

## **X Seminario de RedMuni:**

### **“Nuevo rol del Estado, nuevo rol de los Municipios”**

13 y 14 de agosto de 2009

Título: Una propuesta de participación en Salud Pública

Autores: Claudio Mennecozzi\* – María Julia Spigariol\*\*1

Universidad Nacional del Comahue- Centro Universitario Regional Zona Atlántica

#### **Introducción**

Desde mediados de los ochenta y particularmente desde comienzos de los noventa comenzaron a darse en nuestro país profundas transformaciones siguiendo las iniciativas del denominado Consenso de Washington<sup>2</sup>.

Dichos cambios desembocaron en un quiebre de las formas de estatalidad existentes y provocaron la aparición de nuevas reglas de juego que desplazaron a las formas protectoras y providencialistas<sup>3</sup> tradicionales.

En muy poco tiempo comenzó a observarse un creciente deterioro de la racionalidad de la estructura estatal hasta ese momento imperante.

---

<sup>1</sup> \* Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales. Lic. en Sociología.

<sup>2</sup>\*\* Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales. Lic. en Sociología.

Este se formó a partir de las crisis del consenso Keynesiano y de la correspondiente crisis de la teoría del desarrollo económico elaborada en los años 1940 y 1950 (...) está influenciada por la aparición y la afirmación como tendencia dominante, de una nueva derecha, neoliberal, a partir de las contribuciones de la escuela austríaca (Hayek, Von Mises), de los monetaristas (Friedman, Phelps, Johnson), de los nuevos clásicos relacionados con las expectativas racionales (Lucas y Sargent) y es compartido por los organismos multilaterales en Washington, por el Tesoro, el FED y del Departamento de Estado de USA, los ministerios de finanzas de los demás países del Grupo de los Siete y los presidentes de los veinte mayores bancos internacionales...” BRESSER PEREIRA, L.: *“La Crisis de América Latina. ¿Consenso de Washington o Crisis Fiscal?”*. En: Revista Pensamiento iberoamericano. N° 19. Enero/Julio 1991

<sup>3</sup> Si bien CASTEL, Robert considera que tal denominación debería excluirse para la caracterización del Estado moderno por varias razones, es interesante analizar, al menos desde una visión histórica, la aparición de esta categoría como una construcción ideológica de los adversarios de la intervención del Estado en lo “social”, pags. 281 y sigts.

El Estado en general, y las modalidades prestacionales de servicios en particular, asumieron formas y responsabilidades distintas; privatización, descentralización, desregulación, focalización.

Esta propuesta neoliberal, en búsqueda de objetivos de eficacia y eficiencia económica, devastó las bases de la anterior estructura estatal tradicional, expresándose no solo en el nivel nacional, sino también en las provincias las cuales fueron afectadas en su estatalidad. Pese a la resistencia de determinados sectores que se opusieron fuertemente a dichos cambios los mismos fueron instalándose y manifestándose en un período relativamente corto en el tiempo.

Este proceso, que básicamente tuvo dos grandes períodos, se caracterizó en un primer momento por el despliegue de la hegemonía neoliberal de los años 80 en donde el discurso proveniente de este paradigma ya anunciaba el quiebre del Estado de Bienestar cuyas políticas se orientaban a una reducción del gasto en lo inherente a la cuestión social. El segundo momento es en el que, precisamente, se llevan adelante diferentes reformas cuyo principal y único objetivo era *“retirar la responsabilidad única del Estado de algunas de las actividades que hasta ese momento habían conformado la red de seguridad social construida bajo la perspectiva Keynesiana”*<sup>4</sup>

Se comenzó de esta manera, a configurar un nuevo escenario a nivel nacional y provincial con *nuevos actores y procesos* que fueron definiendo nuevas formas en la prestación de servicios.

Hacia mediados de la década del 90', el Estado de Río Negro, inició drásticas y profundas transformaciones a su tradicional modelo de intervención en el campo de las políticas públicas.

Fue así que la tan mentada reforma del Estado se realizó a partir de un proceso de búsqueda de una nueva lógica de racionalidad al interior de éste, sentado sobre otras bases de legitimación, con un retiro del mismo en el plano económico y generando un retroceso en la política de desmercantilización<sup>5</sup> de servicios básicos que lo caracterizó en años anteriores.

En Río Negro, como en otras tantas provincias, se iniciaba un proceso de abandono de las formas bienestaristas que habían caracterizado al Estado rionegrino desde la llegada de la democracia.

Los presupuestos ejecutados, año tras año, se presentaron con fuertes recortes en salud y educación en el marco de una clara política de focalización y descentralización.

Cabe acotar que, en la provincia, la estrategia de descentralización para el caso específico del área “salud” es de larga data ya que, en 1959 el sistema

---

<sup>4</sup> ALMEIDA, Clelia : “ Reforma del Estado y Reforma de Sistemas de Salud”. Cuaderno Médicos Sociales N° 79 pag 30.

<sup>5</sup> ESPING-ANDERSEN, Gosta: *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, Valencia, Alfons el Magnánim, 1993

público comenzó a estructurarse en lo que se denominó Consejo Provincial de Salud. Este organismo sería, el que a partir de esa fecha, quien tendría en sus manos las decisiones en materia de políticas del sector en la provincia.

En 1988 el gobierno provincial llevó adelante un plan de salud cuyo propósito era “hacer de la salud un derecho indiscutible...” en el marco de de la reforma constitucional instrumentada en ese momento.

De esta forma se llegó a 1992 con una estructura nueva producto de una reformulación del sector basándose en la descentralización y en la participación efectiva de los municipios, los usuarios y los trabajadores.

Los ejes centrales de las transformaciones se orientaron a tratar de lograr la “descentralización” hacia ámbitos locales de gobierno y espacios de participación local y regional.

Se advierte cierta unidad en los planteos sobre la necesidad de elevar la eficiencia de la administración a través de la generación de políticas en los niveles inferiores de la estructura gubernamental. En el contexto de esta reforma nacieron los Consejos Locales de Salud (CLS), los cuales fueron pensados en el marco de los Sistemas locales de Salud e intentaban lograr una mayor participación social, de carácter intersectorial, descentralizado, con un control de las decisiones y el uso de estrategias más efectivas de planificación y gestión de las necesidades de la comunidad.

El propósito del presente trabajo es, precisamente, realizar un análisis sobre estas modalidades instituidas en la provincia de Río Negro, concretamente sobre las principales características de la participación de Consejos Locales de Salud.

### **Descentralización y Participación**

En gran parte de los países de Latinoamérica a finales de las década de los ochenta se observa un proceso creciente de demanda social y paralelamente una oferta por parte del Estado para la participación social en el campo de las políticas públicas.

Este proceso es advertido en el discurso de la época el cual impulsado, desde el campo de las ciencias sociales y también desde el sistema político quienes resaltan la importancia y potencialidades de los espacios participativos como un elemento esencial para fortalecer el sistema democrático

No obstante las demandas de afianzar y desarrollar el proceso de democratización requerían profundas transformaciones del Estado y de su capacidad de gestión. Por tal motivo esta situación dio pie a una serie de reformas políticas- administrativas cuyo principal objetivo es optimizar los mecanismos de representación política lo cual llevo a procesos de descentralización, a efectos de provocar la tan mentada participación social en las políticas sociales.

Es interesante destacar que gran parte de la literatura de la época, relacionada con las políticas sociales, se encontraba muy interesada por la “descentralización”, cuestión que aparecía como la solución a los problemas que ocasionaban la concentración de poder y las decisiones en los estados centrales, con el correlato de burocratización y a la ineficiencia en el uso del gasto social.

La insistencia en este aspecto, sobre todo en lo que se refiere a políticas de programación social, reviste diversos riesgos. Uno de ellos es lo que De Mattos<sup>6</sup>, ha dado en llamar “idealización de lo local” lo cual supone que la descentralización político- administrativa puede provocar, casi en forma automática, un cambio de las bases económicas, políticas e ideológicas del poder, que se encuentran condicionadas por factores estructurales, cuando en realidad estos van mucho más allá de su distribución territorial.

No obstante, se insiste que como salida para la inoperancia de las formas centralizadas y los bloqueos burocráticos, la descentralización y la participación. Incluso, en algunas conceptualizaciones, son tomadas como opción única. Desde otras perspectivas, que reconocen al Estado como instancia capaz de ordenar y racionalizar la reproducción social en forma equilibrada, estas alternativas se constituyen en una orientación de política dirigida para elevar la eficiencia, la eficacia y la democratización de las diversas instancias del estado y de la sociedad.

Estos planteos se relacionan directamente con el modo de concebir la problemática contemporánea del Estado. Por un lado se vincula a la crisis con problemas de magnitud del aparato estatal, con la cuantía de las intervenciones y regulaciones, el volumen del empleo, etc.; por otro, se la asocia a las formas y modalidades de la gestión pública y de las interacciones entre el Estado y la sociedad. En este último caso, aunque también se reconoce la necesidad de ciertos redimensionamientos del aparato estatal, el eje problemático está situado en la articulación del Estado con los grupos y sectores sociales y no en la suposición de que disminución del protagonismo y dimensión del Estado asegura el fortalecimiento de la sociedad civil.

No obstante, en un corto período de tiempo, fueron apareciendo nuevas formas de vinculación Estado- Sociedad las cuales propiciaban la participación comunitaria en cuestiones centrales del Estado.

### **El Desarrollo de los Procesos de Descentralización y Participación en Río Negro**

La provincia de Río Negro fue una de las primeras en la en la región que impulsó diversas estrategias que reflejaban la anhelada transformación del Estado. Los casos más paradigmáticos son el de las políticas impulsadas en las áreas de educación y salud, las cuales propiciaban elevados niveles de participación.

---

<sup>6</sup> DE MATTOS, C.(1989): “Falsas expectativas ante la descentralización”. Revista Nueva Sociedad. Nº 104.

Para ambos casos, los ejes pasaron por un proceso de descentralización de las decisiones hacia niveles locales de gestión con importantes grados de autonomía y cogestión.

La creación de estos denominados “espacios públicos autónomos” auspicio la participación asignándole a la sociedad civil un mayor protagonismo en el campo de las políticas de orden público.

Incluso, más allá de las consideraciones de índole teórico que uno pudiera otorgarles a estas nuevas modalidades de participación, es interesante destacar que las mismas fueron adquiriendo sostén jurídico que legitimó aún más estas nuevas prácticas

Para el caso específico del área Salud este proceso se inicia casi al mismo tiempo en que se da la propia institucionalización de la provincia de Río Negro, ya que es justamente en 1958 cuando el territorio nacional de Río Negro adquiere estatus jurídico político de provincia. Y es en 1959 cuando comienza a estructurarse el sistema público de salud, a través de la sanción de la Ley N° 60 la cual crea el Consejo Provincial de Salud Pública. Este tendría en sus manos las decisiones de las políticas públicas de la provincia.

Este Consejo impulsa inmediatamente la creación de Consejos Regionales (CR), integrados por los directores de hospitales de la Región, representantes municipales, gremiales, industriales y agrícolas ganaderas. Asimismo quedan conformados los Consejos Vecinales en cada localidad cuya función es de colaboración y consulta de los (CR).

Un segundo período de este proceso se inicia a partir de 1973 cuando se deroga la Ley N° 60 y se la reemplaza por la Ley N° 898, cuyos aspectos más significativos son la definición de quien es la autoridad sanitaria, dejando en claro que las acciones en el campo de la salud pública son competencias exclusivas del Consejo Provincial de Salud Pública, y una nueva conformación de los Consejos de Salud en sus distintos niveles; con lo cual aparecían nuevos actores sociales y desaparecían otros.

No obstante la reestructuración más importante fue la creación de las denominadas “áreas programáticas”. Estas constituían unidades mínimas de organización sanitaria las cuales tenían por función la de satisfacer las necesidades de salud de una porción de población geográficamente referenciada.

Cabe destacar que este proceso se interrumpe con el golpe de 1976, a partir del cual el Consejo Provincial de Salud Pública es intervenido por el gobierno militar desalentando, como ya es sabido, toda forma de participación social.

Si bien en 1983, con la llegada de la democracia, se intentan restablecer los objetivos de una política de salud pública, que se corresponda con esta nueva etapa, no se logró romper con la hegemonía adquirida, en la toma de decisiones, de actores como el subsector privado y las obras sociales.

Es entonces a partir de 1988 cuando el gobierno implementa un plan de salud cuya premisa es “hacer de la salud un derecho indiscutible que llegue a todos los rionegrinos con la misma posibilidad”, en el marco de la reforma de la Constitución Provincial.

Se llega así en 1992, cuando a partir de la sanción de la Ley 2570 se intenta reformular el sector bajo los ejes de descentralización y la participación de diferentes actores de la comunidad.

Esta nueva etapa se caracteriza por la estructuración del sector salud en tres niveles; un nivel local el Consejo Local de Salud (CLS); un nivel zonal el Consejo Zonal de Salud (CZS) y un nivel provincial representado por el Consejo Provincial de Salud Pública (CPSP). Los objetivos son la descentralización de los servicios, el desarrollo de los recursos humanos y el fortalecimiento de la atención primaria de la salud.

No hay duda que lo más destacado es la creación de los Consejos Locales los cuales constituyen el espacio por excelencia para la participación de la comunidad.

Estos espacios fueron pensados con los ámbitos ideales para la participación, descentralizados y con estrategias de planificación y gestión acorde a los requerimientos de las comunidades en donde están insertos.

Si bien, durante su implementación, en forma explícita no se observaron mayores dificultades, bien se sabe que todo proceso que conlleva instancias de descentralización trae aparejado situaciones conflictivas. No solo por los cambios en las formas de “gestionar” las cosas sino también porque configura una nueva distribución del poder.

No olvidemos que abrir el juego a la participación a diferentes sectores de una comunidad entraña un cambio de actitud que no muchos están dispuestos a asumir.

Su conformación está dada por: un Presidente, cargo que recae sobre el Director del Hospital Local, un asesor técnico administrativo del hospital local, dos representantes comunitarios designados por la Municipalidad (uno por el poder ejecutivo y otro por el Concejo Deliberante), un representante de los vecinos, elegido por las juntas vecinales de la localidad y un representante de los trabajadores de la salud de esa área programa.

Es importante destacar que el Hospital General de cada localidad van a quedar bajo la órbita de las decisiones que tome el CLS debido que constituye el mayor efector de Salud en esos espacios, aunque también se prevé la articulación con otros sectores como el privado y obras sociales para lograr un mejor uso de los recursos con los que cuenta en salud la comunidad.

Ahora bien, los CLS ¿lograron crear espacios de verdadera participación social, los cuales otorgan y garantizan una cuota de poder para la decisión a cada uno de los integrantes del mismo, o por el contrario constituyen escenarios

abiertos pero “copados” por sectores minoritarios los cuales consolidan en su interior grupos burocráticos de poder que los usufructúan a favor de sus propios intereses ?

Una de las primeras formas de abordar este interrogante sería a partir de lo que Eduardo Menéndez<sup>7</sup> sostiene respecto a la institucionalización del Modelo Médico y su práctica. Desde lo ideológico hay una aceptación normal de la participación pasiva de los conjuntos sociales en las actividades de salud. Más allá de los discursos y las estrategias que incita a la población a participar, no existen verdaderos canales que lo permitan. Incluso en el caso que los hubiera, como es el ámbito de los CSL, la asimetría de información existente (conocimiento específico) entre los profesionales de la salud y el resto de los actores hace que no todos se encuentren en igualdad de posición para la toma de decisiones.

*“El concepto de necesidad dentro del campo de la salud pública se ha utilizado haciendo una distinción fundamental entre ‘necesidades sentidas o percibidas por la población’ y ‘necesidades definidas’ por los profesionales, donde estas últimas resultan ser las decisivas a la hora de tomar decisiones en la programación...”<sup>8</sup>*

Para el caso de la Provincia de Río Negro, y más precisamente para los CLS, estudios sobre el tema<sup>9</sup> corroboran lo anteriormente expuesto. La dinámica interna en el funcionamiento de estos espacios “supuestamente participativos”, las concepciones y prácticas de los participantes y la asimetría anteriormente mencionada no parecen contribuir a los objetivos y funciones de estas instancias.

Las investigaciones revelan un “copamiento” de ciertos actores y de racionalidades propias de la implacable burocracia estatal. Es claramente observable como los actores que representan a diferentes organismos locales ocupan un nivel inferior respecto al papel preponderante de los actores que pertenecientes al sistema de salud. En estos espacios sobrevuela la sensación en sus integrantes de ser parte de “los de afuera” o de “los de adentro”, cuestión que se cristaliza a la hora de la toma de decisiones respecto a determinado tema.

Por lo tanto, la agenda de estos espacios, termina siendo ocupada, por temas propios de los conflictos organizacionales hospitalarios, y no de cuestiones que tengan que ver con la discusión y planificación de políticas sanitarias que atiendan a las necesidades y demandas de la población.

Además, una cuestión no de menor valor, es que las reuniones, en la mayoría de los casos se desarrollan en espacios predeterminados en el interior del hospital local, aspecto que sin ninguna duda no favorece la participación. Si bien en algunos casos estas reuniones se ha desarrollado en las sede de las

<sup>7</sup> MENENDEZ, Eduardo(1984): “Hacia una práctica Médica Alternativa”. Edit.Cuadernos de la Casas Chata N° 86 México.

<sup>8</sup> SPINELLI, Hugo (2002): “ equidad en Salud; teoría y praxis pag. 257

<sup>9</sup> FRANCO, Miguel(2005): “Instituciones y Organizaciones de la Participación Social en Salud en Río Negro”. Revista Perspectivas. Hanoi N° 2.

Juntas vecinales, la participación de la comunidad ha sido escasa o nula lo cual revela la legitimación existente respecto a de quienes se supone que son los “dueños” de este espacio.

### **Consideraciones finales**

Como puede observarse la institucionalización de mecanismos que favorezcan la descentralización y participación en Río Negro son históricos si se los compara con otras experiencias provinciales. No obstante, esta institucionalización ha sido más de carácter normativo que una iniciativa nacida en la comunidad.

Si nos remontamos a sus primeras etapas (1959- 1972 y 1973- 1988) estas se caracterizaron por formar parte de un contexto incierto y convulsionado el cual no propiciaba la puesta en práctica de verdaderas acciones de participación social pública.

Además, en nuestra provincia, estas iniciativas estaban atravesadas por un marcado corporativismo con lo cual, estas propuestas, se alejaban notoriamente de la actual concepción que existe con relación al tema de la participación.

Es recién entonces a partir de 1988 cuando se puede observar como las formas de participación se van adecuando a políticas comprometidas con el proceso de democratización iniciado en 1983 y en el marco de la redefinición de una nueva relación entre el Estado y la Sociedad.

Si bien pudieron observarse estrategias novedosas, en lo que a ámbitos y modalidades de participación se refiere, no podemos desconocer que éstos fueron creados por el propio Estado. Estas organizaciones si bien aportaron hacia nuevas modalidades para la toma de decisiones colectivas en democracia, tienen verdaderas restricciones motivo por lo cual habría que determinar si son verdaderamente efectivas para los objetivos por los cuales fueron creadas.

No cabe duda que, para el caso de los CLS, estos contribuyeron a mejorar, por ejemplo, los hospitales públicos locales, no obstante, favorecieron también la formación de “elites participativas” las cuales es probable que hallan marginado, en la toma de decisiones, a grupos menos favorecidos pero sí potenciales beneficiarios de los servicios de salud. La propia estructura de los CSL deja escasamente representada a la comunidad debido al único lugar que le adjudican para su participación. Esto resulta más grave aún cuando se plantea la verdadera eficiencia de estos espacios para la asignación de recursos públicos.

Los instrumentos jurídicos que le otorgaron el sustento legal a estas nuevas prácticas se establecieron con el objetivo de crear vías de participación que obtuvieran la “colaboración social”. Las políticas sociales en su conjunto, al desenvolverse en esta lógica, contaron con un sustento político y social propicio para su desarrollo.

Se nos ocurre pensar además que, las propuestas de descentralización, por lo menos en el nivel discursivo, buscaron crear sistemas alternativos a las burocracias centralizadas, partiendo del principio de la necesidad de liberar la capacidad creadora de los individuos y de los grupos de las sociedades locales. Sin embargo, esa intención, y las reformas institucionales que la acompañan, requieren una sociedad rica en iniciativas, capaz de generar innovaciones que se conviertan en alternativas viables al sistema centralizado de ejercicio del poder. Pretender responder a la crisis solamente reencontrando el valor de la comunidad local es ilusorio, pues deberá formularse una relación adecuada y complementaria entre el gobierno central y los niveles locales

En muchos casos, esta cuestión ha constituido un proceso unidireccional y de desprendimiento, en el cual la descentralización surgió como una solución superadora de dificultades financieras y de gestión.

Los principales obstáculos a la participación tienen origen en situaciones diferenciales de poder político, técnico, de información, económico, etc. Estas diferencias de poder permiten el predominio de intereses parciales o corporativos y el ejercicio de la manipulación. Muchas pretendidas formas de participación encubren situaciones de ese tipo generando desaliento y el debilitamiento de las propuestas participativas.

Así las estrategias llevadas adelante por el Estado orientadas a dotar de mayor participación a la población para la toma de decisiones estatales fueron permanentemente sometidas a un proceso de legitimación el cual hoy sigue siendo motivo de cuestionamiento de las formas en que esto se implemento.

La descentralización sólo es posible cuando existen los escenarios propicios para el ejercicio del poder descentralizado y cuando se genera un proceso de involucramiento de los protagonistas. Para ello no hay recetas, cada situación requiere una consideración particular, no son suficientes los llamados a la participación y el compromiso si no van acompañados de una estrategia viable que establezca reglas claras y utilice una metodología de gestión adecuada. Se requieren escenarios concretos, bien delimitados, espacial y temporalmente, donde los protagonistas tienen nombre y apellido, responsabilidades e intereses, ya sea como integrantes de la sociedad civil o del Estado.

Por lo tanto, la reforma político-administrativa descentralizadora es una condición necesaria pero no suficiente si se quieren alcanzar efectos reales: el reconocimiento de la existencia y de una estrategia explícita y compartida, es otro aspecto insoslayable.

*“En este contexto, la estrategia de descentralización tampoco ha mostrado ser un medio para lograr mayor equidad o participación democrática...”<sup>10</sup>*

Por otra parte la noción de participación real implica un proceso de crecimiento de los grupos sociales en su capacidad de identificar sus intereses y necesidades, y de demandar frente a los poderes públicos. Demandar socialmente no es simplemente emitir una opinión o realizar un pedido

---

<sup>10</sup> LAURELL, Cristina (1999): “La política de salud en el contexto de las políticas sociales” en Salud, Cambio Social y Política, perspectiva desde América Latina, coordinadores Bronfman Mario y Castro Roberto, Edamex. Mexico

individual. Una demanda social es la expresión organizada y colectiva de necesidades y reivindicaciones que los integrantes de los grupos sociales buscan implementar a través de decisiones institucionales y públicas.

Es necesario distinguir formas reales de participación de formas simbólicas o engañosas. Por participación real debe entenderse la posibilidad efectiva de incidir en las decisiones que afectan la vida cotidiana de una población a nivel institucional o de la sociedad global. Es decir, la posibilidad de influir en la política institucional, la planificación de las acciones, su implementación y evaluación permanente.

Esta noción de participación supone la existencia y el fortalecimiento de grupos organizados en función de sus intereses y con capacidad política de influencia real en las decisiones sociales e institucionales. Puede afirmarse que una política pública prioritaria debe ser la de promover y asistir a esas formas de organización social.

Este planteo contradice las tendencias dominantes del modelo neoliberal de tanta vigencia en la década pasada que configuró un proyecto neoconservador para el cual, al decir de Norbert Lechner<sup>11</sup>: “Reestablecer el orden ya no significa organizar la sociedad sino, al contrario desorganizarla. Vale decir: desarticular los intereses organizados que distorsionan la autorregulación espontánea del mercado (nacional y mundial)”

Desde esa perspectiva el surgimiento de los planteos participacionistas, en los últimos años, parece estar más asociado a una visión falsa de la participación centrada fundamentalmente en la movilización de recursos comunitarios, en la utilización de mano de obrar barata y en llenar el vacío que deja el abandono del Estado de muchas de sus responsabilidades.

En síntesis, frente a la crisis de nuestras sociedades el imperativo es “socializar la sociedad y estatizar al estado” de ese modo será posible implementar nuevas formas de articulación entre ambos que superen las desconexiones y la manipulación.

### **Bibliografía:**

ALMEIDA, Clelia: “*Reforma del Estado y Reforma de Sistemas de Salud*”. Cuaderno Médicos Sociales N° 79.

<sup>11</sup> LECHNER, N.(2001): “El proyecto neoconservador y la democracia”. Edit Anagrama.

BRESSER PEREIRA, L.(1991): *“La Crisis de América Latina. ¿Consenso de Washington o Crisis Fiscal?”*. En: Revista Pensamiento iberoamericano. N° 19.Enero/Julio.

CASTEL, Robert(1997): *“Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica de asalariado”*. Buenos Aires, Paidós.

DE MATTOS, C(1989): *“Falsas expectativas ante la descentralización”*. Revista Nueva Sociedad. N° 104.

ESPING-ANDERSEN,Gosta(1993): *“Los tres mundos del Estado de Bienestar”*;Valencia, Alfons el Magnánim.

FRANCO, Miguel(2005): *“Instituciones y Organizaciones de la Participación Social en Salud en Río Negro”*. Revista Perspectivas. Hanoi Nª 2.

GRASSI E; HINTZE, S. y NEUFELD, M. (1994).: *“Políticas Sociales, crisis y ajuste estructural”*, Buenos Aires, Espacio Editorial.

LAURELL, Cristina (1999): *“La política de salud en el contexto de las políticas sociales”* en Salud, Cambio Social y Política, perspectiva desde América Latina, coordinadores Bronfman Mario y Castro Roberto, Edamex. Mexico

LECHNER, N.(2001): *“El proyecto neoconservador y la democracia”*. Edit Anagrama.

MENENDEZ, Eduardo(1984): *“Hacia una práctica Médica Alternativa”*. Edit.Cuadernos de la Casas Chata N° 86 México.

OFFE, Claus(1990): *Contradicciones en el Estado de Bienestar*. Editorial Alianza.

SPINELLI, Hugo (2002): *“Equidad en Salud; teoría y praxis”* pag. 257

