin America*. Cambridge University Press (eBook).
- (2007). “Local and Universal. Institutional Changes in Health Care and Federalism in Brazil”. Conference “Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power in Historical Institutionalism”. Evanston: Northeastern University.

- (2004). “Federalism and Decentralization in Argentina. Historical Background and New Intergovernmental Relations”. En Tulchin, J. y Selee, A. (eds.), *Decentralization and Democratic Governance in Latin America*. Washington: Woodrow Wilson Center for Scholars.
- Feller, J. y Pérez Arias, E. (1993). “El sector salud en la provincia de Buenos Aires”. En Katz, J. *et al.*, *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: FCE.
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Findling, L. y Champalbert, L. (2007). “La política de salud en Argentina: avances y cuestiones pendientes”. En *Revista de Ciencias Sociales*, n° 69. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Findling, L.; Arruñada, M. y Klimovsky, E. (2002). “Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de obras sociales en Argentina”. En *Cad. Saúde Pública*, 18 (4), pp. 1077-1086, julio-agosto. Río de Janeiro.
- Fiszbein, A.; Giovagnoli, P. y Adúriz, I. (2003). “El impacto de la crisis argentina en el bienestar de los hogares”. En *Revista de la CEPAL*, n° 79, abril. Santiago de Chile.
- Flanagan, K.; Uyarra, E. y Laranja, M. (2010). *The ‘policy mix’ for innovation, rethinking innovation policy in a multi-level, multi-actor context*. Manchester Business School, Working Paper Series, 599 (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1629744##).
- Fleury, S. (2007). “Salud y democracia en Brasil. Valor público y capital institucional en el Sistema Único de Salud”. En *Salud Colectiva*, 3 (2), pp. 147-157. Buenos Aires.
- (2002). “El desafío de la gestión de redes”. En revista *Instituciones y Desarrollo*, n° 12-13, pp. 221-247. Barcelona: Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya (<http://www.iigov.org>).
- (2001). “¿Universal o dual? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia”. En Molina, C. y Núñez del Arco, J. (orgs.), *Servicios de Salud en América Latina y Asia*. Washington: BID.
- Fleury, S. y Ouverney, A. (2006). “O sistema único de saúde brasileiro. Desafios da gestão em rede”. En *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. Edición especial 10 anos.

- Forest, P. (2005). "Policy Instruments and Health Reform. The Role of Evidence". Trabajo presentado en la conferencia "Health Services Restructuring. New Evidence and New Directions", 17 y 18 de noviembre. John Deutsch Institute, Queen's University.
- García, V. (2009). "Asociación de profesionales de la salud (CICOP): una aproximación a la memoria histórica". Tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.
- Garriga, M. y Sanguinetti, P. (1995). "Coparticipación a municipalidades de la provincia de Buenos Aires". En *Cuadernos de Economía*, n° 10. Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires.
- Gatto, F. (2007). "Crecimiento económico y desigualdades territoriales en Argentina". En Kosacoff, B. (ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina, 2002-2007*. Buenos Aires, CEPAL, pp. 317-368.
- Gibson, E. (2004). *Federalism and Democracy in Latin America*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Golbert, L. (2010). *De la sociedad de beneficencia a los derechos sociales*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.
- (2004). *¿Derecho a la inclusión o paz social? Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados*. Serie Políticas Sociales 84. Santiago de Chile: CEPAL, División Desarrollo Social.
- Gomá, R. y Jordana, J. (2004). *Descentralización y políticas sociales en América Latina*. Barcelona: CIDOB.
- Gómez, M. (2006). "Crisis y recomposición de la respuesta estatal a la acción colectiva desafiante en la Argentina, 1989-2004". En *Revista Argentina de Sociología*, vol. 4, n° 6, pp. 88-128, enero-junio.
- González García, G. (2001). "Las reformas sanitarias y los modelos de gestión". En *Revista Panamericana de la Salud*, n° 9.
- (1994). *Remedios políticos para los medicamentos*. Buenos Aires: ISALUD.
- González García, G. y Tobar, F. (1999). *Más salud por el mismo dinero. Bases para la reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: ISALUD.
- González García, G. et al. (1999). "El mercado de medicamentos en Argentina". En *Estudios de la Economía Real*, n° 13. Buenos Aires: ISALUD.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Groisman, F. (2008). “Efectos distributivos durante la fase expansiva de Argentina (2002-2007)”. En *Revista de la CEPAL*, n° 96, pp. 201-220, diciembre.
- Henao-Kaffure, L. (2010). “El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009”. En *Revista Gerencial de Políticas de Salud*, 9 (19), pp. 53-68, julio-diciembre. Bogotá.
- Hintze, J. (2009). “Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- Hintze, S. y Costa, M. (2011). “La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximaciones al proceso político de la transformación de la protección”. En Danani, C. y Hintze, S., *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en Argentina, 1990-2010*. Los Polvorines: UNGS.
- Hood, Ch. y Margetts, H. (2007). *Tools of Government in the Digital Age*. Serie Public Politics and Policy, (2ª ed.). Londres: Mc Millan.
- (1983). *The Tools of Government*. New Jersey: Chatham House Publishers.
- Iarussi, M. (2008). “La coparticipación en la provincia de Buenos Aires y el sector salud”. En Chiara, M. *et al.*, *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS.
- Ilari, S. (2004). *Reformulación estratégica de programas sociales. Del “Plan Vida” al “Más Vida”*. Buenos Aires (mimeo).
- (2001). *La gestión local de la política social: los casos de Quilmes y Florencio Varela*. Buenos Aires. Recuperado el 22/8/2012: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/pobreza/ilari.pdf>.
- Immergut, E. (1998). “The Theoretical Core of the New Institutionalism”. En *Politics & Society*, vol. 26, n° 1, marzo. Sage Publications.
- (1992). *Health Politics. Interests and Institutions y Western Europe*. Londres: Cambridge University Press.
- (1990). “Institutions, Veto Points, and Policy Results. A Comparative Analysis of Health Care”. En *Journal of Public Policy*, vol. 10, n° 4, pp. 391-416, octubre-diciembre. Londres: Cambridge University Press.
- Instituto de la Salud Juan Lazarte (2005). *Avances y estado actual del estudio. Análisis de las capacidades institucionales y evaluación del desempeño del seguro público de salud materno infantil de la provincia de Buenos Aires*. Rosario.

- Isuani, A. (2008). “La política social argentina en perspectiva”. En Cruces, G. *et al.*, *Los programas sociales en Argentina hacia el bicentenario: visiones y perspectivas* (1ª ed.), pp. 169-198. Buenos Aires: Banco Mundial.
- (2007). *El Estado de Bienestar argentino. Un rígido bien durable* (mimeo).
- Isuani, E. y Mercer, H. (1988). *La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina. ¿Pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Isuani, F. (2010). *Los caminos de la debilidad estatal. Capacidades estatales y políticas públicas. Un mirada desde el proceso de configuración de instrumentos de políticas públicas. El caso de la política del agua en la provincia de Buenos Aires (1992-2008)*. Tesis doctoral. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales.
- John, P. y Cole, A. (2000). “When do Institutions, Policy Sectors, and Cities Matter? Comparing Networks of Local Policy Makers in Britain and France”. En *Comparative Political Studies*, vol. 33, n° 2, pp. 248-268.
- Jolly, J. (2005). “Gobierno y gobernanca de los territorios, sectorialidad y territorialidad de las políticas públicas”. En *Desafíos* (12), pp. 52-85, semestre 1. Bogotá.
- Jordana, J. (2001). *Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: una perspectiva institucional*. Serie Documentos de Trabajo I-22UE, primera y segunda parte. Washington: INDES-BID (www.indes.iadb.org).
- (1995). “El análisis de los *policy networks*: una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado?”. En *Gestión y análisis de políticas públicas*, n° 3, pp. 77-89, mayo-agosto.
- Jorrot, J.; Fernández, M. y Marconi, E. (2008). “Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socioeconómicos en salud”. En *Salud Colectiva*, vol. 4, n° 1, pp. 57-76, enero-abril.
- Katz, J. *et al.* (1993). *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: FCE.
- Kingdon, J. (1995). *Agendas, alternatives and public policies*. Nueva York: Addison-Wesley Longman Press.
- Klijn, E. (1997). “Policy Networks. An Overview”. En Kickert, W. y Koppenjan, J. (eds.), *Managing Complex Networks*. Traducido por Mariángela Petrizzo. Londres: Sage Publications. Recuperado el 21/3/2012: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/Complex.pdf>.

- Kostzer, D. (2008). *Argentina. A Case Study on the Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, or the Employment Road to Economic Recovery*. Working Paper n° 534. The Levy Economics Institute Working Paper Collection (<http://www.levy.org>).
- Kostzer, D. et al. (2005). *Índice de fragilidad laboral: un análisis geográfico comparado del empleo y el trabajo a partir de la EPH*. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Ministerio de Trabajo de la Nación.
- Lago, F. et al. (2012). “Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires”. En *Salud Colectiva*, vol. 8, n° 3, pp. 263-274.
- Lardone, M. y Cingolani, M. (2006). *Gobiernos bajo presión. Relaciones intergubernamentales y reforma del Estado. El caso Córdoba*. EDUCC-Biblioteca Gobierno.
- Lascoumes, P. y Le Gales, P. (2007a). “Introduction. Understanding Public Policy through its Instruments. From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation”. En *Governance*, vol. 20, n° 1.
- (2007b). *Sociologie de l'action Publique*. Armand Colin.
- Laurell, A. (1982). “Crisis y salud en América Latina”. En *Cuadernos Políticos*, n° 33, julio-septiembre, pp. 32-45. México: Era.
- Levcovitz, E. et al. (2001). “Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas”. En *Ciencia e Saúde Coletiva*, vol. 6, n° 2, pp. 269-291. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- Linder, S. y Peters, B. (1993). “Instrumentos de gobierno: percepciones y contextos”. En *Gestión y Política Pública*, vol. 2, n° 1, enero-junio.
- Lipsky, M. (1971). “Street-level bureaucracy and the analysis of urban reform”. En *Urban Affairs Quarterly*, 6 (4).
- Lodola, G. (2010). “Gobierno nacional, gobernadores e intendentes”. En De Luca, M. y Malamud, A., *La política en tiempos de los Kirchner*, pp. 217-228. Buenos Aires, Eudeba.
- Long, N. (1999). *The Multiple Optic of Interface Analysis*. Unesco: Background Paper on Interface Analysis, octubre.
- López Accotto, A. et al. (2013). *La provincia de Buenos Aires y sus municipios: los laberintos de una distribución anacrónica de recursos*. Los Polvorines: UNGS.

- Lorea, D. (2009). “El conurbano en la coparticipación provincial: retos y desafíos”. Presentación en el ciclo de debates “Problemas y Dilemas del Conurbano”. ICO-UNGS.
- Lo Vuolo, R. (2010). *Las perspectivas del Ingreso Ciudadano en América Latina. Un análisis en base al “Programa Bolsa Familia” de Brasil y a la “Asignación Universal por Hijo para Protección Social” de Argentina*. Documento de Trabajo n° 16, Centro Interdisciplinario para el Estudio de las Políticas Públicas (CIEPP), agosto.
- Maceira, D. (2008a). *Evaluación del Programa de Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires*. Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, CIPPEC. Buenos Aires.
- (2008b). *Descentralización y equidad en el sistema de salud Argentino*. Nuevos Documentos CEDES, n° 39. Buenos Aires.
- (2008c). *Gasto en salud en un contexto descentralizado. La provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: CIPPEC.
- (2002) *Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino*. Serie Seminarios en Salud y Política Pública. CEDES (<http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/SSPP/2002/SSPP200207.pdf>).
- Maceira, D. y Kremer, P. (2008). *Evaluación de una experiencia de aseguramiento social en la provincia de Buenos Aires: impacto sobre el modelo de atención*. Documento de Trabajo n° 18. Buenos Aires: CIPPEC.
- Maceira, D.; Apella, I. y Barbieri, E. (2005). *Necesidades de la demanda y subsidios de medicamentos. La experiencia del programa Remediar en Argentina*. Nuevos Documentos CEDES, n° 51.
- Maceira, D.; Cejas, C. y Olaviaga, S. (2010). *Por qué apostar a los seguros provinciales de salud*. Documento de Políticas Públicas n° 76, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social.
- Maceira, D. et al. (2006). *Centros de atención primaria de salud. Radiografía de su distribución en la Argentina*. Documento de Políticas Públicas n° 30. Buenos Aires: CIPPEC.
- March, J. y Olsen, J. (1997). *El redescubrimiento de las instituciones*. México: FCE.
- Martínez Nogueira, R. (2010). “La coherencia y la coordinación de las políticas públicas. Aspectos conceptuales y experiencias”. En *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*. Buenos Aires: Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.

- (2002). “Las administraciones públicas paralelas y la construcción de capacidades institucionales: la gestión por proyectos y las unidades ejecutoras”. En *Revista del CLAD, Reforma y Democracia*, n° 24. Caracas.
- Mecle Armiñana, E. (2001). “Los derechos sociales en la Constitución Argentina y su vinculación con la política y las políticas sociales”. En Ziccardi, A. (comp.), *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Méndez, J. (1997). “Estudio introductorio”. En Wright, D., *Para entender las relaciones intergubernamentales*. México: FCE, Nuevas Lecturas de Política y Gobierno.
- Merino, G. (2003). *Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. Caleidoscopio de la salud*. Fundación Mexicana para la Salud. Recuperado el 13/3/2012: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/14-Descentralizacion.pdf>.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2012). “Boletín de Estadísticas Laborales”. En *Revista de Trabajo*, año 8, n° 10, Buenos Aires: Nueva Época.
- (2002). “Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires”. En *Cuadernos de Economía*, n° 63. La Plata.
- Monsalvo, M. (2008). “La gestión local desde un programa nacional: reflexiones desde el Remediar”. En Chiara, M. et al., *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS.
- Moro, J. (2012). “Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- (2000). “Problemas de agenda y problemas de investigación”. En Escobar, C. (comp.), *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*. Buenos Aires: Eudeba.
- Moro, J. y Repetto, J. (2001). “La política como restricción y como oportunidad: alcances y ámbitos de coordinación de la política social”. En X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, del 18 al 21 de octubre. Santiago de Chile.
- North, D. (1995 [1990]). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Traducido por Agustín Bárcena. México: FCE.

- Obinger, H.; Leibfried, S. y Castles, F. (2005). *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*. Nueva York: Cambridge University Press.
- OMS (1978). *Declaración de Alma Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, del 6 al 12 de septiembre. URSS.
- Ondarcuhu, J. (s/f). *La ejecución de proyectos complejos*. Recuperado el 20/3/2012: www.aadaih.com.ar/congresos/.../18-ondarcuhu.
- OPS (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra. Recuperado el 25/5/2007: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
- OPS-CEPAL-PNUD (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina, 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*, n° 6. Buenos Aires.
- OPS-USAID (2006). *Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos*. Edición especial, n° 9. Washington.
- Paganini, J. y Rossen, M. (2010). *Los caminos de la salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Políticas Públicas y Derechos Humanos, n° 11. Defensoría del Pueblo de la CABA.
- Peralta Ramos, M. (2007). *La economía política argentina: poder y clases sociales (1930-2006)*. Buenos Aires: FCE.
- Perelmiter, L. (2011). *La burocracia asistencial en funcionamiento. Relaciones y prácticas en la vida íntima del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina (2003-2009)*. Tesis Doctoral en Ciencias Sociales.
- Pierson, P. y Skocpol, T. (2008 [2002]). “El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea”. En *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, vol. 17, n° 1, pp. 7-38. Montevideo: ICP.
- Pérez, P. (1995). “Actores sociales y gestión de la ciudad”. En *Ciudades*, n° 28. México: RNIU.
- Porras Martínez, J. (2001). “*Policy network* o red de políticas públicas: una introducción a su metodología de investigación”. En *Estudios Sociológicos*, vol. 19, n° 3, pp. 721-745. México: El Colegio de México.
- Potenza dal Masetto, F. (2012). *La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales*. Documento de Trabajo n° 82, CIPPEC, Programa de Protección Social, Área de Desarrollo Social.

- (2004). *Coordinación intergubernamental en políticas sociales: el funcionamiento de los Consejos Federales de Educación y Salud en la elaboración de políticas sectoriales (1990-2004)*. Tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas. Universidad de San Andrés.
- Powell, A. (2002). *Argentina's Avoidable Crisis. Bad Luck, Bad Management, Bad Politics, Bad Advice*. Documento de Trabajo n° 8. Centro de Investigación en Finanzas, Escuela de Negocios, Universidad Torcuato Di Tella.
- Powell, P. y Di Maggio, W. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México: FCE.
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos a futuro*. Buenos Aires.
- (2004). *La construcción del federalismo argentino: perspectivas comparadas*. Buenos Aires.
- Raffo, L. (2009). “Epidemia de influenza A (H1N1) en la Argentina. Experiencia del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas”. En *Medicina*, 69, pp. 393-423.
- Ramacciotti, K. (2008). “Las instituciones sanitarias en la Argentina. Entre el clamor de las urgencias sociales y la planificación”. En Cannellotto, A. y Luchtenberg, E. (coords.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Recuperado el 9/10/2012: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/MedicalizacinZyZSociedad.ZLecturasZCrticasZsobreZunZFenmenoZenZExpansin.ZAoZ2008.pdf>.
- Repetto, F. (2010a). “Las políticas sociales de transferencias de ingresos: avances hacia una mayor equidad”. En De Luca, M. y Malamud, A., *La Política en tiempos de los Kirchner*, pp. 229-239. Buenos Aires: Eudeba.
- (2010b). “Coordinación de políticas sociales. Abordaje conceptual y revisión de experiencias latinoamericanas”. En *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*. Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación. Buenos Aires.
- (2009a). “El marco institucional de las políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.

- (2009b). “Retos para la coordinación de la gestión de la política social: los casos de la descentralización y la intersectorialidad”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- (2001). *Gestión pública y desarrollo social en los noventa. Las trayectorias de Argentina y Chile*. Colección Sujetos, Políticas, Educación. Buenos Aires: Universidad de San Andrés-Prometeo.
- Repetto, F. et al. (2001). *Descentralización de la salud pública en los noventa. Una reforma a mitad de camino*. CIDE.
- Repetto, F. y Potenza dal Masetto, F. (2004). “Problemáticas institucionales de la política social argentina: más allá de la descentralización”. En Gomá, R. y Jordana, J., *Descentralización y políticas sociales en América Latina*. Barcelona: CIDOB.
- Riggirozzi, P. (2010). “Social Policy in Post-Neo-liberal Latin America. The cases of Argentina, Venezuela and Bolivia”. En *Development*, 53 (1), pp. 70-76.
- Ringeling, A. (2002). “An instrument is not a Tool”. Trabajo presentado en la conferencia “Instrument Choice in Democracies”, pp. 26-28. Montreal.
- Rodrigáñez Ricchieri, P. y Tobar, F. (2003). *El Consejo Federal de Salud (COFESA). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). *La retracción de las políticas sociales en Argentina: los 90 (y después)*. Policy Paper n° 7, Economic Working Paper, Observatorio Argentina.
- Rofman, R. y Oliveri, M. (2011). *Las políticas de protección social y su impacto en la distribución del ingreso en Argentina*. Serie Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales, n° 6, julio. Banco Mundial.
- Ronconi, L. (2012). “Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos”. En *Salud Colectiva*, 8 (2), pp. 131-149, mayo-agosto. Buenos Aires.
- Rossen, M. (2006). “Un nuevo modelo para la gestión de recursos humanos en salud”. Ponencia presentada en el XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, del 7 al 10 de noviembre. Guatemala.
- Rosso, G. (2010). “Planificación, regulación y generación de consensos en la gestión de la salud (2003-2005)”. En Maceira, D. (comp.), *Experiencias de gestión pública en salud: segundo ciclo*. Buenos Aires: CIPPEC.

- Rovere, M. (2006). *Planificación estratégica en recursos humanos en salud*. Washington: OPS-OMS.
- (2004). “La salud en la Argentina. Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto”. En *La Esquina del Sur. Revista Electrónica*, mayo.
- Rozenblat, E. (2007). “Atención primaria de la salud y gestión. Un enfoque de integración y acción”. En Maceira, D. (comp.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. CEDES-Paidós.
- Sabaini, J. y Jiménez, J. (2011). *El financiamiento de los gobiernos subnacionales en América Latina: un análisis de casos*. Serie Macroeconomía del Desarrollo, n° 111. Santiago de Chile: CEPAL-GIZ.
- Salamon, L. (2002). “The new governance and the tools of public action. An introduction”. En Salamon, L. (ed.), *The Tools of Government. A Guide to the New Governance*, pp. 1-47. Nueva York: Oxford University Press.
- Salim, L. *et al.* (2010). “Evolución de las finanzas públicas de la provincia de Buenos Aires, 1991-2008”. En *Cuadernos de Economía*, n° 76.
- Saltman, R. (2006). “Drawing the strands together: primary care in perspective”. En Saltman, R. *et al.*, *Primary care on the driver's seat? European Observatory of Health Systems and Policies Series*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Sánchez de León, A. (2008). “El seguro público de salud en la provincia de Buenos Aires. Estrategia de gestión y construcción de consensos” (2003-2006). En Maceira, D. (comp.), *Experiencias de gestión pública en salud. Primer ciclo*. Programa de Salud. Buenos Aires: CIPPEC.
- (2011). “La perspectiva de los determinantes ambientales en el proceso salud-enfermedad. Un análisis de la problemática en la cuenca Matanza-Riachuelo. En Chiara, M. y Moro, J. (comps.), *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*, pp. 157-186. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- Sbatella, J. (2001). “Análisis de las transferencias provinciales a los municipios bonaerenses”. Sexto Seminario Internacional sobre Federalismo Fiscal. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús-Universidad Austral.
- Seijo, A. (2009). “Dengue 2009: cronología de una epidemia”. En *Archivo Argentino de Pediatría, (online)*, vol. 107, n° 5, pp. 387-389.
- Selee, A. (2004). “Exploring the link between decentralization and democratic governance”. En Tulchin, J. y Selee, A. (eds.), *Decentralization and Democratic Governance in Latin America*. Washington: Woodrow Wilson Center for Scholars.

- Sellers, J. y Lidström, A. (2007). “Decentralization, Local Government and the Welfare State”. En *Governance*, vol. 20, n° 4, pp. 609-632.
- Seoane, J. (2002). *Argentina: la configuración de las disputas sociales ante la crisis*. OSAL.
- Slipak, D. (2005). *Entre límites y fronteras: articulaciones y desplazamientos en el discurso político de la Argentina poscrisis (2002-2004)*. Informe final del concurso “Partidos, movimientos y alternativas políticas en América Latina y el Caribe”. Programa Regional de becas CLACSO.
- Sojo, A. (2007). “La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales”. En *Revista de la CEPAL*, n° 91, abril. Santiago de Chile.
- (2001). “Reformas de gestión en salud en América Latina”. En *Revista de la CEPAL*, n° 74, agosto. Santiago de Chile.
- Sotelo, R. (2010). *Coparticipación municipal de la provincia de Buenos Aires*. Trabajo final de tesis. Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP. Director: O. Cetrángolo.
- Spinelli, H. (2010). “Las dimensiones del campo de la salud pública en la Argentina”. En *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 6 (3), pp. 275-293, septiembre-diciembre.
- Starfield, B. (2001). *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Editorial Mason.
- Starfield, B.; Shi, L. y Macinko, J. (2005). “Contribution of primary care to health system and health”. En *The Milbank Quarterly*, 83 (3).
- Stolkiner, A.; Comes, Y. y Garbus, P. (2011). “Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en Argentina”. En *Ciencia e Saúde Coletiva*, 16 (6), pp. 2807-2816.
- Subirats, J. (1989). “La puesta en práctica de las políticas públicas”. En *Análisis de políticas públicas y eficacia en la administración*, MAP, pp. 101-123. Madrid.
- Subirats, J. et al. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Svampa, M. y Pereyra, S. (s/f). *La política de los movimientos piqueteros*. Recuperado el 16/4/2012: <http://www.maristellavampa.net/archivos/ensayo10.pdf>.
- Tobar, F. (2008). “Atendiendo la urgencia. El financiamiento público en tiempos de crisis”. En Maceira, D. (comp.), *Experiencias de gestión pública en salud. Primer ciclo*. Programa de Salud. Buenos Aires: CIPPEC.

- (2006). *Descentralización en salud en América Latina* (mimeo).
- (2004). *Políticas para promoción del acceso a medicamentos. El caso del programa Remediar de Argentina*. Nota técnica de discusión de salud 002/2004, Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Programas Sociales. Washington.
- (2002). *Acceso a medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas*. CEDES, Serie Seminarios y Política Pública.
- (2001). *Breve historia de la prestación de servicios de salud en la Argentina* (mimeo).
- (2000). *Herramientas para el análisis del sector salud* (mimeo).
- Tobar, F. et al. (2006). *La red pública de atención primaria de la salud en la Argentina: diagnóstico y desafíos*. Informe de investigación. Recuperado el 16/3/2012: http://federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf.
- Trías, J. (2004). *Determinantes de la utilización de los servicios de salud. El caso de los niños en la Argentina*. Documento de Trabajo n° 51, Universidad Nacional de La Plata, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Económicas. Recuperado el 13/4/2012: www.depeco.econo.unlp.edu.ar.
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2008). “La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica”. En *Revista Salud Colectiva*, vol. 4, n° 1. UNLA.
- Ugalde, V. (2002). “Las relaciones intergubernamentales en el problema de los residuos peligrosos: el caso de Guadalcázar”. En *Estudios demográficos y urbanos*, n° 49, pp. 77-105.
- Vabo, S. y Røiseland, A. (2009). “Tools of government in governance. The case of norwegian urban government”. Conference. Paper prepared form EURA.
- Vedung, E. (2005 [1998]). “Policy instruments. Typologies and theories”. En Bemelmans Videc, M.; Rist, R. y Vedung, E., *Carrots, Sticks and Sermons. Policy instruments and their evaluation*. Londres: Transaction Publisher.
- Velasco González, M. (2007). *Distintos instrumentos para un mismo fin. Los instrumentos de las políticas públicas como herramienta para el análisis*. En VIII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración, del 18 al 20 de septiembre, Valencia (inédito). Biblioteca de la Universidad Complutense. Recuperado el 13/4/2012: <http://eprints.ucm.es/12184/>.
- Vergara, R. (2001). “Instituciones y política social en México: una explicación de los procesos de cambio en la política social desde la perspectiva institucional”. Ponencia presentada en el VI Congreso Internacional del CLAD. Buenos Aires.

- (1997). “El redescubrimiento de las instituciones: de la teoría organizacional a la ciencia política”. En March, J. y Olsen, J., *El redescubrimiento de las instituciones*, pp. 9-40. México: FCE.
- Vilas, C. (2005). “Pobreza, desigualdad y sustentabilidad democrática”. En *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 67, nº 2, abril-junio, pp. 229-269.
- Vitale, M. y Maizels, A. (2011). “El discurso electoral de Cristina Fernández de Kirchner (2007). Un caso de *ethos* híbrido no convergente”. En *Linguagem em (dis)curso*, Tubarao, SC, vol. 11, nº 2, pp. 337-360, mayo-agosto.
- Wilson, R. (2006). “Decentralization and Intergovernmental Relations In Social Policy. A Comparative Perspective of Brazil, México and the US”. Trabajo presentado en la Interregional Conference on Social Policy and Welfare Reform. University of Texas at Austin.
- Wright, D. (1997). *Para entender las relaciones intergubernamentales*. México: FCE, Nuevas Lecturas de Política y Gobierno.
- (1978). “Del federalismo a las relaciones intergubernamentales en los Estados Unidos de América: una nueva perspectiva de la actuación recíproca entre el gobierno nacional, estatal y local”. En *Revista de Estudios Políticos*, nº 6, pp. 5-28.
- Yin, R. (2003). “Investigación sobre estudio de casos. Diseño y métodos”. En *Applied Social Research Methods Series*, vol. 5. Thousand Oaks, Londres-Nueva Delhi: Sage Publications, International Educational and Professional Publisher.
- Zeballos, J. (2003). *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003*. Buenos Aires: OPS-OMS.
- Zurbruggen, C. (2004). “Redes, actores e instituciones”. En *Revista del CLAD, Reforma y Democracia*, nº 30, octubre. Caracas.
- Zurita, A. et al. (s/f). *Municipalización de la atención de la salud en Corrientes, Argentina*. Facultad de Medicina (UNNE) y Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de Corrientes.