

Políticas públicas en salud. Análisis del modelo argentino desde el trabajo social

María Celeste Bertona

Trabajadora Social, Empleada planta permanente. Equipo Zonal Interdisciplinario N° 1 - Dirección de Atención Primaria de la Salud- Municipalidad de la Ciudad de Córdoba. Argentina

Resumen

Analizando la construcción de las políticas de salud pública como productos históricos, como parte del “campo de las grandes instituciones públicas universales” que contienen las políticas sociales (Soldano y Andrenacci, 2005:21), asociadas a transformaciones económicas y sociales, a cambios en las concepciones de los procesos de salud-enfermedad, a diferentes sistemas de intervención y a actores que se consideraron aptos para llevarlas a cabo, se busca comprender las diferentes lógicas que sustentaron el desarrollo del sistema público de salud argentino, en las últimas décadas.

Para ello, y aportando elementos teóricos del trabajo social para analizar las políticas sanitarias vinculadas a modelos de estado, se utiliza “el concepto de regímenes de Estados del bienestar que propone Esping-Andersen, entendiendo que favorece la comprensión de los arreglos institucionales que conforman el campo de las políticas sociales y permite comprender mejor la producción de bienestar como una función compleja” (Britos:2006:84).

En este sentido, se distinguen y caracterizan dos momentos de la política sanitaria argentina, aquella que denomino “*del Estado neoliberal*” de aquellas implementadas “*post-convertibilidad*”, reconociendo que “Los estados varían considerablemente con respecto a su énfasis en el bienestar social” (Esping-Andersen, 1993b:17).

Palabras claves

Regímenes de bienestar, políticas sociales argentinas, proceso salud/enfermedad, Estado Neoliberal, Modelo post-convertibilidad.

Abstract

Analyzing the construction of public health politics as historical products, as part of “ field of the great universal public institutions” which contains the social politics (Soldano y Andrenacci 2005:21), associated to economic and socials transformations, to changes in the conceptions of the health-illness processes, to different intervention systems and to actors who were considerate able to did them, it looking for understand the different logical which they sustained Argentinean public health system development in the last decades.

For them, and providing theories elements of the social work to analyze the health

politics linked to state models, it used the “the concept of welfare state regimes which proposes Esping-Andersen, understanding that promotes understanding of the institutional arrangements that make up the field of social policies and allows understand better the welfare production as a complex function” (Britos:2006:84).

In this sense distinguish and characterize two moments of the Argentina health policy, one that I call “neoliberal state” of those implemented “post-convertibility”, recognizing that “States vary considerably with respect to their emphasis on social welfare” (Esping-Andersen 1993b: 17).

Keywords

Welfare regimes, Argentinean social politics, Health/illness process, Neoliberal state, Post- convertibility state.

INTRODUCCIÓN:

Es posible afirmar que existe una estrecha relación entre las modalidades establecidas para la prevención de enfermedades, su curación, la rehabilitación de los individuos, las posibilidades de enfermar, envejecer y morir, con los mecanismos de financiación de las acciones de atención en salud y el modelo de organización económica, política y social que una sociedad adquiere.

Es decir, que el problema de la salud, de la enfermedad y de su atención, no se reducen a cuestiones que ocurren en un individuo, sino que son procesos que se gestan en la dimensión social de la vida cotidiana y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad, fundamentalmente en los correspondientes a patrones de trabajo y consumo de distintos grupos, sus modalidades de actividades prácticas, sus formas organizativas y su cultura¹. Además, en la definición de este problema, se ponen en juego múltiples relaciones de poder, en las que intervienen organismos del Estado, estructuras corporativas, empresas privadas, instituciones científicas, organizaciones intermedias, movimientos sociales, organizaciones comunitarias, entre otras, dando lugar a arreglos institucionales complejos.

Analizando la construcción de las políticas de salud pública como productos históricos, como parte del “campo de las grandes instituciones públicas universales” que contienen las políticas sociales (Soldano y Andrenacci, 2005:21), asociadas a transformaciones económicas y sociales, a cambios en las concepciones de los procesos de salud-enfermedad, a diferentes sistemas de intervención y a actores que se consideraron aptos para llevarlas a cabo, se busca comprender las diferentes lógicas que sustentaron el desarrollo del sistema público de salud argentino, en las últimas décadas.

Para ello, se parte de entender a la política social como un complejo conjunto de intervenciones estatales que regulan los procesos de reproducción social, constituyendo “una constelación de intervenciones que participan de las formas institucionales que operan en cada régimen de acumulación, configurando, contradictoriamente, unas formas de *defensa* de la sociedad frente a los mercados y su funcionamiento disruptivo” (Britos, 2010:183).

Claudia Danani distingue intervenciones sociales de políticas sociales. Con las primeras,

.....
¹ Ideas trabajadas por Jaime Breilh en “La salud-enfermedad como hecho social”, en Betancourt, Breilh, Capana y Granda: “Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras” Ed. Universidad de Guadalajara, México, 1991.

refiere al “conjunto de intervenciones que producen las condiciones de vida y de reproducción de la vida” (Danani, 2004:14) y a las políticas sociales las ubica “en el centro mismo de la constitución (de permanente constitución, vale decir, de constitución-reconstitución) de la *forma mercancía de la fuerza de trabajo*” (Danani, 2004:13). Además, afirma que “la constitución de la forma mercancía de la fuerza de trabajo, y por lo tanto el desarrollo de políticas sociales, es un proceso sociopolítico, institucional, económico y cultural, en el que se construyen *el trabajo y la política, y en el que una sociedad define los sujetos, objetos y medios legítimos de satisfacción de las necesidades*” (Danani, 2004:13).

La configuración de políticas sociales presupone –además– el establecimiento de criterios de justicia, de igualdad y de integración para una sociedad dada. “Entre las desigualdades más importantes destacamos las referidas a la clase, género y la nacionalidad, ya que postulan problemas singulares al concepto de ciudadanía y a los arreglos democráticos” (Britos, 2003:101). Desde esta lógica, en el campo de la salud colectiva, Jaime Breilh (2003:218) expresa que la clase, el género y la etnia son *dominios* en la construcción de los perfiles epidemiológicos de un territorio, ya que explican la estructuración de relaciones de poder y procesos de inequidad.

R. Titmuss (1981:32) advierte sobre la existencia de políticas sociales que muchas personas no consideran orientadas al bienestar o a la beneficencia y que “... actúan como multiplicadores ocultos de desigualdad”. Por lo tanto, precisa el autor, “cuando hablamos de ‘política social’ no debemos reaccionar automáticamente revistiéndolo con un halo de altruismo, preocupación por los demás, por la igualdad y otros temas parecidos” (Titmuss 1981:32).

No podemos referirnos a las políticas sanitarias sin considerar los distintos regímenes de Estados de bienestar y cómo se articulan Estado, mercado, familia y sector no gubernamental en el desarrollo de las mismas, reconociendo que “Las condiciones de acceso, la calidad de las prestaciones, la extensión y cobertura de las mismas remiten a la dimensión ‘sustancial’ de la democracia (Britos, 2003:101). Por ello, si bien Soldano y Andrenacci (2005:34) plantean que la propuesta de Esping-Andersen presenta un relativo esquematismo que dificulta su extensión a regímenes nacionales con complejidades, se comparte con Britos (2006:84) que “el concepto de regímenes de Estados del bienestar que propone Esping-Andersen favorece la comprensión de los arreglos institucionales que conforman el campo de las políticas sociales y permite comprender mejor la producción de bienestar como una función compleja”. Por ello, en el presente trabajo se utilizarán categoría conceptuales del Trabajo Social, para analizar las políticas sanitarias argentinas de las últimas décadas, poniendo en juego las contribuciones de estos aportes y los de R. Titmuss (1981) quien diferencia Estados de bienestar residuales e institucionales.

Para este estudio, distingo y caracterizo dos momentos de la política sanitaria argentina, aquella que denomino “*del Estado neoliberal*” de aquellas implementadas “*post-convertibilidad*”, reconociendo que “Los estados varían considerablemente con respecto a su énfasis en el bienestar social” (Esping-Andersen, 1993b:17). La reflexión comparativa entre ambos, es una “manera de profundizar en el análisis empírico y en la teoría política en todos los sectores del conocimiento” (Badie y Hermet, 1993:7), reconociendo que “... toda investigación es en esencia comparativa: arranca de un punto de referencia implícito o explícito en orden a determinar la variabilidad o la convergencia” (Esping-Andersen, 1993a:146). Por ello, la utilización del contraste permite describir situaciones políticas distintas y evidenciar

el efecto creado por la particularidad del fenómeno estudiado acerca del funcionamiento global de la escena política, ya que “... el método de las fuertes oposiciones, tiene por objetivo que el comparatista contraste los sistemas políticos (o parte de ellos) de dos historias o dos culturas diferentes, con el fin de destacar los aspectos que constituyen su singularidad e interpretarlos” (Badie y Herment, 1993:57).

LAS POLÍTICAS SANITARIAS DEL ESTADO NEOLIBERAL (1976-2002)...

Jaime Breilh (2003:141) plantea que con el advenimiento del Estado Neoliberal comienza la deconstrucción de los derechos sociales y de la salud. El llamado capitalismo tardío presupone un nuevo orden en que las economías centrales abandonan el esquema fordista e implementen una reestructuración de redes de la organización empresarial que permiten la transformación de “instituciones universales en cuasimercados” (Soldano y Andrenacci, 2005:51).

A partir de ello, “en América Latina se da un acelerado empobrecimiento ligado a la desvalorización de sus capitales, que produce el derrumbe de todos los rezagos de protección colectiva y solidaria como los de la seguridad social y la de los derechos sociales, que implican una masiva degradación de la calidad de vida y de la salud” (Breilh, 2003:142), constituyéndose un período de eficacia del poder político de la “nueva derecha” vestido del ropaje de la *modernización*. Según Wallerstein (1988:73) el complejo proceso denominado de esta manera implica una *occidentalización* cultural que tiene por objetivos lograr eficiencia económica y seguridad política.

Estela Grassi (2003:51) afirma que “Si en el diagnóstico que se impuso y que abrió camino al papel relevante de los organismos supranacionales para determinar/orientar políticas, la causa de la crisis de fines de los ’80 fue la expansión de las regulaciones estatales y sus avances sobre el mercado y, por lo tanto, el crecimiento de los gastos políticos que condujeron a la crisis fiscal; las soluciones a dichos diagnósticos están relacionadas a un *corpus* denominado ajuste estructural, precisamente por el tipo de inserción subordinada de los países endeudados de América Latina al sistema mundial, teniendo en éstos efectos prácticos profundos, en tanto orientaron efectivamente las políticas en los distintos sectores de los Estados nacionales latinoamericanos”.

Concretamente, el ajuste estructural fue entendido como “un proceso de políticas y reformas que apuntaba a crear ciertas condiciones básicas para poner en marcha otras modalidad de desarrollo” (Calcagno, 2001:76) e impuso como necesaria la desregulación de los mercados, la eliminación del déficit fiscal y la reducción del gasto público, la reforma del Estado, una clara política de privatizaciones, apertura de los mercados locales y la capitalización de la deuda externa.

Particularmente en la Argentina, existen importantes estudios² que evidencian que la Salud Pública fue quizá el campo de la política social que permaneció más alejado de las prioridades de la agenda gubernamental neoliberal de los años ‘90, siendo el tratamiento de la misma condicionado por las características que tuvo el proceso de reforma estatal general. En este caso particular, la reformulación de los proyectos estuvo bajo la fuerte influencia de los organismos multilaterales de crédito, el Banco Mundial (BM) y el Banco

.....
² En reiterados trabajos de Ase y Burijovich, Escudero, Iriart, Belmartino, entre otros.

Interamericano de Desarrollo (BID), principalmente para el campo de la salud, que –según plantea Alfredo Calcagno (2001:76)- “el contenido de estas reformas (apertura, privatizaciones, desregulación del sistema financiero, de los mercados de bienes y del régimen laboral) figuraban muchas veces como condición para el apoyo financiero de que requirieron los países de la región”.

Entre los argumentos que se esgrimieron para lograr la imposición de los procesos de reformas podemos mencionar: “el aumento incontenible de los costos, la inequidad en los sistemas de financiamiento, los déficit de cobertura, la ineficiencia en el uso de los recursos, la necesidad de innovación tecnológica permanente, la baja productividad del trabajo en el sector, el aumento de la insatisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios” (Ase y Burijovich: 2000), lo que devino entre otras cuestiones en el deterioro de la calidad de los servicios e incluso problemas de cobertura que han dejando a amplios sectores de la población sin protección, afectando sobre todo a los grupos más pobres.

El resultado, en definitiva, apunta a un cambio en el paradigma de intervención del Estado en el campo de la salud: “...la salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos pueden adquirir...” (Iriart: 1997), desde una clara posición neoclásica, que concibe a los ciudadanos como individuos con libertad, posibilidad y racionalidad para obtener recursos necesarios en el mercado. Desde este punto de vista, y en términos de Polanyi (2003:106): “... el control del sistema económico por parte del mercado es fundamentalmente importante para la organización total de la sociedad: ello significa nada menos que la administración total de la sociedad como un adjunto del mercado. En lugar de que la economía se incorpore a las relaciones sociales, éstas se incorporan al sistema económico.”

Esta modalidad de política sanitaria, estaría inscripta en lo que Esping-Andersen denomina “estado del bienestar liberal”, régimen que “minimiza los efectos de desmercantilización, limita con efectividad el alcance de los derechos sociales y construye un orden de estratificación que es una mezcla de una relativa igualdad de pobreza entre los beneficiarios de la protección social, de un bienestar para mayorías diferenciado por el mercado y un dualismo político de clase entre los dos” (Esping-Andersen, 1993b:47). Asimismo, se produce la estigmatización de los beneficiarios, ya que las prestaciones no generan derechos, “sino que su concesión depende de criterios técnicos y políticos no siempre explícitos y muchas veces cambiantes. Es una modelo que no aporta a la desmercantilización” (Britos, 2003:104).

Esta configuración de política-sanitaria, tomando los aportes de Block (1994:1) estaría adscripta a lo que él denomina “el viejo paradigma”, que establece que el Estado y la economía son dos entidades analíticamente separables, y que el Estado podría intervenir en el ámbito de la política sanitaria, en aquellos aspectos que –por fallas del mercado- éste no pueda proveer. A esta separación entre Estado y economía refiere Esping-Andersen (1993b:32) cuando afirma que desde el punto de vista liberal, “la libertad necesitaba una defensa de los mercados contra la intrusión política”. Esta característica de la reforma, claramente se inscribiría en lo que Titmuss (1981) denomina “El modelo residual de política social del bienestar” que se basa en la premisa de que “existen dos caminos ‘naturales’ (o socialmente dados) a través de los cuales se satisfacen adecuadamente las necesidades de un individuo: el mercado privado y la familia. Las instituciones de bienestar social deberían

intervenir únicamente en el caso de que hubieran desaparecido ambas vías, o, incluso entonces, de forma temporal” (Titmuss, 1981:38).

Sin desconocer las particularidades provinciales/municipales que implican tanto la adhesión como la implementación del proceso de reforma del subsector salud pública, en términos generales, durante el desarrollo neoliberal, a nivel nacional se pueden reconocer:

a) las transferencias interjurisdiccionales³, enmarcadas en las políticas estatales de descentralización y la municipalización del primer nivel de atención (Centros de Atención Primaria de la Salud). Este proceso no fue acompañado de una redistribución necesaria de poder ni de recursos, siendo generalmente un proceso fuertemente tecnocrático y autoritario. “En la provincia de Córdoba, esta descentralización tuvo la característica de ser **masiva** (a todos los municipios y comunas), **acelerada** (en seis meses) y **forzosa** (presión financiera y amenaza de cierre de servicios)”⁴. En 1996, la Provincia de Córdoba había transferido la totalidad de los efectores *descentralizables*, siendo municipalizados 526 de ellos, produciéndose el cierre de algunos efectores y “el ajuste en las plantillas de personal, con la reducción de contratos y el cierre de residencias” (Britos, 2006:115). El proceso que produjo la transferencia de estos servicios, tuvo un carácter eminentemente fiscalista y de ajuste cuyo objetivo principal es la reducción del gasto público, objetivo que primó sobre cualquier criterio sanitario.

b) El impulso que desde el Estado Nacional se dio a la figura del “Hospital Público de Autogestión” (HPA)⁵. En la Ley de Presupuesto de 1992 desaparecen de la Secretaría de Salud las partidas destinadas a servicios hospitalarios, que representaban la 1/5 parte de los créditos del Ministerio de Salud y Acción Social. En este mismo año, la ley N° 2925/92 plantea la descentralización y el arancelamiento hospitalario, además le brinda a los hospitales la posibilidad de poseer personería jurídica con el fin de lograr autarquía financiera. Los establecimientos sanitarios dejaron de depender administrativamente de los Ministerios de Salud y pasaron a depender de los de Economía, quienes definen en qué, cómo y cuándo se gasta. “El hospital de autogestión se define como un ente descentralizado y autárquico y cuenta con la atribución de cobrar los servicios brindados a las personas con capacidad de pago, o a terceros pagadores, en caso de beneficiarios con obras sociales, mutuales, o empresas de medicina pre-paga. Quienes carezcan de recursos para abonar los servicios deben acreditar su condición de pobreza” (Britos, 2006:115). De esta manera, se fueron desmantelando los servicios de salud, la planta de personal y la infraestructura física y equipamiento se deterioran por falta de inversiones. Estas medidas produjeron una estratificación en los servicios públicos, ya que los Hospitales Públicos Autogestionados tuvieron una recaudación diferencial según la capacidad adquisitiva de la población atendida, creando barreras en la accesibilidad y produciendo un efecto de selección adversa en las prestaciones estatales. En Córdoba, ello sucedió con los dos Hospitales dependientes de la Universidad Nacional de Córdoba, cuestión que aún continúa vigente.

c) El presupuesto se vincula a la demanda (expresada en el consumo efectivo, en las prestaciones efectivamente realizadas) y no a la oferta prestacional que es necesaria hacer. C. Iriart (1997) manifiesta que el presupuesto dependerá de la producción cuantifi-

.....
3 De los hospitales nacionales a las provincias y de éstas a los municipios.

4 Caracterización hecha por ILLOVICH, Ana: “La red de salud mental de las sierras chicas: una respuesta pequeñita, pero algo es algo”, ponencia presentada en Espacio tutoriado I, Maestría de Trabajo Social, UNC, 2010.

5 HPA. El decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 578/93 definió la norma jurídica. La misma pone énfasis en la obtención de recursos extrapresupuestarios, legalizando el cobro por las prestaciones de manera autónoma.

que permita mostrar la cantidad y tipo de prácticas realizables. Desde la lógica de implementación esto permitiría una reducción de costos y un manejo más eficiente de los recursos, considerando que “en realidad, todos los individuos son capaces de participar en el mercado...” (Esping-Andersen, 1993b:65), bajo el supuesto general del liberalismo que considera al mercado como emancipatorio.

d) el fortalecimiento de las acciones de promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad bajo criterios de focalización poblacional, centrando el accionar del subsector en la Atención Primaria de la Salud (APS). Esto se efectiviza a principios de los años 2000, a través del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud. (PROAPS- Programa OC 1193), línea política del BID para el financiamiento del subsector, enmarcado en el acuerdo nacional que comenzó implementándose en las provincias de Córdoba, Neuquén y Mendoza, desde los respectivos Ministerios de Salud.

Es decir, la reforma del sector salud ha estado vinculada a la descentralización de los servicios y los sistemas locales de salud (SILOS), como así también a la manifestación de pretender enfrentar las desigualdades de acceso mediante prestaciones básicas universales o focalizadas⁶. Al respecto, dice Breilh (2003:142) que “el proceso de destrucción del Estado benefactor y el argumento de racionalización del gasto ha demandado de la salud pública el estudio de niveles mínimos de supervivencia y cálculos de focalización, investigación de paquetes, pisos o planes mínimos de atención, cálculos de subsidios a la demanda, investigación de conjuntos de morbilidad manejable o ‘evitable’ (...) Todo hace parte de la episteme de los mínimos derechos con la máxima productividad”.

En este sentido, la estrategia del Ministerio de Salud Nacional se vio reducida a un cierto número de programas focalizados que concentran la atención en los problemas sociales ligados prioritariamente a la temática alimentaria como por ejemplo el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) y el Programa Materno Infantil (PMI).

Esta reforma del sistema sanitario ha sido, en lo esencial, acorde con las transformaciones globales que se operaron en la economía, el Estado y la sociedad. Se trata de una transformación regida por una tendencia hegemónica a someter –desde una clara concepción neoclásica- el funcionamiento del sistema sanitario a la lógica del mercado, e incorporar como premisas absolutamente indiscutibles el principio de financiación de la demanda en lugar de la oferta, el reemplazo de la lógica de solidaridad por la de autoprovisión individual y la estratificación de los usuarios según su capacidad adquisitiva. “Suprimiendo la ayuda o promoviendo la eliminación de los sistemas tradicionales de protección social y no poniendo nada en su lugar excepto el mercado, el Estado liberal clásico trataba de conceder al circuito monetario un papel hegemónico en la organización de la vida social y económica; el sostén del dogma liberal consistía en que el Estado no tenía una auténtica razón para alterar los resultados estratificadores producidos en el mercado”, aporta para el análisis Esping-Andersen (1993b:89).

Por otro lado, es necesario explicitar que las reformas laborales aprobadas e implementadas en este mismo período, impactaron fuertemente en las políticas sanitarias por –al menos- dos motivos: se produjo un crecimiento de la población que concurre a centros

.....
6 En la provincia de Córdoba, en enero de 2000 se sanciona la Ley N° 8835 *Carta al ciudadano*, la cual señala que “todas las personas tienen derecho a recibir atención médica adecuada en los hospitales públicos cuando carecieran de seguro u obra social y se encontraran desocupados”. Profundizando este enunciado, en diciembre de 2003 se aprueba la Ley 9133, “Ley de Garantías Saludables” que define una *Canasta Básica Prestacional* que contiene los servicios mínimos que debe recibir cada ciudadano en el primer nivel de atención de salud, dependiendo de su sexo, edad y estado de salud, sin integración con los niveles de mayor complejidad asistencial.

públicos de atención en salud debido al marcado aumento del desempleo y la precarización laboral, que produjeron que muchas personas y familias quedaran sin cobertura de las obras sociales⁷ y –por otro lado- los trabajadores ejecutores de esas políticas sanitarias se encontraban en una importantes situación de deterioro de sus condiciones de trabajo y formas de contratación laboral, “cayeron los salarios, se incrementaron la informalidad y la precarización del trabajo, y entraron en crisis las formas tradicionales de organización sindical y negociación colectiva” (Calcagno, 2001:80)⁸. Sobre este último punto, Wallerstein (1988:58) plantea que “La incesante acumulación de capital lleva a repetidas presiones para reestructurar la organización (y la ubicación) del trabajo, para incrementar la cantidad de trabajo absoluto y para llevar a cabo la reconstrucción psico-social de la fuerza de trabajo”.

Según advierte la OMS en su informe de 2008, “las políticas de ajuste estructural (negociados por el FMI y el BM) hicieron tambalear seriamente el sistema de salud pública; la brecha entre la oferta de atención privada y pública se profundizó”. Y agrega: “la mercantilización no regulada de los sistemas de salud los hace muy ineficaces y muy caros; acentúa las desigualdades y conduce a la atención de calidad mediocre, e incluso a veces peligrosa”.

La implementación de estas políticas por parte del gobierno argentino y de otros países de la región, implicó importantes procesos de desregulación del sector estatal y de la seguridad social. La desregulación tiene por objetivo facilitar la participación del sector privado nacional y multinacional en la prestación de servicios y administración del financiamiento de las instituciones estatales y paraestatales. Se facilita así el ingreso de capitales de diverso origen que en esta etapa de globalización de las economías buscan nuevos mercados donde obtener rentabilidad, disminuyendo los costos laborales y resguardando el equilibrio fiscal.

La afirmación planteada por algunos autores como Basualdo (2009:325), es que el objetivo fundamental del proceso es legitimar la apropiación de un excedente que se produciría en los fondos de salud. Se trataría de lograr que el gasto sea menor que la financiación, posibilitando una apropiación legitimada de la diferencia, por parte de los bancos, el Tesoro (por vía impositiva) y los seguros de salud. En esta opinión, el eje central de la reforma argentina no es la mercantilización de la salud (punto que plantea Cristina Laurell)⁹, sino su financiación extrema (en desmedro del mercado clínico y fundamentalmente médico) a los fines de producir un fenómeno apropiatorio legitimado. La competencia mercantil en la que entrarían todos los subsectores, incluyendo el Hospital Estatal, sería funcional al objetivo de bajar los costos para permitir la producción del excedente.

Por esto, es que Preston (1999:307) afirma que “cuando el poder pasa del Estado y las instituciones de la esfera pública al mercado, no cae en el ámbito de un mecanismo neutral que maximiza la eficiencia; pasa a manos de las empresas monopólicas, las multinacionales, los grandes bancos y sus aliados en los escalones más altos de gobierno y de las orga-

.....
7 El sistema de obras sociales fue también **desregulado**, definiendo su gerenciamiento desde mega-empresas privadas. Asimismo, entra en “auge” el sistema de medicina pre-paga, desde una clara concepción de la salud como mercancía. Un indicador sensible de esto, es que la reforma del sistema de Obras Sociales formó parte de los compromisos de renegociación de la deuda externa y la reconversión del sistema de seguridad social, lo que figura mencionado en el Informe sobre el Desarrollo Mundial: 1993-Invertir en Salud (Pág. 366).

8 En este contexto, muchos profesionales emigran a otros países en búsqueda de mejores condiciones laborales, lo que algunos autores denominan “**subvención de los países pobres a los ricos**”. Un ejemplo de esto los constituye EE.UU., ya que más del 23% de los médicos que allí se desempeñan realizaron sus estudios en el exterior; siendo el 86% de ellos en países de ingresos medios o bajos. (Citado en “Cada vez más inequidad en el acceso a la salud”. El Atlas II. Le Monde Diplomatique Pág. 36, junio 2006.)

9 Planteo en el mismo sentido que lo hace Wallerstein (1988:4), cuando refiere que “El capitalismo histórico implicó una mercantilización generalizada de unos procesos (...) que anteriormente habían sido realizado por a través de medios distintos al mercado”.

nizaciones paraestatales”.

Una referencia clara en este último punto, es que –ante la falta de políticas públicas vinculadas al acceso universal y gratuito de medicamentos por parte de la población durante la primacía del Estado neoliberal- las grandes empresas farmacéuticas denominadas “Big Pharma” hacen pagar a los ciudadanos argentinos y al mundo entero la mercantilización de su lógica de funcionamiento, produciendo una “disminución significativa y creciente de la inversión productiva para la obtención de ganancias de corto plazo cada vez más generalizadas...” (Basualdo, 2009:331). Desde su punto de vista, sólo un riguroso respeto por las patentes puede garantizar la inversión en la investigación médica, estando concentrada prioritariamente en las enfermedades más rentables y “patologizando” la vida (ya que siempre la enfermedad es más rentable que la salud). En Argentina, durante el período 2001-2005, los medicamentos sufrieron un aumento que rápidamente superó el 70%¹⁰, debido a la concentración de los laboratorios nacionales y multinacionales y a la fuerte incidencia de los componentes importados en su producción, ya que “... el peso de los subsectores comercial y no gubernamental varía en función de los procesos de racionalización que se producen en el sub-sector estatal” (Britos, 2006:83).

UNA LENTA TRANSICIÓN AL CAMBIO DE POLÍTICA SANITARIA...

Sin lugar a dudas, la política sanitaria post-convertibilidad se hizo en base a un paradigma de gestión diferente del paradigma mayoritario en los años ‘90. Esto implicó, -desde una perspectiva más vinculada a los teóricos del institucionalismo- un claro posicionamiento de **regular** el sistema de salud, proponiendo políticas estatales que puedan establecer mecanismos de control de la intervención del mercado en esta materia, como así también imprimiendo a las mismas una concepción integral de salud que contempla aspectos políticos, económicos, sociales, culturales, psicológicos, como así también sus expresiones en “lo singular, lo particular y lo general”¹¹.

Este cambio de paradigma de la política sanitaria fue –y aún continúa siéndolo- un proceso reciente, contradictorio, lento, de modificaciones parciales e inacabadas, pero que constituye un avance en el sentido del planteo de Basualdo (2009:349) cuando afirma que “a partir de 2002 se diluye el bloque de poder anterior y se pone en marcha una compleja etapa de transición en la cual comienzan a delinearse nuevas alianzas y bloques sociales” sobre la base de una mayor autonomía del capital interno respecto al poder financiero internacional y una mayor autonomía relativa del sistema político respecto a las fracciones del capital interno.

La política sanitaria post-convertibilidad puso hincapié en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la reorganización funcional del sector público, con el objetivo de permitir una mayor accesibilidad al sistema de atención público y un mejoramiento de la salud de la población, que podrían inscribirse en lo que Titmuss (1981:39) denomina “*modelo de la política social institucional redistributivo*” que “considera al bienestar social como una institución muy importante integrada en la sociedad, que proporciona servicios generales fuera del mercado basándose en el principio de la necesidad”.

.....
10 Dato obtenido en: “El trabajo en argentina”. Informe N° 14. Otoño 2008. CENDA (Centro de Estudios para el desarrollo Argentino)

11 Categorías desarrolladas por J. Breilh (2003:98) que hacen referencia a procesos individuales, modos o estilos de vida y a los principios de reproducción del sistema social, respectivamente, y que explican mediaciones en el proceso salud-enfermedad-atención.

Contrariamente a los planteos de las políticas de desregulación, cuya estrategia discursiva de despolitización permitía fundamentar una supuesta objetividad del mercado, esta nueva perspectiva renueva los debates sobre el derecho a la salud, a si esta cuestión se reduce sólo al acceso a los servicios o también está vinculada a la modificación de los determinantes sociales de la salud, si es posible crear un sistema de salud equitativo y solidario en una sociedad donde la inequidad persiste y se promueven valores como el individualismo, cuál es la responsabilidad del Estado con respecto a la salud pública y las condiciones de vida de los habitantes del territorio argentino. Por ello, la perspectiva institucional insiste en que “cualquier intento de aislar la economía de las instituciones sociales y políticas, destruirá la sociedad humana” (Esping-Andersen, 1993b:33).

Un acontecimiento central en el inicio del cambio de paradigma de intervención estatal en salud lo constituye la declaración de la emergencia sanitaria el 12 de marzo de 2002, mediante el decreto N° 486/2002. Muchos actores analizan la declaración de la Emergencia Sanitaria, a posteriori, como una necesidad que permitió redistribuir los insumos de los diferentes hospitales públicos, encontrar modalidades que permitan ayudar a las obras sociales en situación de déficit y reorientar los programas del Ministerio de Salud hacia objetivos más asistenciales. Durante los primeros meses de la Emergencia Sanitaria, se tomaron dos medidas muy importantes: la modificación del Plan Médico Obligatorio, que tomó el nombre de Plan Médico Obligatorio de Emergencia a partir del 9 de Abril de 2002 por resolución del Ministerio de la Salud (resolución 201/2002), y la obligación de usar el nombre genérico en la prescripción de medicamentos, a partir de la resolución N° 326 del Ministerio de Salud del 3 de junio de 2002.

Otro acontecimiento de relevancia lo constituyó el restablecimiento del Consejo Federal de Salud (COFESA), conformado por los diferentes ministros y secretarios de salud de todo el territorio argentino, lo que le dio visibilidad a la autoridad del sector y posibilitó la adopción de rápidas medidas y por consenso frente a la emergencia. Así se alcanzó el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos, en marzo de 2003. Más allá de la emergencia, este Consejo permite concertar a nivel federal problemas encontrados a nivel regional y cuyo tratamiento necesita la toma de medidas a nivel nacional.

Se puede fechar este intento de reorientación de las políticas sanitarias a partir de la implementación del Plan Federal de Salud (2004-2007)¹². El Plan Federal de Salud fijó pautas para los programas en el área sanitaria y orientó la acción del Ministerio principalmente a través de programas temáticos transversales de aplicación nacional, entre los que se pueden mencionar:

a) Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables: El Ministerio de Salud Nacional toma parte activa en la organización general del sector, promoviendo la articulación del sistema en su conjunto e impulsando la participación de las diferentes jurisdicciones en la discusión y definición de las reformas. Esto es acompañado por un esquema de transferencias financieras que recompensa a aquellos que adhieren a las políticas consensuadas, poniéndolas en práctica de manera efectiva. Por ello, el sistema nacional de salud contempla esquemas de incentivos que premian resultados sanitarios y que se encuentran vinculados a parámetros de calidad y de eficiencia.

.....
 12 Hoy se encuentra en vigencia el Plan Federal de Salud 2010-2016, el cual ha definido tres estrategias: 1) atención de personas, 2) prevención y minimización del daño, 3) participación social y determinantes. Entre sus definiciones, se encuentran priorizadas la población de niños/as, adolescentes, mujer embarazada y adultos/as mayores, y el fortalecimiento del COFESA.

b) La Política Nacional de Medicamentos (PNM): incorporada en 2002 establece un nuevo marco regulatorio con reglas fijas y claras que benefician a todo el sistema sanitario en su conjunto. Dicha política se plantea a través de la Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (Ley N°25.649). Además de esta medida que promueve la regulación del mercado de fármacos, se constituye en necesaria la provisión directa de medicamentos para aquellos que no disponen de medios para adquirirlos en las farmacias. Para ello, y con el objetivo central de garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población cuya cobertura médica es exclusivamente pública, se implementa el Programa REMEDIAR. Esta política nacional es financiada con crédito del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) durante el período 2002-2007, en 2008 se desarrolla con presupuesto nacional, en el año 2009 retoma el crédito del BID y desde 2010 hasta la actualidad vuelve a desarrollarse con presupuesto nacional, ampliando los objetivos propuestos y tendiendo al fortalecimiento de las redes en salud y la articulación entre las diferentes jurisdicciones. En el año 2010 se incorpora a este programa la entrega de métodos anticonceptivos. Es importante mencionar en este punto, que tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como muchos gobiernos recomiendan el uso de genéricos porque, por su menor costo, favorecen el acceso más equitativo a la salud de las poblaciones expuestas a enfermedades evitables, ya que el 90% de los gastos de la gran industria farmacéutica para el desarrollo de nuevos fármacos está destinado a enfermedades que sólo padecen el 10% de la población mundial. Esta política de medicamentos es constantemente atacada por diferentes empresas farmacológicas nacionales e internacionales¹³.

c) Derechos Sexuales y Reproductivos: en este aspecto, el desarrollo en términos de derechos humanos es muy importante, ya que establece un avance importantísimo en la concreción de postergados reclamos de diversos movimientos sociales, especialmente los feministas. Se crea, en el año 2003, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (ley 25673) que debe garantizar el acceso a información, controles ginecológicos y métodos anticonceptivos a todo/a ciudadano/a mayor de 14 años que así lo requiera. En el año 2005, se protocoliza y publica la “Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto”, problemática por la que muere un importante número de mujeres por año. En el año 2006, se aprueba la ley N° 26130 de anticoncepción quirúrgica o ligadura de trompas de Falopio y vasectomía, la que es reglamentada desde un claro posicionamiento a decidir sobre el propio cuerpo y la salud sexual y reproductiva, como así también la Ley 26150 que establece el Programa Nacional de Educación Sexual. En el año 2010 se produce la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles del Ministerio de Salud de Nación, cuestión que aún encuentra diversos obstáculos de implementación en la provincia de Córdoba. Haciendo un análisis de ello, se recupera a C. Offe (1990:94), quien precisa que “... los verdaderos efectos (‘impacto’) de una ley o un servicio institucional no se encuentran determinados por la literalidad de leyes y estatutos (‘producción política’), sino generados primariamente como consecuencia de disputas y conflictos sociales, para los cuales la política social estatal simplemente establece localización y momentos del debate, temas y ‘reglas del juego’”.

d) Fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS): Los Centros

.....

¹³ Un ejemplo de ello es que, apelando a su poder de influencia, las “Big Pharma” consiguieron que Estados Unidos con el apoyo global de la Unión Europea, sometiera a fuertes presiones comerciales a los países que intentan desarrollar medicamentos genéricos, como India, Brasil o Sudáfrica. El suministro de medicamentos “gratuitos” está condicionado al cumplimiento de las “reglas de mercado”; la renuncia de India a producir genéricos fue literalmente comprada a cambio de beneficios comerciales en otros ámbitos. Ejemplo precisado en: RAMONET, Ignacio: “Mafias farmacéuticas”. El dipló 123. *Le Monde Diplomatique*, septiembre 2009. Pág. 25

de Atención Primaria de la Salud (CAPS) son entidades cuya expansión tiene mucho que ver con la implementación del Plan Federal de Salud (2004-2007) que propuso hacer énfasis en la atención primaria de la salud con el doble objetivo de mejorar los indicadores básicos de la salud en Argentina y aliviar a los hospitales públicos de flujos de población¹⁴. La idea fue distinguir funcionalmente dos tipos de centros de atención en la salud pública: unos centros de atención primaria y otros centros de atención de mediana o alta complejidad. En el año 2008, fueron más de 6500 los CAPS repartidos sobre la totalidad del territorio argentino. Hoy, aproximadamente 500 de estos CAPS son parte de los Centros Integradores Comunitarios (CIC), que constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de políticas de Atención Primaria de Salud y Desarrollo Social, en un ámbito físico común de escala municipal. Se proponen realizar acciones de promoción y prevención socio-sanitarias, como así también lograr una mayor participación e integración de diferentes instituciones para responder de manera integral a las demandas y necesidades planteadas en ese territorio particular, teniendo como eje el desarrollo local.

e) Plan Nacer: Programa que comienza su ejecución en el año 2005 en las provincias de Jujuy, Catamarca, Tucumán, Salta, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones y en una segunda etapa se incorporan el resto de las provincias (año 2007). Este programa es una herramienta estratégica para disminuir el componente sanitario de la morbilidad materno-infantil en la Argentina, y que tiene por objetivos: fortalecer la red pública de servicios de salud otorgando a la atención primaria un rol activo en la prevención y cuidados de la salud, asegurar el acceso a la salud a todas las mujeres, niños y niñas y promover la participación social. Requiere de una importante articulación entre nación, provincias y municipios, ya que es la Nación quien transfiere recursos a las provincias y de éstas a los municipios, en concepto de identificación e inscripción en el Plan a la población beneficiaria y por el cumplimiento de metas y resultados sanitarios, principalmente vinculados a la atención y control de crecimiento y desarrollo de niños hasta 6 años y a la atención y control de embarazadas y puérperas sin cobertura de obra social. Los CAPS disponen de esos recursos enviados, pudiendo ser utilizados en construcción y mejoras edilicias, capacitación del Recurso Humano, compra y mantenimiento de equipamiento, incentivo y contratación de recurso humano. Para el cobro de la Asignación Universal por Hijo, en el caso de los menores de 6 años, sus padres deben acreditar la inscripción del niño en el Plan Nacer. Lo mismo ocurre con las embarazadas a partir de las 12 semanas de gestación, para el cobro de la Asignación Universal de aquellos niños y niñas por nacer.

f) La mencionada política sanitaria continúa y se amplía en el año 2012, lanzándose el Plan SUMAR, que está dirigido a niños, niñas, adolescentes, embarazadas y mujeres hasta los 64 años sin obra social, para mejorar y profundizar su atención en los establecimientos públicos de salud. Los objetivos propuestos en esta etapa son: disminuir la tasa de mortalidad infantil y materna, profundizar el cuidado de la salud de los niños/as en toda la etapa escolar y durante la adolescencia, mejorar el cuidado de la salud de la mujer a través de controles preventivos y reducir las muertes por cáncer cérvico uterino y por cáncer de mama.

Es interesante mencionar que varias de las políticas sanitarias mencionadas tienen una importante lógica de implementación integral, interjurisdiccional e intersectorial, particu-

.....
 14 También un "alivio" a la masiva concurrencia de la población a los hospitales públicos lo constituyó la recomposición del sistema de obras sociales y la cantidad de aportantes a las mismas, a partir del "aumento de la ocupación de la población económicamente activa, los incrementos salariales y las políticas estatales encaminadas a recomponer el mercado de trabajo" (Basualdo, 2009:351); entonces, "Comprendida así, la política social no es alguna especie de reacción frente a la clase obrera, sino que es constitutiva de la misma, siendo su función regular la proletarianización de las personas" (Offe,1990:84).

larmente con los sectores de educación y desarrollo social, y entre nación, provincias y municipios. Esta característica de la política sanitaria refiere contemplar la advertencia del institucionalista Streeten en relación a la identificación de sesgos sistemáticos en la formulación de modelos, precisando como uno de ellos, el llamado “aislamiento ilegítimo” que consiste en escoger ciertas características y pretender que expliquen toda la situación (Preston, 1999:246). Es importante mencionar que para la articulación interjurisdiccional, el Ministerio de Salud de Nación exige como requisito la eliminación del cobro de aranceles y bonos en las prestaciones para la implementación de los programas sanitarios en los diferentes efectores, cualquiera sea su jurisdicción, considerando que “se presta un servicio como un asunto de derecho” (Esping-Andersen, 1993b:41). Al respecto, dice Esping-Andersen (1993b:71) que “... Puede considerarse que un programa contiene un potencial desmercantilizador mayor, si el acceso es fácil y si se garantizan los derechos a un nivel de vida adecuado sin tener en cuenta los empleos que se haya tenido anteriormente, el rendimiento, la comprobación de las necesidades o las cotizaciones.”

La agenda estatal en salud se representa como un “*espacio problemático*” ya que las políticas que se adoptan son tomas de posición frente a las diversas opciones de resolución que esas cuestiones vigentes admiten teórica, política y/o materialmente. Desde esta perspectiva, subyace el pensamiento de Myrdal cuando sostiene que “la máquina planificadora del Estado, (...) puede ordenar y poner en práctica programas de cambio social” (Preston, 1999:251). Un aspecto central en las priorizaciones de la agenda estatal en salud lo constituye el reconocimiento –todavía inconcluso– de “que la ciudadanía ya no es, como en los orígenes del estado moderno, un factor de inclusión e igualdad” (Ferrajoli, 2000:246) por lo que es necesario contemplar los derechos humanos o de las personas, desde un carácter supra-estatal. “Tomar en serio estos derechos significa hoy tener el valor de desvincularlos de la ciudadanía como ‘pertenencia’ (a una comunidad estatal determinada) y de su carácter estatal” (Ferrajoli, 2000:247).

Además, como admite Nancy Fraser (2008:45) “Cuando las cuestiones de justicia se enmarcan de tal manera que excluyen injustamente a algunos de ser tomados en consideración, la consecuencia es un tipo especial de metainjusticia, que niega a estos mismos la oportunidad de presionar con reivindicaciones de justicia de primer orden en una determinada comunidad política”. En relación a ello, y a la discusión de *quien* puede ejercer plenamente su derecho a la salud en el territorio nacional, la aprobación en los últimos años de legislaciones nacionales como la ley N° 25673 de “Salud sexual y procreación responsable, la N° 25871, “Ley de migraciones”, la ley N° 26061 de “Protección integral de niños, niñas y adolescentes, la ley N° 26529 de “Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado”, por mencionar algunas de las más relevantes, se han constituido en importantes herramientas de exigibilidad de derechos humanos en el campo de la salud. Por ello, “Superar la injusticia significa dismantelar los obstáculos institucionalizados que impiden a algunos participar a la par con otros, como socios con pleno derecho a la interacción social” (Fraser, 2008:39).

Muchas de las características referidas en esta modalidad de política sanitaria, estarían comprendidas en lo que Esping-Andersen denomina “*régimen socialdemócrata*”, en tanto busca un Estado del bienestar que promueva “una igualdad en los estándares más elevados, no una igualdad en las necesidades mínimas...” (Esping-Andersen, 1993b:48), con una elevada desmercantilización y programas universalistas. El régimen socialdemócrata, resume Britos (2003:102) “promueve la unificación de las diversas políticas, la uniformidad

de las condiciones de adquisición de derechos, la cobertura total de la población en base al *status* de ciudadanía y la cobertura de todos los riesgos sociales”, predominando la prestación a través de instituciones estatales. Una característica que es claramente diferenciable de este régimen, es la continuidad en algunas vías de financiamiento con respecto al modelo anterior, como lo es el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); ya que en el régimen socialdemócrata “el financiamiento se realiza en base a impuestos progresivos” (Britos, 2003:102).

Desde una perspectiva nacional, la implementación de estas políticas implicó distintos grados de avances y resultados en términos de equidad y eficiencia a lo largo del territorio argentino, coexistiendo diversas modalidades de organización en las provincias. La complejidad de cada proceso de descentralización realizado durante el período neoliberal, deriva en la existencia actual de significativas diferencias, donde se combinan disímiles grados de autonomía hospitalaria, niveles dispares de integración de sus redes de atención, políticas de recursos humanos heterogéneas, diversos programas médicos obligatorios y otras variables relevantes.

Una de estas variables, de significativa importancia, lo constituye la distribución muy desigual del gasto público en salud según la cantidad de habitantes entre las diferentes regiones del país; por ejemplo, un informe del Ministerio de Salud de Nación de noviembre de 2008, expresa que para la región sur fue en promedio de \$864, valor que la sitúa como la región con mayor inversión per cápita. La región Sur ha invertido, por habitante en el año 2006, dos veces más que NOA y Cuyo y cerca del triple que Centro y NEA. Siguiendo la relación gasto/habitante, todas las provincias registraron un gasto que superó los \$500 por habitante. Las provincias de Tierra del Fuego (\$1.724), Santa Cruz (\$1.334) y Neuquén (\$1.121) registraron el mayor gasto por habitante de la región Sur y del país¹⁵. Como plantea Esping-Andersen (1993b:82), “Cuando se estudia de forma transversal, encontramos una tremenda variación nacional en la capacidad igualatoria del Estado del bienestar”.

En este sentido, resulta relevante mencionar que el Ministerio de Salud de la Nación, realiza un importante aporte en términos de recursos necesarios para el funcionamiento de los diferentes efectores de salud de todo el territorio argentino; transfiriendo las vacunas, los medicamentos y la leche para embarazadas y niños de hasta 2 años, como así también el dinero por prestaciones del Plan SUMAR (que son utilizados por los ejecutores del plan para resolver cuestiones que los magros fondos destinados a salud, tanto de las provincias como de los municipios, no resuelven).

En términos reales, el gasto en salud se redujo fuertemente en el año 2002, aunque en menor proporción que la caída que tuvo el presupuesto general del Estado, por lo cual su participación en el gasto total creció. A partir de ese año, pese a la recuperación económica, al crecimiento ininterrumpido del PBI en este período (Basualdo, 2009:353), el gasto en salud estuvo estancado en términos reales, lo que determinó una trayectoria decreciente en términos del gasto total y del PBI. Según algunos estudios¹⁶, en las variaciones del gasto público 2000-2006, la caída en salud fue del 19%. De acuerdo con los datos consignados en el Informe nacional sobre desarrollo humano 2010 del PNUD Argentina, el Gasto en Salud correspondiente al año 2008 ascendió al 10,19% del PBI.

.....

¹⁵ Datos obtenidos del sitio de Internet del Ministerio de Salud de la Nación, consultado el 03/11/12.

¹⁶ “Informe macroeconómico”, en Notas de la Economía Argentina - Edición N°4 - CENDA (Centro de estudios para el desarrollo argentino). Dic. 2007.

BIBLIOGRAFÍA:

- ✓ ASE, I. y BURIJOVICH, J. (2000); *La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas*. Revista Administración Pública y Sociedad, N° 13.
- ✓ BADIE, B. y HERMET, G. (1993): *Introducción y El método comparativo*, en *Política comparada*, Fondo de Cultura Económica, 1° edición en español, México.
- ✓ BASUALDO, Eduardo (2009): *Evolución de la economía argentina en el marco de las transformaciones de la economía internacional de las últimas décadas*, en Basualdo y Arceo: *Los condicionantes de la crisis en América Latina*. CLACSO, Buenos Aires.
- ✓ BLOCK, Fred (1994): *The roles of the State in the Economy*, in Smelser N. And Swedberg, R. (ed): *The Handbook of Economic Sociology*, Princeton University Press.
- ✓ BREILH, Jaime (2003): *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial.
- ✓ BRITOS, Nora (2003): *Astusias de la razón conservadora: del silencioso desplazamiento de los derechos a las obligaciones en el campo de la asistencia social*, en Britos, Caro y otros, *Teoría crítica de la ciudadanía. Notas para una política democrática*, Ediciones Letras de Córdoba, Córdoba.
- ✓ BRITOS, Nora (2006): *Transiciones híbridas. De un Estado de bienestar conservador a un Estado de bienestar liberal-residual* en N. Britos *Ámbito profesional y mundo del trabajo. Políticas sociales y Trabajo Social en los noventa*, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- ✓ BRITOS, Nora (2010): *Derechos Sociales: protección regional y desafíos para la política social a escala nacional en América Latina*, en Ernesto Abril y otros, *Lecturas sobre los derechos sociales, la igualdad y la justicia*, Editorial Advocatus, Córdoba.
- ✓ CALCAGNO Alfredo (2001): *Ajuste estructural, costo social y modalidades de desarrollo en América Latina* en Emir Sader (comp.): *El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativas*, CLACSO.
- ✓ DANANI, Claudia (2004): *Introducción. El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social*, en Danani (comp.) *Política social y economía social. Debates fundamentales*, Altamira, Buenos Aires.
- ✓ ESPING-ANDERSEN, Gøsta (1993a): *La macrosociología comparativa de los Estados del Bienestar* en Luis Moreno (comp.), *Intercambio social y desarrollo del bienestar*, CSIC, Madrid.
- ✓ ESPING-ANDERSEN, Gøsta (1993b): *Los tres mundos del Estado del Bienestar*, Ediciones Alfons el Magnánim-IVEI, Valencia.
- ✓ FERRAJOLI, Luiji (1999): *De los derechos del ciudadano a los derechos de la persona, en Derechos y garantías. La ley del más débil*, Editorial Trotta, Madrid.
- ✓ FRASER, Nancy (2008): *Escalas de justicia: la balanza y el mapa. Una introducción y Re-enmarcar la justicia en un mundo en globalización*, en *Escalas de justicia*, Herder, Barcelona.
- ✓ GRASSI, Estela (2003): *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Espacio Editorial.

- ✓ IRIART, Cecilia (1997): *La reforma del sector salud en Argentina: de la salud como derecho* Asesoría en Salud. *Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario*. Quito, Ecuador: CEAS.
- ✓ OFFE, Clauss (1990): *La política social y la teoría del Estado*, en Clauss Offe, *Contradicciones en el Estado del bienestar*, Alianza, Madrid.
- ✓ POLANYI, Karl (2003): *Segunda parte. Ascenso y declinación de la economía de mercado en La Gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*, Fondo de Cultura Económica, 2º edición en español, México.
- ✓ PRESTON P.W (1999): *Una introducción a la teoría del desarrollo*, Parte III, Teorías contemporáneas del desarrollo, Cap. 14. Ed. Siglo XXI.
- ✓ SOLDANO, D. y ANDRENACCI, L (2005): *Aproximaciones a las teorías de la política social a partir del caso argentino*”, en Luciano Andrenacci (comp), *Problemas de política social en la Argentina Contemporánea*, UNGS, Prometeo Libros, Buenos Aires.
- ✓ TITMUSS, Richard (1981): *¿Qué es la Política Social?*, en *Política Social*, Edición a cargo de José García-Durán, Barcelona.
- ✓ WALLERSTEIN, I (1988): *El capitalismo histórico*, Siglo XXI editores, Madrid.