

Las relaciones intergubernamentales como problema y el territorio como argumento: políticas de salud en Argentina (2008/2014)

*Intergovernmental relations as a problem and territory as an argument:
Health policies in Argentina (2008/2014)*

Magdalena Chiara

Antropóloga, Doctora en Ciencias Sociales (UBA); investigadora y Docente del Área de Política Social, Instituto del Conurbano, UNGS
Directora Académica de la Diplomatura en Gestión de Políticas de Salud en el Territorio, UNGS.
mchiara@ungs.edu.ar/

Resumen

Aunque con menor intensidad que en otros campos de las políticas, en la última década el sector salud ha sido escenario de distintos avances en la recuperación del papel del Estado. Con diseños organizacionales diferentes, los dispositivos de políticas sectoriales tejieron relaciones en el marco de las limitaciones que impone una matriz desigual y muy fragmentada, incluso dentro del propio sub sector estatal, que resultó del federalismo y la descentralización. Se construyeron así arreglos singulares en el marco de las restricciones impuestas por la trama de las relaciones intergubernamentales que caracterizan al sector salud en Argentina. El trabajo analiza un conjunto de iniciativas que, apelando al enfoque territorial, buscaron contrastar con la lógica sectorial que anima las acciones ministeriales. Los casos analizados muestran distintas nociones de territorio y modos también diferentes de organizar las relaciones políticas entre niveles de gobierno.

Fecha de recepción:

27.7.15

Fecha de aceptación:

25.9.15

Palabras clave: Política de salud – relaciones intergubernamentales – federalismo – territorio – Argentina.

Abstract

Although with less intensity than in other policy areas, the health sector has seen in the last decade several developments with regard to state involvement. Through different organizational designs, sectoral policies built relations within the constraints of an unequal and highly fragmented institutional frame, even within their own sub-state sector, stemming from federalism and decentralization. Thus, singular arrangements were built under the restrictions imposed by the intergovernmental relations that characterize the health sector in Argentina. The paper analyzes a set of initiatives that, appealing to a territorial approach, attempted at a contrast with the sectoral approach that encourages the ministerial actions. These attempts involve different conceptions of “territory” as well as different ways of organizing the relations between amongst of government.

Key words: Health policy - intergovernmental relations – federalism – territory- Argentina

1. Presentación^{1*}

Argentina es un país federal que ha mantenido bajo la órbita de los estados provinciales la política sanitaria. Conviviendo con modelos de aseguramiento privado y social, las instituciones estatales proveedoras de servicios de salud son reflejo de una historia que no siempre fue congruente con la organización federal. En este contexto, las relaciones entre niveles de gobierno han sido y son en la actualidad un factor clave para el desarrollo del sector.

Las políticas neoliberales de los años noventa acabaron institucionalizando el repliegue del Estado nacional respecto de la responsabilidad acerca del cuidado de la salud de la población, reconfigurando su institucionalidad y sus actores, a la vez que profundizando los procesos de fragmentación y desigualdad en el acceso a los servicios.

Con posterioridad a la crisis de fin de siglo, comenzaron a recomponerse las instituciones estatales, los servicios de salud en hospitales y centros de atención primaria y los

distintos programas. Sin embargo, el tránsito hacia políticas de un nuevo signo ha sufrido vaivenes, dificultades y conflictos, que impactaron en la dinámica entre los distintos niveles de gobierno, co-responsables de su gestión.

En este contexto y desde la perspectiva del análisis de políticas públicas, este trabajo examina algunas expresiones que ha asumido el enfoque territorial en las políticas de salud buscando interrogarlas desde el replanteo de relaciones entre niveles de gobierno que supone el regreso activo del Estado nacional. A esta introducción le sigue un segundo apartado que hace un breve recorrido histórico que explica la organización del sector; el tercero describe los principales atributos que asume el regreso del Estado nacional a la política sanitaria con posterioridad a la crisis de fin de siglo en la trama de las relaciones intergubernamentales; un cuarto apartado presenta un conjunto de casos en los que se expresa el enfoque territorial; el quinto pasa en limpio las posibilidades y limitaciones de este enfoque en la política de salud, finalizando con una conclusión preliminar.

Se trata de un análisis cualitativo basado en fuentes secundarias (documentos de los programas, páginas web, informes de avance, resoluciones ministeriales, entre otros) y fuentes primarias (entrevistas semi estructuradas a funcionarios nacionales y provinciales). Si bien el periodo tomado en consideración corre desde el estallido de la crisis de fin de siglo hasta 2014, el foco del análisis se centra desde el año 2008 en adelante.

2. La salud como “asunto” de las políticas públicas: vaivenes en su relación con el territorio

Las instituciones del Estado de Bienestar han jugado un papel capital en el proceso de constitución de los Estados nacionales. Bajo responsabilidad de los gobiernos centrales, se consolidaron funciones regulatorias, redistributivas y de provisión de servicios sociales orientadas a generar resultados tendientes a la unificación nacional. Desde esta perspectiva, resulta necesario atender a las cuestiones que se tejen en torno a la relación entre las “políticas sociales” y la “política” para comprender los procesos a través de los cuales se conformaron y fueron transformando a lo largo del tiempo, los regímenes del bienestar (Esping Andersen, 1993).

En sistemas federales, la función integradora de las instituciones de bienestar enfrentó, y parece seguir enfrentando, complejidades que derivan de su organización político-institucional (Banting y Corbett, 2002; Obinger *et al*, 2005). Siguiendo a Gibson, se entiende aquí por federalismo a la entidad política nacional que comprende niveles duales (o múltiples) de gobierno, cada uno de los cuales ejerce autoridad sobre áreas de políticas determinadas constitucionalmente, pero en la cual solo un nivel de gobierno (el central) es soberano. Como resultado de esta forma de organización dos niveles de gobierno actúan sobre un mismo territorio y, en consecuencia, dos soberanías (central

y estadual) permanecen en un mismo cuerpo político (Gibson 2004: 5-6). En este contexto, cobran particular relevancia las relaciones intergubernamentales (RIG).

De acuerdo a Wright, las relaciones intergubernamentales (RIG) son el “cuerpo importante de actividades o interacciones que ocurren entre las unidades gubernamentales de todas las clases y niveles del sistema federal” (Wright 1997: 68); estas cobran cuerpo en interacciones entre actores gubernamentales que tienen lugar en el contexto de un marco institucional determinado. Se trata de una arena sumamente compleja y poco visibilizada que ocupa gran parte del tiempo de los gestores.²

Interesados por lo que sucede con las políticas sociales, Obinger *et al* toman distancia de las definiciones formales acerca de la singularidad con que las RIG se manifiestan en los contextos federales y precisan un conjunto de atributos que caracterizan a estas instituciones: (a) arreglos institucionales y reglas para la toma de decisiones nacionales que permiten incorporar intereses territoriales; (b) actores con base territorial con ideas e intereses diferentes; (c) arreglos legales para definir responsabilidades entre niveles de gobierno; (d) transferencias fiscales intergubernamentales; y (e) arreglos informales entre gobiernos, tanto verticales como horizontales (relaciones entre funcionarios políticos y técnicos en los distintos niveles) (Obinger *et al*, 2005: 8-9). Esta aproximación resulta de particular interés para analizar las políticas “en movimiento” en la singularidad de la trama intergubernamental que instituye la organización federal.

Argentina es un país federal, organizado en tres niveles de gobierno: un gobierno federal, veintitrés provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 2259 gobiernos locales. La Constitución vigente se remonta a 1853 y su reforma más reciente data de 1994. Cada provincia cuenta con su propia Constitución, conforme el sistema representativo y republicano de gobierno que respeta las declaraciones, derechos y garantías de la Constitución Nacional.

La Constitución Nacional define potestades federales y concurrentes, dejando las no especificadas a cargo de los estados provinciales. Mientras el gobierno federal tiene responsabilidad exclusiva en política exterior, regulación de la economía y defensa, hay potestades compartidas en justicia, educación y seguridad social; en este esquema, toda competencia no especificada permanece en la órbita provincial (Cetrángolo y Jiménez, 2004). A su vez, cada constitución provincial define el alcance y los contenidos de las responsabilidades exclusivas y compartidas con la Nación, así como también la organización y las potestades de sus gobiernos locales.

La organización de sus instituciones en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal), la convergencia en este último de tres niveles gubernamentales (nación, provin-

cia 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.

A diferencia de lo que sucede en otros campos de políticas, el ejercicio efectivo de las competencias relativas a los servicios sociales universales (educación y salud) fue afectado por distintos procesos. “Salud” presenta una situación particular ya que no figuraba en el siglo XIX entre las demandas políticas y tampoco fue objeto de una definición explícita de las responsabilidades entre los distintos niveles gubernamentales en oportunidad de la reforma constitucional de 1994, más allá de la adhesión a los pactos internacionales por los derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC).

Una parte importante de la red de establecimientos estatales de salud fue edificada en el contexto del denominado el “Estado Social” durante el primero y segundo gobierno peronista (Andrenacci y Repetto 2007). En un contexto más general, la expansión de la infraestructura hospitalaria abonó a la construcción de la legitimidad presidencial a lo largo y a lo ancho de un territorio nacional que, hasta aquellos años, contaba con una insuficiente dotación de servicios de salud.³ El control territorial parece haber sido en aquella década objetivo de la acción centralizada del Estado en materia de salud.

Pocos años después, la transferencia de los hospitales hacia los estados provinciales revirtió la dinámica centralizadora de aquel proceso. La secuencia descentralizadora (primero administrativa y posteriormente fiscal) estuvo motivada más por las necesidades de resolver el conflicto financiero entre la nación y las provincias que por el interés por acercar los servicios a las preferencias de la población ((Faletti 2010; Bisang y Cetrángolo 1998).

En la matriz institucional del federalismo, estos procesos de descentralización forjaron una tensión que habría de estructurar la fragmentación del subsector estatal en el territorio. Por una parte, promovió en el nivel sub nacional el surgimiento de nuevos actores que asumieron a la provisión de servicios de salud como parte de su agenda de gobierno en cada territorio (Katz et al. 1993); por la otra, esa “autonomía relativa” fue condicionada por las restricciones fiscales que enfrentaron las provincias y, posteriormente, los municipios (Cetrángolo y Jiménez 2004). En ese contexto, los hospitales (casi en su totalidad provinciales y algunos municipales) no estuvieron en condiciones de acompañar las exigencias de actualización tecnológica que caracterizó al sector en aquellos tiempos (Arce 2010). Estos procesos reprodujeron en la organización y capacidades del sector las brechas territoriales existentes entre provincias y, en su interior, entre municipios y una dinámica de relaciones entre niveles de gobierno en tensión.

En este aspecto, Wright refiere a la coexistencia del conflicto y la cooperación en las RIG, en el sentido que “no son extremos opuestos de un continuum o una gama. La presencia del conflicto no indica la ausencia de cooperación” (Wright 1997: 624). Este

reconocimiento del conflicto como parte constitutiva de la dinámica intergubernamental lleva a prestar atención a dos cuestiones. La primera interpela a las políticas en aquellos mecanismos (políticos y técnicos) a través de los cuales se regulan y procesan las tensiones entre niveles de gobierno. La segunda remite a los actores responsables de la implementación, los “mediadores” (Wright 1998, 356-357; Ugalde y Homedes 2002: 83) que cuentan con “la experiencia, habilidad y buenos *mapas* para recorrer los caminos de la resolución del conflicto en las RIG” (Wright 1997: 624-5). La cuestión territorial interpela particularmente a las mediaciones a través de las cuales se construyen las relaciones políticas de las políticas públicas; el conocimiento de las condiciones de cada territorio forma parte de aquellos “mapas” a los que hacía referencia Wright.

Las reformas neoliberales de los años noventa profundizaron procesos previos, confirmando en sus resultados el interés del gobierno central por aliviar las finanzas nacionales y finalizar la transferencia de las funciones en materia de salud a las provincias.

De manera complementaria y buscando resolver los problemas financieros de los establecimientos, se creó el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (Decreto número 578 de 1993) institucionalizando la separación de funciones de prestación y provisión, y consagrando la autonomía de los hospitales para facturar a las obras sociales. Estas reglas de juego promovieron distintas y variadas formas de autofinanciamiento (Sojo 2001; Arce 2010).

Estas reformas fueron desafiadas (en sus diagnósticos y en sus propuestas) por el aumento de la pobreza, el agravamiento de los problemas de empleo y sus consecuencias en un sector en el que una parte importante de la población recibía (y recibe) servicios de salud a través de las “obras sociales”, asociados a su condición de trabajador.

Los cambios en la “demanda” se expresaron de manera diferente en cada territorio, fenómeno que se vio reforzado desde la “oferta” de servicios a partir de esta institucionalización del autofinanciamiento de los hospitales.

Contemporáneamente con la retirada del Estado nacional de los servicios de salud, se multiplicaron también programas focalizados sobre grupos poblacionales y territorios que tuvieron el propósito de “compensar” los efectos del ajuste en los sectores más vulnerables.

En conjunto, los procesos de “descentralización” y los “programas focalizados” construyeron un doble juego en la relación entre políticas y territorio: al tiempo que los primeros contribuyeron a desterritorializar la política nacional desplazando la responsabilidad hacia niveles sub nacionales (provincias y municipios), los programas focalizados territorializaron la asistencia en complejas alianzas entre actores correspondientes a distintos niveles de gobierno.

Conviviendo con estos procesos de ajuste-reforma, sorprende que la reforma constitucional de 1994 haya reconocido la tutela y protección de la salud al otorgar jerarquía constitucional a un conjunto de declaraciones y tratados internacionales, especialmente el Pacto Internacional de Derechos Económico, Sociales y Culturales (PIDESC). A partir de entonces, el Estado nacional quedó jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de estos derechos (Abramovich y Pautassi 2008).

En el marco del federalismo, el cambio que introdujo esta reforma constitucional abrió un escenario nuevo y complejo en la trama de las RIG en el cual se constituyó una tensión que atravesará la dinámica de las políticas en adelante: por una parte, la obligación jurídica del Estado nacional de garantizar el derecho a la salud; y por la otra, la “autonomía” que le confiere el federalismo a cada provincia para definir los contenidos y alcances de ese derecho en la práctica de la provisión de servicios.

La crisis que se gestó a finales del siglo y eclosionó en diciembre del año 2001 fue un punto de inflexión para el sector. Los problemas de empleo, el crecimiento de la pobreza y el aumento en los precios de los alimentos, se combinaron generando impactos dramáticos en determinados territorios; el crecimiento de la mortalidad infantil y la emergencia de nuevas patologías asociadas a los modos de vida y al deterioro del ambiente, fueron algunos de sus efectos más evidentes.

La destrucción de puestos de trabajo generó un cambio en la estructura de la demanda de los servicios provocando el desplazamiento de la población expulsada de los seguros sociales y privados, hacia los hospitales y centros de atención primaria estatales. Agravando estos cambios, el aumento de los precios de los insumos médicos y las demoras en el pago de salarios y contratos pusieron en emergencia a aquellos hospitales y centros de atención primaria que atendían a poblaciones en situación de vulnerabilidad social y sanitaria. En un contexto post descentralización, la crisis de finales del siglo agravó las brechas entre los territorios.

Aun reconociendo importantes variaciones entre jurisdicciones, el campo de salud quedó conformado, retomando el planteo de Wright acerca de las relaciones intergubernamentales,⁴ por *tres esferas* de autonomía relativa en la toma de decisiones, con escasos mecanismos de coordinación, tanto en el plano “político estratégico” como en el “operativo”: la *nacional*, que se organiza en torno al Ministerio de Salud y sus muy escasos hospitales nacionales; la *provincial*, que se articula en torno a los ministerios de salud provinciales y comprende a los hospitales provinciales y, según los casos, centros de atención primaria de la salud; y, por último, la *municipal*, que está organizada en torno a las secretarías de salud de los municipios, involucra a los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y a los hospitales, cuando éstos tienen a cargo alguno de estos servicios. Se trata de tres *esferas internamente complejas* y muy heterogéneas, cuya autonomía relativa se profundiza en la salida de la crisis (Chiara 2013).

3. Buscando un nuevo lugar para el Estado nacional en la trama de las RIG

3.1. Desigualdad y heterogeneidad institucional como desafío:

En Argentina, la desigualdad entre territorios caracteriza tanto a la demanda de la población como a la oferta de los servicios.

La concentración demográfica en las regiones metropolitanas convive con disparidades importantes en la distribución del producto que son causa directa de la desigualdad en la situación social entre provincias y, en su interior, entre municipios. En el campo de salud, los indicadores epidemiológicos muestran de manera dramática estas disparidades; la mortalidad infantil y materna son algunos de los indicadores que expresan estas disparidades inter territoriales, estableciendo importantes diferencias entre jurisdicciones.

Estas disparidades se reproducen también en la dotación y calidad de servicios de salud a lo largo del territorio nacional mostrando diferencias muy significativas en casi la totalidad de los indicadores: la proporción de población que no cuenta con otro seguro que los servicios que provee el Estado, la disponibilidad de centros de atención primaria, los niveles de gasto provincial en salud y la dotación de recursos profesionales (Maceira *et al.* 2006; Abramzón 2005). A partir de estas diferencias se modelan territorios desiguales en su infraestructura y fragmentados en el modo como se organizan los servicios.

El mapa político institucional bajo cuya potestad están los servicios estatales de salud hace más complejo aún este panorama. Finalizando el siglo veinte, los estados provinciales tenían a su cargo un 68% de los centros de atención primaria y un 73% de los hospitales; mientras que la casi totalidad de los establecimientos restantes estaba bajo la órbita municipal (30 y 24% respectivamente) y sólo algunos pocos permanecían bajo la jurisdicción nacional. Estos porcentajes encierran distintas combinaciones que se fueron modelando “desde arriba” al calor de los procesos de descentralización a los que se hizo referencia y, “desde abajo”, a través de la historia singular en cada escenario provincial.

A principios de siglo el subsector estatal presentaba situaciones muy diferentes entre provincias, que se mantienen en la actualidad: mientras en algunos casos la totalidad de los servicios (tanto del primero como del segundo nivel de atención) estaban bajo la órbita provincial (17 provincias más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires); en un segundo grupo de provincias los municipios tenían alguna incidencia en los centros de atención primaria y mantenían casi la totalidad de los hospitales bajo la órbita provincial; y un tercer grupo tenía una parte importante (o la totalidad) de los centros de atención primaria bajo la órbita municipal, a la vez que una participación considerable de los municipios sobre los hospitales. Así, la trama de las RIG que sostiene los servicios

estatales de salud difiere en sus actores según cada territorio y es sumamente compleja en la naturaleza de las tensiones que debe gestionar en un marco institucional ambiguo y con escasa definición de responsabilidades desde la institucionalidad formal.

Aunque la desigualdad y la fragmentación son problemas estructurales de la organización del sector en Argentina, se profundizaron con la crisis de fin de siglo constituyendo el principal desafío que enfrentó la política de salud.

3.2. Iniciativas y dificultades en la restitución de derechos en salud:

La década que siguió a la crisis fue testigo de cambios importantes en las ideas acerca del papel del Estado en relación a lo social. En Argentina, distintas medidas muestran la decisión de intervenir sobre las condiciones bajo las cuales se reproduce la vida de la población: la sanción de la Ley de Financiamiento Educativo y la ampliamente debatida nueva Ley de Educación; la recomposición de los haberes jubilatorios y la extensión de la cobertura de los adultos mayores a través de la moratoria previsional y la jubilación anticipada; la creación del Sistema Integral Previsional Argentino (SIPA); la instauración de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y por Embarazo (AUE); y la expansión de la asistencia con llegada directa al territorio (Plan de Seguridad Alimentaria, Manos a la Obra, entre otros).

Con la excepción de educación, se trata de iniciativas que intervinieron de modo directo sobre los problemas sociales a través de organismos nacionales, expresando un giro en el papel del Estado nacional y confrontando con las ideas que animaron a las políticas neoliberales de los años noventa.

De manera menos visible, “salud” fue también escenario de cambios. Distintos trabajos (Maceira *et al.* 2005; Cetrángolo *et al.* 2007; Belmartino 2009; Arce 2010; Chiara 2012) dan cuenta del surgimiento de nuevas iniciativas y de la profundización de otras precedentes. La diferencia más importante respecto del periodo anterior radica en las ideas desde las cuales se sostuvieron las propuestas y en el regreso del Ministerio Nacional como actor a la arena de los servicios, antes presente solo a través de los programas focalizados.

La política nacional en este periodo parece haberse concentrado sobre las relaciones entre la población y los proveedores (Belmartino 2008). La jerarquización del primer nivel asistencial a través de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) fue planteada en el “Plan Federal de Salud 2003/2007” y se tradujo en distintos programas que tuvieron a los centros de atención primaria de la salud (CAPS) como instancia privilegiada de ejecución y a la *accesibilidad a los servicios* como problema.

Entre las iniciativas más importantes se destacan el “Programa Remediar” (Maceira *et al.* 2005), el “Programa Médicos Comunitarios” (Rossen 2006), el “Programa de Salud

Sexual y Procreación Responsable”, y el “Plan Nacer”, posteriormente denominado “Sumar” (Potenza 2012). A estos dispositivos se suman los denominados “programas verticales” que cobraron singular importancia ampliando su cobertura y alcance. Se trata de iniciativas que buscaron regular aspectos críticos de la práctica (tanto médica como institucional en el nivel de los servicios) a través de la movilización de distinto tipo de incentivos.

La provisión de medicamentos esenciales del “Programa Remediar” tuvo gran incidencia sobre los procesos de atención. La decisión de sostener su distribución centralizada y dirigida exclusivamente a los CAPS (bajo jurisdicción provincial o municipal) buscó fortalecer y jerarquizar el primer nivel con vistas a reorientar una demanda que venía concentrándose en los hospitales, recuperando así alguna gobernanza de la política nacional sobre los servicios (en su totalidad bajo jurisdicción provincial y/o municipal) que funcionaban en una matriz institucional sumamente fragmentada.

El “Programa Médicos Comunitarios” contribuyó con médicos y otros profesionales formados “para” y “en” atención primaria de la salud. Se trata de la única iniciativa que proveyó recursos profesionales a los centros de atención primaria provinciales y municipales; por esa razón, resultó particularmente sensible – como se mostrará más adelante – a los replanteos que sufrió el modo de relacionamiento del Ministerio nacional con los territorios y sus actores.

Asegurar la cobertura de servicios a toda la población fue la preocupación que encarnó el “Plan Nacer”, posteriormente denominado “Sumar”; se trata de un dispositivo de políticas que combinó empadronamiento y responsabilidad nominada, con un conjunto de incentivos que buscaron poner en línea con las metas de la política nacional, a hospitales y centros de atención primaria (provinciales y municipales).

La heterogeneidad de respuestas provinciales y locales en los establecimientos llevó a la política nacional a plantearse también la necesidad de *garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones en cantidad, calidad y oportunidad para toda la población*. La provisión de medicamentos esenciales en los centros de atención primaria (realizada a través del “Programa Remediar”), como también la adopción de un nomenclador de prestaciones y la definición de metas trazadoras asociadas a los mecanismos de pago a los prestadores del “Plan Nacer/ Sumar”, fueron los instrumentos escogidos para alcanzar estándares homogéneos en las prestaciones independientemente de la jurisdicción que estuviera a cargo de los centros de atención primaria y hospitales.

En su conjunto, las iniciativas nacionales expresaron intentos diversos de restituir condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud. La *erradicación en las barreras de acceso a los servicios de salud*, el interés por *asegurar la cobertura a la totalidad de la población* y la preocupación por *garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones homogéneas*,

son los desafíos en torno a los que se organizó la política nacional a lo largo de la primera década y media de este siglo.

Estas iniciativas ponen en evidencia un replanteo de las responsabilidades del Estado nacional en relación al cuidado y atención de la salud que buscó recuperar gobernanza sobre los servicios a cargo de otras jurisdicciones (provincias y municipios) sobre una muy compleja y diversa trama de RIG.

Cada uno de estos dispositivos de políticas asumió de distinto modo las restricciones y posibilidades que imponía la matriz institucional federal e intervino sobre aspectos diferentes de la práctica de la atención combinando regulaciones e incentivos de distinto tipo. En las limitaciones que enfrentaban estos esfuerzos por incidir en una matriz desigual y fragmentada y, en algunos casos, contrastando con ellos, debe comprenderse la importancia que cobró el retorno del enfoque territorial a la política de salud a partir del año 2008.

4. Presentación de los casos⁵

Hacia finales de la década, el “territorio” emergió en el discurso de las políticas no tanto como una dimensión relevante para el análisis (en el sentido del correlato espacial donde tienen lugar los procesos promoción, prevención y cuidado -- en términos amplios -- en salud), sino a modo de “argumento” desde la cual contrastar con la lógica sectorial que organizaba las decisiones en el Ministerio nacional. En otras palabras, tomaba distancia de las mediaciones con las cuales --aunque de manera muy diferente-- cada dispositivo de políticas (Programa Remediar, Plan Nacer/ Sumar, programas verticales) había asumido la gobernanza de las relaciones intergubernamentales de la matriz federal: desde la jerarquización del equipo de salud del CAPS mediatizado por la provincia en el Programa Remediar, hasta la jerarquización de la provincia en el Plan Nacer/Sumar o el papel que podían tener los municipios en el Programa Médicos Comunitarios.

El momento en que surgen estas iniciativas no es irrelevante y merece una breve consideración para entender las motivaciones e intereses de quienes las promovieron. Estas experiencias se gestaron o cobraron importancia en los años 2008 y 2009, coyuntura particularmente crítica para el gobierno nacional ya que enfrentó agudos conflictos derivados de haber promovido una medida que buscaba --como forma de aliviar las consecuencias de la crisis financiera internacional-- recuperar la capacidad de recaudación del Estado nacional aumentando los impuestos a las exportaciones de productos agropecuarios.

Las reacciones contrarias a esta medida por parte de los actores económicos del sector agropecuario, produjeron importantes tensiones entre el gobierno nacional y las autoridades políticas sub nacionales (gobernadores e intendentes), aliados históricos de estos

actores en el territorio. Entre otras aristas, este conflicto puso en cuestión el principio de “solidaridad territorial” en el que se fundaba la recuperación de las políticas sociales y las propias condiciones de su financiamiento.

De manera convergente, las tensiones en la trama intergubernamental aludida y la puesta en cuestión en el debate del principio de “solidaridad territorial”, generaron un clivaje en el sistema de alianzas de la coalición gobernante a partir del cual se advierte –en muy distintos campos de las políticas públicas – la aparición de iniciativas nacionales orientadas (entre sus objetivos políticos) a *construir relaciones directas con los destinatarios de las políticas*.

Aún con las limitaciones inherentes a la organización sectorial, distintas iniciativas nacionales en salud adoptaron el enfoque territorial; algunas fueron promovidas y llevadas adelante por el propio Ministerio de Salud, mientras que otras derivaron de la articulación intersectorial con otros ministerios, en especial el de Desarrollo Social, protagonista particularmente activo de la “acción directa” con la población en el territorio.

Cuadro 1: Iniciativas que adoptan el enfoque territorial

Expresiones del enfoque territorial	Iniciativas
La construcción de escenarios institucionales en el nivel regional	Consejos Regionales de Salud (CORESA)
Relaciones directas en territorios de proximidad	Centros Integradores Comunitarios (CIC) y Plan de Abordaje Integral Ahí, en el lugar y con la gente
Generalización del uso de unidades móviles	Programa de Unidades Móviles Sanitarias (UNAMOS) Tren Social y Sanitario “Ramón Carrillo”
La construcción de redes de servicios	Programa FEASP/Remediar+Redes” Redes de atención en materno infancia
Áreas de acción para el ejercicio de derechos	Cuenca Matanza Riachuelo

Fuente: elaboración propia

a) La construcción de escenarios intergubernamentales en el nivel regional

La creación de escenarios regionales intergubernamentales muestra el interés por construir relaciones con los gobiernos provinciales en la política de salud. Complementando al Consejo Federal de Salud (COFESA) (espacio de coordinación en el que estaban representados los ministros de salud de las provincias) se crearon en el año 2008 los Consejos Regionales de Salud (CORESA). Se trata de una experiencia bastante acotada, al menos en relación a otros antecedentes como los “Colegiados de Gestión Regional”,

arreglos que pueden encontrarse en las reformas de 2006 del sistema único de salud de Brasil (Ávila Viana et al. 2010)

Los CORESA fueron concebidos como un ámbito de trabajo de los ministros provinciales correspondientes a cada región, que ampliaba su composición a los referentes provinciales y coordinadores de los programas nacionales. Se trató de un espacio complementario al COFESA que tuvo por propósito recoger la agenda que plantearan las provincias y debatir la política nacional *bis a bis* la especificidad de los problemas de cada región. En términos políticos, buscaba desplazar las relaciones bilaterales entre el ministro nacional y cada gobernador hacia un espacio que, sin perder el carácter político, abordara una agenda sectorial desde la cual traducir la política nacional a los problemas y demandas de cada región.

En el periodo 2008/2009, especialmente en el contexto de la pandemia de influenza H1N1, los informes sobre los encuentros de los CORESA formaron parte de la agenda regular de las reuniones del COFESA.

b) Relaciones directas en territorios de proximidad

Distintas iniciativas del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación muestran la decisión de establecer relaciones directas con la población en el territorio, involucrando en ellas al “Programa Nacional Médicos Comunitarios” del Ministerio de Salud. Este programa parece haber sido objeto de distintos replanteos que expresaron la necesidad de disponer de “efectores propios” que permitieran al Estado nacional actuar de manera directa en los barrios. En el contexto regional y en aquellos años tuvieron lugar iniciativas semejantes en Latinoamérica, entre las que se destaca la iniciativa “Mision Barrio Adentro” en Venezuela (Laurel 2010: 24-27)

El desafío de la “nación cercana” al que alude Perelmiter en su investigación sobre la burocracia asistencial del Ministerio de Desarrollo Social (Perelmiter 2011), logró impregnar también una parte de las acciones de la cartera de salud. Las actividades articuladas con este Ministerio fueron habilitando ampliaciones en la cobertura del “Programa Médicos Comunitarios” para fortalecer los dispositivos de intervención del Ministerio de Desarrollo Social: los “Centros Integradores Comunitarios” (CIC) y el “Plan de Abordaje Integral Ahí, en el lugar y con la gente”.

La expansión de los “Centros Integradores Comunitarios” (CIC) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación requirió de la incorporación de profesionales y promotores de salud que fueron aportados por el “Programa Nacional Médicos Comunitarios”. Cabe destacar que se trataba del único programa que disponía de recursos humanos y que mostró ser el más sensible a esta estrategia.

El “Plan de Abordaje Integral Ahí, en el lugar y con la gente” fue otra iniciativa del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través de la cual garantizar el trabajo conjunto de los organismos nacionales, especialmente desarrollo social, salud y educación en relaciones directas – tal como alude su nombre -- con “la gente” y sus demandas.

La puesta en marcha en las distintas jurisdicciones fue resultado de acuerdos informales entre las autoridades del Ministerio y los intendentes municipales o los gobernadores.

c) La generalización del uso de las unidades móviles

Desde el año 2008 en adelante se constata una generalización del uso de las Unidades Móviles en acciones conjuntas entre los ministerios de Desarrollo Social y de Salud de la Nación, que comprometen – también en estos casos -- al Programa Nacional Médicos Comunitarios. Esta iniciativa que recupera la experiencia internacional de las denominadas “Unidades Móviles en Salud” (CICR 2006) se presenta como una estrategia de excepción que sólo debe utilizarse como último recurso para prestar servicios de salud a poblaciones que no tienen acceso a un sistema sanitario. Su uso generalizado en este periodo permite suponer que mantener una presencia en el territorio fue uno de sus propósitos.

Merece destacarse el “Tren de Desarrollo Social y Sanitario Dr. Ramón Carrillo” que desarrollaba, según documentos de la propia iniciativa: “*actividades orientadas a la atención primaria, promoción y prevención de la salud; el abordaje territorial integral, brindando atención social directa en situaciones de vulnerabilidad; y la articulación con los diferentes organismos del Estado, facilitando canales de comunicación e información*”.⁶ Con la misma dinámica, profesionales del “Programa Nacional Médicos Comunitarios” participaron de otra iniciativa similar pero promovida en esta oportunidad por el Ministerio de Salud de la Nación, denominada “Programa de Unidades Móviles Sanitarias (UNAMOS)” en el seguimiento de los pacientes. El programa contaba con unidades de distinta complejidad para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud destinada a las zonas más vulnerables. Los equipos de salud fueron del Ministerio o de las provincias.

Al igual que en los casos anteriores, además del uso habitual de este tipo de dispositivo en situaciones de emergencia, su instalación (siempre temporaria) en las distintas jurisdicciones era resultado de acuerdos informales entre las autoridades del Ministerio y los intendentes municipales o gobernadores.

d) La construcción de redes de servicios

La perspectiva territorial encuentra una expresión más compleja que anida en las estrategias adoptadas por el sector salud (OPS/OMS, 2011) destacándose, entre otras, el “Programa FEASP/Remediar+Redes”: una iniciativa que promovió el Ministerio

de Salud de la nación y estuvo financiada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para cuya ejecución se involucraba a los ministerios provinciales, con sus respectivos hospitales y centros de atención primaria. El programa surge de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud de la Organización Mundial de la Salud (2008) que tiene muy múltiples experiencias en la región.

El FEASP/Remediar+Redes contaba con un componente denominado “Proyectos provinciales de fortalecimiento de redes de servicios de salud” que promovía el trabajo conjunto con las provincias tanto para la “Asistencia técnica para la elaboración de proyectos provinciales” como para su “implementación”, institucionalizado a través de “Compromisos de gestión anuales entre la nación y las provincias”. Esta iniciativa se orientaba al fortalecimiento de redes de servicios de salud a través de la formulación e implementación de “proyectos provinciales” orientados a la captación, nominalización y seguimiento de personas con enfermedades crónicas. El programa preveía un sistema de transferencias según sus avances en la nominalización y seguimiento de los pacientes. Desde el punto de vista institucional, fortaleció el papel del nivel provincial e institucionalizó la adhesión a través de los “convenios marco” entre el ministerio nacional y los ministerios de salud provinciales organizando responsabilidades entre niveles de gobierno.

En el área de maternidad e infancia del Ministerio nacional, se organizaron también, aunque sin financiamiento incremental, “Redes de Atención en Materno Infancia” que involucraban a hospitales municipales y provinciales.

e) Área de acción para el ejercicio de derechos

En el año 2008, un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación respondió a la demanda de un colectivo de vecinos intimando a las autoridades a otorgar alta prioridad a la acción conjunta en la “Cuenca Matanza Riachuelo”, territorio de alta vulnerabilidad social y ambiental que comprendía algo menos de un millón de hogares de la región metropolitana de Buenos Aires.

En una compleja relación entre acción judicial y políticas públicas, se crearon distintos mecanismos de coordinación intergubernamental entre los que destaca: el organismo denominado Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR) (en el que están representadas la nación, la provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y los municipios ribereños), el Plan Integral de Saneamiento Ambiental (PISA) y la aprobación de un presupuesto específico plurianual para llevar adelante esas acciones.

En ese marco interinstitucional se articulaban las políticas públicas de construcción de nuevas obras de infraestructura, limpieza y mantenimiento del espacio público y control de las condiciones ambientales y de la actividad industrial.

5. El territorio como argumento en la construcción de relaciones políticas

Las políticas de salud examinadas en las páginas anteriores muestran diferencias tanto en las necesidades de las “políticas” del sector, como en los modos a través de los cuales se vertebró la “política” entre niveles de gobierno. Este último aspecto es particularmente relevante en un sector cuya organización ha sido resultado de distintos procesos históricos: el federalismo, la expansión centralizada de la red de hospitales a mediados del siglo pasado, su descentralización posterior, las políticas neoliberales de los años noventa y la crisis de fin de siglo.

En un contexto institucional tan complejo, la recuperación de protagonismo del Estado nacional necesitó construir escenarios de poder compartido en los que gestionar la “tensión” entre la búsqueda de la “igualdad” como objetivo de las políticas, al tiempo que respetar la “autonomía” que le confiere el federalismo a cada provincia para definir el alcance del derecho a la salud en la práctica. Como se hizo referencia en el tercer apartado de este trabajo, cada dispositivo de políticas asumió las limitaciones que imponía esta matriz institucional a través de distinto tipo de arreglos institucionales, pero reconociendo en todos los casos algún nivel de autonomía de las instancias subnacionales en la intermediación entre el Ministerio nacional y la población.

El retorno del “territorio” no sólo como espacio de realización, sino como argumento en las políticas de salud hacia finales de la década, fue de la mano del propósito de construir una trama (no siempre articulada) de relaciones políticas que tomara distancia (y en algunos casos planteara cierta ruptura) con el modo como aquellos dispositivos (más puramente sectoriales) vertebraron las relaciones entre niveles de gobierno, buscando modelar la trama de las RIG.

Aunque la apelación al enfoque territorial es un atributo que aparece en todas las iniciativas, las nociones de territorio que movilizaron (en sus argumentos y en sus formas de organizar cada intervención) no fueron las mismas. Para avanzar en una revisión, se presentan brevemente distintas nociones de territorio que, en el campo de la geografía, se fueron desplazando de visiones espacialistas y abrieron paso a concepciones que dan cuenta del contenido político que encierra la noción de territorio.

Desde una perspectiva que destaca el carácter histórico, dinámico, determinante y determinado por la acción de los actores, “*la territorialidad [puede entenderse]... como una relación dinámica entre los componentes sociales (economía, cultura, instituciones, poderes) y aquello que de material e inmaterial es propio del territorio donde se habita, se vive, se produce*” (Dematteis y Governa 2005:33). Esta perspectiva enfatiza los procesos

enlazados que se dan entre los actores, la estructura social y el territorio en el seno de los cuales se inscribe el campo de la política de atención de la salud.

Autores enrolados en esta aproximación proponen interpretar los fenómenos sociales y las demandas, realizando una distinción entre lo que llaman “territorios de proximidad” y “territorios de conectividad” (Dematteis y Governa 2005; Catenazzi y Da Representação 2010; Amin 2005). La primera acepción hace referencia a un área contigua (asociada a la métrica topográfica), mientras que la segunda remite a la configuración de una red (vinculada a la métrica topológica); en relación a los actores, estas nociones aluden a lógicas de apropiación y acumulación diferentes. Desde otra perspectiva, la noción de “territorio pertinente” (Calama 2003) es definida a partir de cada problema y sus interdependencias e integra tanto la proximidad geográfica como la organizacional.

Así al hablar de “territorio” puede estar haciéndose referencia a tres acepciones diferentes: el “territorio de proximidad”, el “territorio de conectividad” y el “territorio pertinente”.

A continuación, se busca detectar qué noción de territorio organiza a estas intervenciones *vis à vis* con las relaciones políticas que cada una de ellas busca articular. Para esta segunda dimensión del análisis se retoman los atributos identificados por Obinger *et al* para analizar las instituciones federales “en movimiento”, presentados en el segundo apartado: arreglos institucionales que permitan incorporar intereses territoriales; actores de base territorial involucrados; arreglos legales para definir responsabilidades entre niveles; carácter directo de la acción; y arreglos informales entre actores gubernamentales.

Cuadro 2: El enfoque territorial en la política de salud: análisis de casos, Argentina, 2008/2014

Variables de análisis Iniciativas	Noción de territorio involucrada /	Arreglos institucionales que permitan incorporar intereses territoriales	Actores de base territorial involucrados	Arreglos legales para definir responsabilidades entre niveles	Carácter directo de la acción	Arreglos informales entre actores gubernamentales
La construcción de escenarios institucionales en el nivel regional	Pertinente Región con problemas comunes. (grupo de provincias)	Si	No	No. Más que las definiciones del federalismo y de cada programa.	Indirecto (reconoce mediación provincial)	No (más allá de los preexistentes)
Relaciones directas en territorios de proximidad	Proximidad Barrial	No. Es un espacio de intervención.	Organizaciones sociales de base territorial	No	Directo	Si (Ministro/ Intendente o Gobernador)
Generalización del uso de unidades móviles	Proximidad Barrial	No. Es un espacio de intervención.	Organizaciones sociales de base territorial	No	Directo	Si (Ministro/ Intendente o Gobernador)
La construcción de redes de servicios	Conectividad Región (agregado de municipios)	Sí. El alcance está definido por el programa nacional.	No	Si	Indirecto	No (más allá de las relaciones existentes)
Áreas de acción para el ejercicio de derechos	Pertinente Región con problemas comunes. (grupo de municipios)	Sí.	Organizaciones sociales de base territorial	Si	Indirecto	No

Fuente: elaboración propia

Para un Ministerio casi sin efectores (hospitales y centros de atención primaria de la salud), la generalización de la noción de “*territorio de proximidad*” en la política nacional fue una de las novedades del periodo; el “Plan Ahí, en el lugar y con la gente”, “Tren de Desarrollo Social y Sanitario” o los móviles de “UNAMOS” y los “CIC”, son algunos de los ejemplos.

En la búsqueda por reconstruir el Estado y en torno a la idea de “nación cercana” en los “territorios de proximidad”, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación tendió a organizar distintos tipo de relaciones directas con la población en el nivel barrial, interpelando al Ministerio de Salud de la Nación y a sus políticas, para motorizar cambios en el “Programa Nacional Médicos Comunitarios”.

Estas iniciativas buscaron articular en un espacio de proximidad (cada barrio) relaciones directas con las organizaciones sociales de base territorial y con la población. Esas relaciones estaban fundadas más en arreglos informales entre autoridades (nacionales y sub-nacionales) que en mecanismos legales que definieran las responsabilidades entre niveles de gobierno. Dada la intensidad de las acciones y su relevancia política, prometieron capacidad para responder de manera intersectorial a las demandas, aunque no presentaron mecanismos estables a través de los cuales incorporar los intereses territoriales, más allá del volúmen de respuesta que pudieran alcanzar desde la acción directa.

A pesar de la visibilidad que tuvo esta perspectiva, otras nociones animaron el regreso del enfoque territorial a las políticas del Ministerio nacional. Entre las más cercanas al sector salud, la noción de “*territorio de la conectividad*” estuvo presente en las redes de servicios que buscaba organizar el “Programa Remediar+Redes”, posteriormente autonomizado como “Redes”. Si bien involucraba a actores diversos, se trató de interacciones que se realizaban dentro de las fronteras del sector salud y bajo su lógica de regulación, construyendo una llegada indirecta a la población, en regiones formadas por varios municipios. El trabajo conjunto en el seno de una red involucraba a organismos provinciales, municipios, hospitales y centros de atención primaria, cuyos acuerdos se institucionalizaban a través de distintos instrumentos contractuales en los que se definían las responsabilidades entre niveles asistenciales. En los márgenes definidos por el programa, los proyectos provinciales permitían incorporar, a través de los mediadores involucrados, necesidades de las instituciones del sector en su territorio de referencia.

La noción de “*territorios pertinentes*” (delimitados por problemas comunes) estructuró otras dos iniciativas: los CORESA y la Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR). La primera generó interacciones con las autoridades de las provincias en cada región buscando acercar las decisiones nacionales a los intereses territoriales; se trató de acciones indirectas que reproducían las potestades definidas constitucionalmente para la nación y las provincias, siempre dentro de las fronteras del sector. La segunda articuló vertical y horizontalmente a las jurisdicciones involucradas (nación, provincia y municipios) a partir de un fallo de la justicia frente a una demanda de vecinos a través de interesantes arreglos institucionales. Aunque de modo indirecto (ponía en relación autoridades de distintas jurisdicciones), la autoridad judicial tenía presente los intereses territoriales del colectivo de vecinos que dio origen al fallo. A pesar de referir a un área determinada (la cuenca), esta experiencia constituye un antecedente de suma importancia en tanto logró

desarrollar distintos instrumentos de planificación y gestión para coordinar intersectorialmente la acción en un territorio con altos niveles de vulnerabilidad.

6. Conclusiones: hacia un cierre provisorio

En un contexto crítico tanto desde el punto de vista político como económico, las expresiones que se presentan en este trabajo muestran el interés del gobierno nacional, también desde el sector salud, por construir relaciones de mayor cercanía a los problemas y sus actores y modelar en algún sentido la trama de las relaciones intergubernamentales construidas en el contexto del federalismo en salud.

Aunque coincidentes en este esfuerzo, los modos como emerge el territorio ponen en evidencia en cada caso posibilidades y limitaciones diferentes.

Cuadro 3: Nociones de territorio en movimiento y atributos asociados

Noción de territorio	Atributos asociados
Territorios de proximidad	Buscan articular relaciones directas con la población. Arreglos informales entre autoridades de distintos niveles de gobierno. No parecen haber generado mecanismos estables a para incorporar los intereses territoriales.
Territorios de conectividad	Interacciones dentro de las fronteras del sector salud. Instrumentos contractuales que definían las responsabilidades entre niveles asistenciales. Proyectos provinciales permitían incorporar necesidades de las instituciones del sector en su territorio de referencia.
Territorios pertinentes	Refieren a problemas de los territorios expresados a través de sus representantes gubernamentales. Desarrollo de instrumentos de planificación y gestión para coordinar vertical y horizontalmente acciones en el territorio. Construcción de relaciones indirectas y mecanismos consensuales.

Fuente: elaboración propia

En una lectura de corto plazo, la noción de “*territorio de proximidad*” parece ser la más eficaz en la medida en que moviliza acciones directas con las organizaciones de base territorial, promueve la intersectorialidad y presenta márgenes de mayor versatilidad en las relaciones informales que establece con esos actores.

La noción de “*territorio de conectividad*” supone una arquitectura de relaciones indirectas más compleja que tiende a desplegarse al interior del sector y supone la construcción de consensos en torno a la definición de responsabilidades en el seno de la red.

Con las mismas complejidades en la construcción de institucionalidad “ad hoc”, la noción de “*territorios pertinentes*” presenta mayores potencialidades para responder de manera intersectorial a las demandas de la población.

Este recorrido pone en evidencia que el territorio aparece como *argumento* en las políticas, expresando una preocupación genuina por hacerlas más pertinentes a las demandas y necesidades. No obstante esta recurrencia, no parece estar en todos los casos necesariamente asociado a la construcción de relaciones directas con la población destinataria; este es el caso de las iniciativas animadas por la noción de “territorio de proximidad”.

Este trabajo buscó poner en juego otras nociones (“territorios de conectividad” y “territorios pertinentes”) abriendo el análisis a otros modos de intervención que, igualmente preocupados por responder a la singularidad de los problemas y demandas en el territorio, lo hacen construyendo arreglos más estables e institucionalizando acuerdos que estimulen la construcción de otra trama de relaciones intergubernamentales a través de las cuales gestionar las políticas de salud.

¹ * Una versión preliminar de este artículo fue presentado en la 4^o Jornadas de Política Social y III Seminario Latinoamericano “Desigualdad y políticas socio-laborales” ICO/UNGS y GEPS y CT-IIGG/ UBA “La sociabilidad en cuestión. Políticas sociales en Argentina y América Latina. Instituciones y condiciones de vida” 28 y 29 de mayo de 2015. Esta versión recupera parte de los comentarios allí recibidos.

² Agranoff y McGuire hacen un análisis de las actividades comprendidas en lo que denominan IGM (gestión de las relaciones intergubernamentales), en 237 ciudades de Estados Unidos que muestra la relevancia que tienen estas acciones para los administradores públicos (Agranoff y McGuire 1999).

³ Merece destacarse en este periodo (1947/1954) la estatización (por el Estado nacional) de los hospitales hasta el momento a cargo de las sociedades de beneficencia y la construcción de 4200 establecimientos de distinto tipo en todo el país que significó la duplicación de las camas disponibles (de 66.300 a 134.218). (Arce 2010: 111 y 132).

⁴ Basado en los tres tipos genéricos de autoridad (autonomía, jerarquía o negociación), construye tres modelos que se organizan en torno a dos polos: en uno de ellos se sitúa un modelo que está basado en la falta de autoridad y que supone una total autonomía de un nivel gubernamental sobre el otro (que Wright denomina de “autoridad coordinada”); en el otro extremo se sitúa otro modelo que denomina de “autoridad inclusiva” en el que prevalece la jerarquía. Entre ambos polos, plantea el modelo de la “autoridad traslapante o superpuesta” que supone que las decisiones se toman en el seno de relaciones contractuales a través de formas de negociación (Wright 1997: 104-131).

⁵ La presentación de los casos se realiza con base al capítulo cuarto “Las políticas de atención de la salud: problemas, arreglos institucionales, actores e instrumentos” (Chiara, 2013: 180-186, 207-210) con la correspondiente actualización para el periodo 2012-2014.

⁶ <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional> recuperado el 25/07/12].

Referencias

Abramovich, Víctor y Pautassi, Laura (2008) “El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina”, *Salud colectiva*.4, 3:261-282.

Abramzón, Mónica (2005) *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, Buenos Aires: OPS.

Agranoff, Robert y McGuire, Michel (1999): “Expanding Intergovernmental Management’s Hidden Dimensions”. *The American Review of Public Administration*. Vol. 29, No. 4. págs. 352-369.

Amín, Asa (2005) “Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar”. *Ekonomiaz* 58, 1er cuatrimestre.

Andrenacci, Luciano y Repetto, Fabián (2007) *Universalismo, Ciudadanía y Estado en la Política Social Latinoamericana*, Washington: INDES/BID. <http://www.ciesu.edu.uy/universalismo/Andrenacci.pdf>

Arce, Hugo (2010) *El Sistema de Salud. De dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Banting, Keith; Corbett, Stephen (2002) “Federalism and health care policy: an introduction”. *Health Policy and Federalism A comparative perspective*. Queen’s University Institute: 1-38.

Belmartino, Susana (2008) “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”. Magdalena Chiara et al., eds. *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS: 129-142.

Belmartino, Susana (2009) *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*. En: 5° Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires. <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf> [Consultado: 27 de febrero de 2012].

Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar (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*. Santiago de Chile, CEPAL: 117-124.

Calama, Pierre (2003) *La démocratie en miettes. Pour une révolution de la gouvernance*. Paris, Charles-Léopold Mayer.

Catenazzi, Andrea y Da Representação, Natalia (2009) “Acerca de la gestión de la proximidad”. En: Magdalena Chiara y Mercedes DiVirgilio, eds., *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires, UNGS/Prometeo: 119-138.

Cetrángolo, Oscar y Jiménez, Juan Pablo (2004) “Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina”. *Revista de la CEPAL*. 84: 117-133.

Cetrángolo, Oscar; Lima Quintana, Laura y San Martín, Mariano (2007) *Situación del Sector Salud en Argentina. Análisis en el contexto de un sistema descentralizado*. Washington, Banco Interamericano de Desarrollo. (Mimeo).

Chiara, Magdalena (2012) La política sanitaria en los límites de la fragmentación, un análisis del caso Malvinas Argentinas. Magdalena Chiara, ed. *La política sanitaria en clave local. Estudios de caso en el Gran Buenos Aires 2001/2007*. Los Polvorines, UNGS: 111-142.

Chiara, Magdalena (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, Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2006) *Las Unidades Móviles de Salud. Enfoque metodológico*. Ginebra, Suiza.

Dematteis, Giuseppe y Governa, Francesca (2005) “Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SLOT”. *Boletín de la AGE*, 39:31-58.

Esping Andersen, Gøsta (1993) *Los Tres Mundos del Estado del Bienestar*, Barcelona, Edicions Alfons El Magnanim.

Faletti, Tulia (2010) *Descentralization and subnational politics in Latin America*, New York, Cambridge University Press, E Book.

Gibson, Eduard (2004) *Federalism and Democracy in Latin America*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Katz, Jorge et al. (1993) *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Laurell, Asa Cristina (2012) *Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos* Documentos ALAMES.

Maceira, Daniel; Apella, Inés; Barbieri, Eugenia (2005) *Necesidades de la Demanda y Subsidios de Medicamentos: La Experiencia del Programa Remediar en Argentina*. Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de debate, OVE/TDP-02/05.

Maceira, Daniel; Olaviaga, S.; Kremer, P. y Cejas, Cintia (2006) “Centros de Atención Primaria de Salud: Radiografía de su distribución en la Argentina”. *Documentos de Políticas Públicas*, Buenos Aires, CIPPEC: 30.

Obinger, Herbert; Leibfried, Stephan; Castles, Francis (ed.) (2005) *Federalism and the Welfare state: New World and European experiences*. Cambridge University Press.

OPS/OMS (2008). *Sistemas Integrados de Servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington D.C.

OPS/OMS (2011) *Inovando o papel da atenção primaria nas redes de atenção a saúde, Resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras*, Brasília, OPS/OMS.

Peregriner, Luicina (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, UBA.

Potenza dal Masetto, Fernanda (2012) “La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales” *Documentos de Políticas Públicas*, CIPPEC: 82.

Rossen, Mariela (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. Ciudad de Guatemala, 7-10 de noviembre.

Sojo, Ana (2001) “Reformas de gestión en salud en América Latina”. *Revista de la CEPAL*, 74: 139-157.

Viana, Ana Luisa d'Ávila; Lima, Luciana Dias de y Ferreira, Maria Paula “Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional” *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2317-2326.

Wright, D. *Para entender las relaciones intergubernamentales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria (2008): “La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica”. *Revista Salud Colectiva* Vol. 4, No. 1.