

Políticas de Salud a nivel Nacional en Argentina y su interacción con un ámbito local, el Partido de Luján

Autora:

Florencia CENDALI

Lic. en Sociología. Docente y becaria investigación –nivel perfeccionamiento–

Universidad Nacional de Luján

florcendali@hotmail.com

I. Presentación

Esta ponencia tiene la finalidad de estudiar las interrelaciones entre los ámbitos “macro social –nacional- y micro social -local-” sobre las políticas de salud, públicas/privadas que se están ejecutando; concretamente cómo se implementan en la vida cotidiana de los habitantes, las medidas planificadas en el campo de la salud, desde el Estados Nacional.

En específico se desarrollarán las potencialidades y limitaciones en las políticas sociales que se han intentado implementar desde la gestión del Presidente Néstor Kirchner (2003-2007) y en la actual de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011), para luego caracterizar la gestión municipal en salud del Partido de Luján, se describirán las transferencias totales monetarias, de origen nacional y provincial, a este municipio, la situación poblacional, la organización en el área de salud y sus instituciones de acceso y atención, y las políticas de salud que se están ejecutando actualmente en este Partido de la Provincia de Buenos Aires.

Esta breve presentación forma parte de un trabajo llevado a cabo en la Universidad Nacional de Luján, bajo la dirección del Dr. José Carlos Escudero, como parte de una investigación de nivel iniciación sobre las políticas de salud que es están implementado en este partido bonaerense; y que pretende ser continuado en un desarrollo ulterior que reflexionará específicamente sobre la política de medicamentos ejecutada desde el gobierno nacional para los ámbitos locales.

Como resultado de esta ponencia, se espera dar cuenta de dichas interrelaciones entre lo que sucede a nivel macro y micro social, ya que se puede considerar que “lo local” reafirma las características y pone límites a lo que se quiere ejecutar desde “lo macro”. Se observa que el proceso no es unidireccional sino que es un “camino de ida y vuelta”, donde los ámbitos locales pueden, con sus prácticas, enriquecer/modificar/desviar los planes y programas nacionales. Esta dialéctica puede traducirse en una construcción colectiva, con el sentido de satisfacer las necesidades diarias que posee la población.

II. El Kirchnerismo: sus potencialidades y limitaciones en las Políticas de Salud

El Kirchnerismo accedió al gobierno en 2003, luego de la crisis económico- político-social estallada en 2001, la cual conllevó al establecimiento en el poder de una serie de presidentes de manera transitoria. “El trabajoso sistema político inaugurado tras la Segunda Guerra Mundial fue reformado en 1976 por una dictadura burguesa terrorista unificada autodenominada Proceso, y esta dictadura conformó un ciclo histórico cuyos críticos espasmos se hicieron oír el 19 y 20 de diciembre de 2001 (...) ese orden político prosiguió su marcha sonámbula hasta desembocar en el gobierno del Dr. Duhalde. El curso iniciado en 1976 había estallado” (Horowicz, 2005:317). ¿Qué camino habrían de tomar los Kirchner?, ¿la continuidad o la ruptura con lo postulado por la dictadura del '76 y el menemismo de los '90?... ¿qué harían para mejorar la calidad de vida del pueblo argentino?

Desde la gestión del Presidente Néstor Kirchner 2003-2007 y en la actual de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner 2007-2011 se ha proclamado la recuperación de los valores nacionales y populares postulados por el Gral. Juan Domingo Perón en su primera presidencia, con la finalidad de frenar la desarticulación social generada por la pobreza creciente en las últimas décadas, a través de la instauración del neoliberalismo. Asimismo se ha caracterizado por la recuperación de políticas de Derechos Humanos y, en el terreno de la economía, de políticas “esbozadamente” Keynesianas, junto con intentos de redistribución de la riqueza, en un sentido de justicia social.

El inconveniente en este punto es cómo mejorar la distribución de la riqueza, cómo devolver la justicia social y la dignidad del pueblo –en palabras del Dr. Ramón Carrillo-, sin tomar acciones que cataloguen, al gobierno nacional, como una gestión “autoritaria” según las voces de los medios de comunicación. Vale la pena recordar la trascendencia que tienen estos medios para afectar la subjetividad colectiva sobre temas de salud y la capacidad de influir en que algunos problemas sociales sean -y no otros- introducidos en la agenda de las políticas públicas. Un ejemplo de esto es lo que sucedió con el caso de la gripe porcina en 2009, como señala Escudero: “Un gran susto epidemiológico con poco fundamento fue la pandemia (epidemia de alcance planetario) de gripe porcina. Haciendo cuentas, esta nueva gripe mata menos que la convencional, pero alrededor de ella se hizo una gran alharaca mediática, de la que se aprovecharon fabricantes privados de medicamentos y vacunas (...) [El gobierno Nacional] hubiera dado más prioridad a gastar el dinero aumentando la oferta estatal gratuita de salud para todas las enfermedades, combatiendo la pobreza que mata tanta gente, o intentando estimular la fabricación pública de medicamentos y vacunas contra la gripe” (Escudero, 2009b:1).

El desafío de los Kirchner es y será ¿cómo hacer para recuperar la salud colectiva?, ¿cómo implementar políticas públicas de salud, de acceso a toda la población por Derecho de Ciudadanía? Tarea no poco fácil por la presión mediática existente y el poder de lobby que poseen los laboratorios y otros elementos capitalistas (las prepagas, los bancos, los organismos de créditos, etc.) y clientelares (las organizaciones médicas, las OOSS, etc.) para frenar políticas de justicia social. Se debe enfatizar que, comparados con estos poderosos lobbies en salud, los similares en educación son más débiles (Escudero, 2001).

“Los gobiernos [de América Latina] no han querido enfrentarse a los grupos que representan intereses especiales de empresas, organizaciones profesionales y sindicatos, cuando los intereses de éstos van en contra de la salud de los ciudadanos” (Ugalde y Homedes, 2007:34). Para conseguir una buena salud colectiva es necesario enfrentar a dichos grupos de presión -que buscan continuar con el modelo mercantilizador impuesto en los '90- proveyendo servicios de salud que no son arancelados, que no son mercancías: la provisión de agua potable domiciliar de red, de cloacas, combatir el hacinamiento en las viviendas, la aplicación de la estrategia sanitaria de atención primaria de salud, ofrecida dentro de un sistema de salud universal y desmercantilizado y la provisión de medicamentos esenciales, fabricados por el Estado, mediante técnicas “mano de obra intensiva”; todo esto para facilitar el control y una óptima salud de la población. En consecuencia, para que los Kirchner puedan hacerse cargo de este desafío deben retomar lo postulado por Barri (2007) de establecer “Remedios Estructurales”, esto significa reconocer a las políticas públicas integralmente, porque la salud depende de políticas de trabajo, educación, salario, vivienda, etc.

En el campo de la salud, los gobiernos kirchneristas han avanzado en el proceso de “trans-formación”, con ciertas acciones “paliativas”, como afirma Escudero: “En 2009 se tomaron ciertas medidas, de tipo institucional: políticas de vacunación más extendidas, más educación sanitaria en caso de epidemias, creación de nuevos institutos, estímulo a la fabricación de nuevas vacunas, el aumento del número y de los salarios de los investigadores en áreas de las ciencias de la salud [pero que] son irrelevantes ante el ‘núcleo duro’ de la mala salud de Argentina” (Escudero, 2009b:2).

Es imprescindible que este gobierno esté dispuesto a avanzar en:

- sostener *un Ministerio de Salud Nacional fuerte e integrador*. Se considera la dinámica entre el Ministerio de Salud de la Nación, la provincia y los ámbitos locales, ya que el primero “Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación” (Belmartino, 2005: 291).

- fortalecer *la cobertura del sistema de salud público universal-gratuito*. Esto hace referencia a los Hospitales y a los Centros de Atención Primaria (CAPS), se debe ampliar la cobertura de ambos, protegiendo económica y políticamente a los municipios y provincias. Aunque, como afirman Ugalde y Homedes, tener derecho a la salud no se debe definir “(...) simplemente como el acceso a algunos servicios de atención primaria, con frecuencia de dudosa eficacia y calidad” (Ugalde y Homedes, 2007:34), demostrando que el problema de salud no se soluciona con el aumento de transferencias monetarias a la APS sino que se debe *recuperar el concepto de salud como derecho de ciudadanía o de residencia*, encontrarse abierto a toda la población, dependiendo de la administración pública, financiándose a través del sistema impositivo y proveyendo servicios a través de la red de efectores de salud. “Es necesaria una salud de derecho universal, gratuita, preventiva, con médicos necesarios, tecnologías adecuadas, etc.”¹. Esto también implica seleccionar públicamente a los trabajadores de la salud – funcionarios o no-, con contratos registrados, “en blanco” y con beneficios sociales, porque se debe dar seguridad a “la mano de obra” de este sector.

- mejorar el sistema de salud -universal y gratuito-, para lo cual se le debe multiplicar el presupuesto y aumentar la oferta de salud gratuita, porque su escasez hace que “(...) nuestro sistema de salud pública esté colapsado; no sólo no aguanta nuevas epidemias, ni siquiera aguanta la cotidianeidad” (Escudero, 2009b:2). Aquí radica el valor de *la reforma del sistema tributario*, para que los impuestos dejen de ser regresivos y pasen a ser cada vez más progresivos. Cabe recordar la fallida postulación de la ley 125 de retenciones móviles agropecuarias, cuando el gobierno Kirchnerista recibió fuertes críticas y un supuesto “intento de golpe institucional”.

- implementar *Políticas Públicas de Salud Universales*, abandonando el sistema de políticas selectivas / focalizadas. Este gobierno se ha caracterizado por la recuperación de algunas políticas económicas “parakeynesianas”, en los intentos de redistribución de la riqueza y en algunos otros sectores específicos; aunque cuando se refiere a la salud son necesarias *políticas con oferta desmercantilizada*, sobre lo cual se ha avanzado poco y nada. Se debe terminar con las teorías y prácticas de que la salud pública debe actuar sobre las poblaciones más vulnerables, para pasar a pensar y actuar de manera universal.

En este sentido se puede apreciar la actual política efectuada y sostenida por el gobierno, denominada: “Asignación Universal por Hijo para Protección Social” -AUH- (Decreto 1602/09). Si bien no es ejecutada desde el Ministerio de Salud de la Nación, tiene relación directa con la salud colectiva, puesto que se supone que la población consume prioritariamente

¹ Véase Video Dr. José Carlos Escudero “Nutrición Colectiva” en <http://www.emancipacionsye.com.ar>

ese dinero para su alimentación, transporte, vivienda, trabajo, etc. y porque exige una contraprestación (control de vacunación) en el Sistema de Salud Público Estatal. “Con la AUH, los indicadores de indigencia se reducen entre un 55 y un 70% (...), el indicador más arquetípico de desigualdad (cuántas veces ganan los ricos más que los pobres) se reduce más del 30% (...) también ha reducido los indicadores de pobreza e indigencia” (Agis, Cañete y Panigo, 2010:1). Si bien se debe reconocer, por la experiencia Latinoamericana de políticas de transferencia de ingresos, que la AUH no es la solución para todos los problemas sociales, ya que los efectos de la pobreza generada por el neoliberalismo en los últimos 40 años son determinantes sobre la población; “(...) el análisis conjunto de resultados cualitativos y cuantitativos nos permite aseverar que la AUH se encamina a ser la medida de política social más exitosa implementada en Argentina en los últimos 50 años, especialmente en materia de su impacto sobre la indigencia y la desigualdad extrema entre ricos y pobres” (Agis, Cañete y Panigo, 2010:26).

Finalmente, tal como señala el Dr. Escudero en el proyecto para el Plan Fénix, se debe buscar tener “(...) un sistema universal de salud, basado en el derecho de ciudadanía, financiado por las Rentas Generales y en general gratuito (y cuando no lo es, esto se debe al deseo de regular una demanda que de otra forma sería infinita, y no por propósitos de lucro), es la manera más sensata de organizar la oferta de salud colectiva” (Escudero, 2008:1). Sólo así se podrá plantear una nueva salud con políticas públicas universales, con acceso a toda la población por derecho de ciudadanía, gratuito-desmercantilizado, con buen financiamiento y redistribución solidaria, de fácil provisión y que sea el Estado Nacional el productor y oferente para toda la población.

En Argentina, puede observarse que *las transferencias de dinero a los ámbitos locales han aumentado en los últimos años*, desde la gestión Kirchnerista, tanto a nivel Nacional como de la provincia de Buenos Aires, las mismas son destinadas a los “Programas Sociales y Saneamiento Ambiental” que –en su mayoría- son focalizados. Por ejemplo, en Luján, en el año 2003 se transfirieron 12.288.906 de pesos, mientras que en 2009 se transfirieron 49.073.708 de pesos, y se proyecta estimadamente para diciembre de 2010 que será de más de 50.000.000 de pesos. Cabe aclarar que se acrecentaron los recursos porque aumentaron los fondos generales, tal como el Fondo de Fortalecimiento Municipal, el Fondo de Inclusión Social, el Fondo Provincial Solidario, entre otros. Ésto puede verificarse en el CUADRO 1 que se presenta a continuación sobre el total de las transferencias monetarias realizadas a Luján, confeccionado a partir de la Dirección Provincial de Coordinación Federal y Municipal del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

Se debe afirmar que el aumento de transferencias de dinero a través de los fondos solidarios, no significa que haya mejorado el sistema de APS ni de medicina preventiva, ni que se haya recuperado la igualdad, ni haya una justa distribución monetaria entre los municipios. Sólo se debe hacer notar que desde el 2003 han aumentado los ingresos municipales en Luján y la posibilidad de llevar a cabo programas y campañas de salud que, si bien no merecen demasiados elogios porque no mejoran la calidad en sí, tampoco son criticables en el sentido de que permiten que más población tenga acceso a algún tipo de servicio primario de salud. “La descentralización de la atención primaria a los municipios no ha hecho reducir las desigualdades de salud; a pesar de las transferencias que reciben de los fondos solidarios, los municipios pobres no pueden ofrecer la misma calidad y variedad de servicios que los que ofrecen los municipios más ricos (...) Lamentablemente, el haber aumentado los gastos públicos, no ha mejorado la calidad; de hecho quizá ha ocurrido lo contrario. Las estadísticas indican que varios de los programas de salud pública han empeorado” (Ugalde y Homedes, 2007:44).

Luego de exhibir este cuadro 1 que muestra el aumento de transferencias de recursos al Municipio de Luján desde el 2003, se caracterizará -en el apartado siguiente- cuál es la situación poblacional y sanitaria de este Partido, y se presentará un listado de las políticas de salud que desde el área de “Medicina Preventiva y Atención Primaria” se afirma que están en ejecución. Se quiere remarcar la importancia de establecer en la agenda pública de salud no sólo políticas focalizadas para los sectores vulnerables, sino también nacionales, universales y gratuitas que busquen el mejor accionar para las necesidades de toda la población, “(...) la política nacional debería inducir la transformación de los modelos de gestión sanitaria, promoviendo la atención primaria y la medicina preventiva para el beneficio local” (Alonso, 2007:145), por ello la importancia de dejar en claro cuáles son los planes y programas de salud que se ejecutan en un ámbito local como es el Partido de Luján.

Cuadro 1. TRANSFERENCIAS TOTALES, DE ORIGEN NACIONAL Y PROVINCIAL, AL MUNICIPIO DE LUJÁN desde el año 2003 al 2010, en pesos corrientes.

Año	Coparticipación Bruta	Descentralización	Juegos de Azar	F.F.P.S.	Tratamiento y Disp. Final de Residuos	Fondo Fort. Rec. Municip.	Fondo de Inclusión Social	Fondo Provincial Solidario	Total
2010: Enero-Marzo PRIMER TRIMESTRE DE 2010	11.232.210	325.699	410.775	323.186	149.538	707.485	327.691	519.700	13.996.284 (*)
2009	39.747.480	1.768.647	1.553.222	761.418	428.361	2.233.202	1.045.971	1.535.408	49.073.708
2008	35.003.547	1.785.982	1.413.320	616.578	341.793	807.930	512.200	NO	40.481.351
2007	26.972.503	1.651.030	1.150.938	561.710	310.112	NO	NO	NO	30.646.293
2006	21.837.674	1.477.198	884.104	580.644	306.512	NO	NO	NO	25.086.132
2005	18.781.620	1.288.933	761.114	520.957	NO	NO	NO	NO	21.352.624
2004	14.928.202	831.213	772.136	410.783	NO	NO	NO	NO	16.942.335
2003	10.784.710	878.140	626.056	NO	NO	NO	NO	NO	12.288.906

(*) Se proyecta, hasta fines de diciembre de 2010, una suma de transferencias que supere los 50.000.000.

Las transferencias corresponden a las destinadas a Programas Sociales (80% del Fondo de Fortalecimiento de Programas Sociales y Saneamiento Ambiental)

Las transferencias para el Tratamiento y Disposición Final de Residuos se integran con el 20% del Fondo de Fortalecimiento de Programas Sociales y Saneamiento Ambiental y el 5% de la recaudación del impuesto sobre los Ingresos Brutos Descentralizados

Fuente: Dirección Provincial de Coordinación Federal y Municipal. Ministerio de Economía. Provincia de Buenos Aires

III. Caracterización del Partido de Luján: la gestión municipal en el área de salud en el contexto nacional de políticas sociales

Para comenzar, se debe señalar que este Partido bonaerense, según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud de la Nación (DEIS) en 2008, posee una población de 104.298 habitantes, predominantemente urbana, que incluye diferentes localidades: el casco urbano de Luján con sus barrios, las localidades de Carlos Keen, Olivera, Open Door, Torres, Jáuregui y Pueblo Nuevo. Localidades muy heterogéneas geográfica y poblacionalmente, puesto que los habitantes del partido residen en zonas rurales y urbanas, son trabajadores de campo, clase asalariada urbana y asentamientos con sectores vulnerables en malas condiciones de trabajo, salario y vivienda.

La población de Luján ha crecido en los últimos 30 años, tal como puede observarse en el censo de 1991 donde había 80.645 habitantes, en el censo de 2001 donde había 88.538 y en la actualidad donde hay más de 104.000 habitantes según la DEIS. En las proyecciones de población realizadas por la Dirección Provincial de Estadísticas de Buenos Aires se proyecta que para julio de 2010 la población llegará a más de 106.000 habitantes (se proyectan 1.800 nacidos vivos por año), donde la cantidad de mujeres es mayor a la de varones (54.000 mujeres y 52.000 varones), aunque esta diferencia poco significativa aumenta a los 65 años.

En 2008 se registraron 1.822 nacidos vivos, las defunciones fueron de 920 habitantes: las defunciones de menores de 1 año fueron 12, entre el año y los 14 años fueron 7, entre los 15 y 65 años fueron 252, y los de 65 o más fueron 648 habitantes, y no se registraron muertes maternas. La tasa de natalidad fue de 17.5, la de mortalidad general de 8.8 por cada mil habitantes y la de mortalidad infantil fue de 6.6 por cada mil nacidos vivos; mientras que en 2007 fue de 18.9 y 7.5 por cada mil habitantes -respectivamente- y la de mortalidad infantil fue de 10.1 por cada mil nacidos vivos. Según el INDEC, estos datos son inferiores a los generales de la Provincia de Buenos Aires que presenta una tasa de mortalidad general de 8.1 por cada mil habitantes y de mortalidad infantil de 13.6 por cada mil nacidos vivos.

Asimismo, es interesante conocer algunos de los datos obtenidos a partir de la Encuesta de Hogares y Empleo de la Dirección Provincial de Estadísticas de Buenos Aires, realizada a fines de 2006, de la cual se puede resumir como principal que:

- Existe una tasa de desocupación del 9.9%, aunque el 73% consigue un nuevo trabajo antes del año. El 71.8% tiene un trabajo asalariado y el 74% de los Jefes de Hogar posee una ocupación permanente, mientras que el 2.4% está desocupado y el 23.6% es Inactivo. Sólo el 1.3% de la población concurre a comedores, a pesar de que más del 17% viven en condiciones de hacinamiento.

- Sobre el nivel educativo, a fines de 2006, el 94.3% de la población asistió o asiste al sistema escolar, aunque de la Población Económicamente Activa el 11.9% tiene la primaria incompleta, el 22.2% la primaria completa, 21.1% la secundaria incompleta, el 17,1% la secundaria completa y solamente el 10.1% completa el nivel superior y/ o universitario.

- Sobre el sistema y la oferta de salud se debe afirmar que, por un lado, el 100% de la población está protegida mediante el subsistema estatal-gratuito y que, por otro, es “teórico y no real” el grado de cobertura que señalan las cifras estadísticas de cuántos son los habitantes que acceden a los otros subsistemas. Se sobrevalúa groseramente la participación de las Obras Sociales (OOSS) en el cuidado de la salud porque no se considera que las emergencias, la cronicidad, la investigación epidemiológica, la docencia, etc. son responsabilidad del subsistema estatal que incluye -muchas veces- la provisión de servicios de salud a beneficiarios de OOSS y de privados-prepagas que, por razones de apremio, distancia, no pago de coseguro o ticket moderador, etc. cubre gran parte de sus demandas en la oferta estatal; esto significa que -en realidad- más del 95% de la población se atiende en él. Es preferible la atención concreta de la salud pública que la burocracia de las Obras Sociales y/o Privados (prepagas y particulares). Sin embargo, obligatoriamente, se presentan las estadísticas oficiales del porcentaje de población para cada subsistema de salud:

- el 7% de la población de Luján participa en el subsistema privado,
- el 60% posee Obra Social / Mutual, y
- el 33% restante depende exclusivamente del subsistema público. Sin embargo, en palabras de la Ex. Secretaria de Salud, Medio Ambiente y Políticas Sociales, Dra. Ana Ferrarotti, son más del 45% de la población (50.000 habitantes) del partido quienes terminan atendiéndose en el Hospital, en los Centros Integrales Comunitarios de Salud (CICS), en los Centros de Atención Primaria (CAPS) y/o accede-participa en el área de Medicina Preventiva.

La organización en materia de salud pública se realiza a través de la Secretaria de Salud, Medio Ambiente y Políticas Sociales que depende de la Dirección Política del Partido, actualmente de la Intendente, la Dra. Graciela Rosso. En esta secretaría cae el peso de todas las zonas, poblaciones y secciones de trabajo que dependen de la misma, donde es primordial el área de “Medicina Preventiva y de Atención Primaria de Salud”, así como el espacio que organiza la calidad de atención del hospital. Esto demuestra que, después del proceso de descentralización, la responsabilidad se centra en las figuras locales, “Los dirigentes locales deben tener un mínimo de educación básica y de madurez política. De lo contrario, las decisiones locales pueden resultar costosas y perjudiciales” (Ugalde y Homedes 2007:45).

La Secretaría de Salud, Medio Ambiente y Políticas Sociales sumada a la Subsecretaría de Desarrollo Humano, incluyen diferentes direcciones y áreas de trabajo: Acción Social (atención directa, capacitación y empleo, tercera edad, deportes), Educación y Cultura (museos, teatro), Medio Ambiente (bromatología), Mujer, y Salud (Hospital y Atención Primaria de Salud). En este punto se encuentra uno de los problemas que dejó la descentralización, la cual no fue realizada de manera articulada y hasta en la actualidad se observan sus efectos, puesto que una sola secretaría posee actividades totalmente diversas, con un único presupuesto, con los mismos recursos humanos (aunque hay responsables para cada sector) para las mismas tareas. Si bien es cierto que se puede pensar la integración de las diferentes áreas de trabajo, es muy difícil concebir “la articulación” sobre cómo esto podría funcionar correctamente para el beneficio de los habitantes. Al momento de entrevistar a la Ex Secretaria y a los responsables en el Policlínico se reafirma la búsqueda de complementar las diferentes áreas, por ejemplo: la intención a través de los CAPS de poder llegar a las escuelas con diferentes actividades de prevención y a sus familias. “Buscar la integración de sectores a través de actividades que surjan de las propias necesidades de la gente” (Entrevista a Ana Ferrarotti: 2009), por ello, a partir de los casos de violencia de género encontrados en los barrios, se creó la Dirección de la Mujer.

Esto es consecuencia de que, al momento de haberse realizado la descentralización, propuesta por los organismos internacionales (FMI, BM y OMC), no se habría tomado en cuenta las heterogeneidades de cada país, provincia y municipio. “La decisión de descentralizar un sistema sanitario es una decisión política que debe estar basada en el contexto histórico, cultural y político de cada país, y que no se puede imponer desde fuera por razones muy cuestionables” (Ugalde y Homedes, 2007:45). No sólo implica el traspaso de dinero para políticas sociales -como hemos observado en el cuadro de las transferencias monetarias que exhibimos en el apartado anterior- sino también *el traspaso de responsabilidad que antes eran de la Nación y que ahora solamente quedan en manos de Intendentes y Secretarías*. “La transferencia de la carga a los municipios, a través de los procesos de descentralización, no sólo amplió las funciones efectivamente ejercidas por ellos, sino también les exigió organizar estrategias de legitimación local frente a la crisis muy centradas en las figuras de los Intendentes, que atenuaran el deterioro resultante de gestionar localmente las consecuencias sociales de las decisiones marco económicas tomadas en niveles supra-locales” (Di Virgilio, 2005:126). Las decisiones y responsabilidades que ellas ocasionan son de los dirigentes locales, quienes deben -con los recursos disponibles- actuar sobre las necesidades que poseen los sujetos.

La población se encuentra distribuida en lugares diversos del Partido, lo cual hace difícil el trabajo en materia de salud, puesto que sólo se cuenta con el Hospital Público Municipal “Nuestra Señora de Luján” y con un Policlínico Municipal llamado “Eva Perón”, el cual concentra todas las actividades de Medicina Preventiva y de los Centros Integrales Comunitarios de Salud (CICS), como “cabeceras” de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS). El motor de acción para las diferentes actividades de las localidades del Partido son los 20 CAPS en funcionamiento, donde se aplican las políticas sociales de salud (planes, campañas, controles, etc. y articulación con otros programas educativos, de vivienda, salario, etc.) que se disponen desde el gobierno central para ser implementados localmente. Por la importancia que poseen los CICS y CAPS se presenta en el Cuadro N° 2, el listado de todos los Centros de Atención de Salud existentes en el Partido de Luján.

Cuadro 2. Listado de los Centros de Atención de Salud del Partido de Luján

Hospital del PARTIDO DE LUJÁN			
Nombre		Dirección	Localidad
HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LUJÁN"		San Martín 1750	Luján
Colonia de atención del PARTIDO DE LUJÁN			
Nombre		Dirección	Localidad
COLONIA NAC. DR. MANUEL A. MONTES DE OCA		Padre Criado Alonso S/N	Open Door
Policlínico de Atención Primaria de Salud del PARTIDO DE LUJÁN			
Nombre		Dirección	Localidad
POLICLINICO: "EVA PERÓN"		Las Heras 475	Luján
Centros Integrales Comunitarios de Salud y Centros de Atención Primaria de Salud del PARTIDO DE LUJÁN			
N°	Nombre	Dirección	Localidad
1	AMEGHINO (CIC)	José Ingenieros y Ameghino	Luján
2	CARLOS KEEN	San Carlos S/N	Luján
3	EL MILAGRO	Manuel Galvez y San Antonio	Luján
4	JUAN XXIII	Nicolás Repetto 1451	Luján
5	LA LOMA	Los Helechos 198	Luján
6	LA PALOMITA	Carmen Gutiérrez 1318	Luján
7	LANUSSE	Dr. Luppi 1546	Luján
8	LORETO	Tomas Espora 832	Jaúregui
9	LOS LAURELES	Las Estrellas y Venus	Luján
10	OLIVERA	Juan XXIII y Martín Gil	Olivera
11	OPEN DOOR	Santa Fé S/N	Open Door
12	PADRE VARELA	Maestro Argentino y Rivadavia	Luján
13	PARQUE LASA	Mayorano y Rosa Martínez	Luján

14	SAN BERNARDO	Guido Spano y Joaquin González	Luján
15	SAN CAYETANO (CIC)	Adolfo Alsina y Cornelio Saavedra	Luján
16	SAN FRANCISCO (CIC)	Uruguay 1259	Luján
17	SAN PEDRO	Las Margaritas y Las Calas	Luján
18	SANTA ELENA (CIC)	San Lorenzo 484	Luján
19	SANTA MARÍA	Tropero Moreira y Las Catalpas	Pueblo Nuevo
20	SANTO CRISTO	Gral. Mosconi y Avda. Muñiz	Cortinez

Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la página de Internet del Partido de Luján y la información brindada por la Dirección de Medicina Preventiva y Atención Primaria de Salud

Se puede observar que la mayoría de los CAPS se encuentran en la ciudad de Luján, aunque también se busca que estén distribuidos en las localidades aledañas constituyentes del Partido. La enfermera de turno del Policlínico comentó que en la gestión Kirchner se recibieron fondos del Ministerio de Salud para la construcción de nuevos CAPS en zonas con población en situación de más vulnerabilidad, como el barrio “Los Gallitos”. Para cumplimentar la descripción, cabe aclarar que de todos los CAPS, algunos son Centros Integrales de Comunitarios de Salud (CICS): Ameghino, Santa Elena, San Cayetano, San Francisco; éstos últimos disponen de más servicios y profesionales de atención para los pacientes, donde se trabaja sobre áreas programáticas y hay especialistas constantemente, por ejemplo: pediatras, clínicos, ginecólogos, fonoaudiólogos, trabajadores sociales, odontólogos, etc. Estos CICS están rodeados de CAPS más pequeños que tienen principalmente, como señala Mari, Coordinadora General de Enfermería del Policlínico de Luján: “La función de la sala es captar a la gente, nosotros que estamos en la medicina preventiva, con la prevención. Tratando que no tengan que llegar con una enfermedad a la sala. Nuestra función es esa... en el hospital se tratan enfermos y nosotros tratamos de prevenir que no haya enfermedades. Se hacen talleres en las salas, en jardines y colegios que trabajen con las salas (...) Las enfermeras salen en determinados días y horarios a caminar, piden las libretas sanitarias para ver si están al día, si hay chicos que falten vacunas, se los cita para que y si no pasan, salen a recorrer los trabajadores sociales los barrios y casas para irlos a buscar” (Entrevista a Mari, Coordinadora de Enfermería: 2009).

Por otro lado, también se encuentra la “Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca”, en la localidad de Open Door que presenta programas específicos de reinserción y regreso al hogar, programas de recuperación de la identidad, rehabilitación integral, centros de días y demás actividades para pacientes con problemas psiquiátricos y neurológicos.

El trabajo de los municipios, por ser ámbitos “micro sociales”, se basa claramente en principios de cercanía y calidad de servicios con las necesidades de los vecinos, inmediatez, modernización administrativa, gestión, presupuesto controlado, etc. la realidad nos demuestra que el traspaso ha sido en la mayoría de los municipios de manera abrupta y la falta de recursos económicos y humanos se ha sostenido en el tiempo hasta la actualidad.

Sin embargo, ya hemos visto que los “fondos solidarios nacionales y provinciales” han servido para aumentar las transferencias monetarias efectuadas a través de políticas compensatorias. Estos fondos son utilizados principalmente para las políticas públicas planificadas desde los “ámbitos macro sociales nacionales y/o provinciales”, a partir de financiamientos –en general- de organismos multilaterales-internacionales, y que se deben ejecutar en estos “ámbitos micro sociales, locales-municipales” o en actividades organizadas por las ONGS, lo cual genera contradicción y tensión. Como afirman Chiara y Di Virgilio: “La gestión de los programas sociales se inscribe en esta tensión entre las limitadas competencias de los municipios y la estrategia de acumulación política para fortalecerse en la relación con los gobiernos provincial y nacional” (Di Virgilio, 2005:136); los programas que se implementan significan grandes exigencias para los ámbitos locales porque se evalúan las “capacidades de gestión de los municipios”.

En el caso de las políticas de salud que se ejecutan en el Partido de Luján, podemos enumerar una serie de 20 programas-planes-campañas que se están desarrollando, según los datos obtenidos en el área de “Medicina Preventiva y Atención Primaria de la salud” y por las páginas Web de Internet del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En el cuadro N°3 que presentamos a continuación resumimos el listado de Programas en desarrollo, su nombre, su dependencia/origen (Nacional y/o Provincial), la población a quien se dirige y el principal objetivo que posee.

Cuadro 3. Listado de programas/planes/campañas de salud en desarrollo desde la Dirección de Medicina Preventiva y Atención Primaria en el Partido de Luján. 2009.

N°	Nombre del Programa	Dependencia (Origen)	Población destinataria	Objetivos principales
1	Programa Ampliado de Inmunizaciones O PCEI: Programa de control de enfermedades inmunoprevenibles	Nacional Provincial	Embarazadas Niños Adultos	Disminuir la morbimortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles. Campañas de vacunas según el Calendario Nacional de Vacunación.
2	Programa de Control y Tratamiento de la Tuberculosis (TBC)	Nacional	Población con TBC	Supervisar el tratamiento de pacientes con TBC

3	Programa Materno Infantil	Nacional Provincial	Embarazadas Recién Nacidos	Mejorar la calidad de la atención a la salud de la mujer y la niñez. Lograr la cobertura de control de crecimiento y desarrollo en los menores de seis años. Fomentar la Lactancia Materna. Asegurar la accesibilidad a la “píldora” como método anticonceptivo a la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).
4	Control y Tratamiento de la Rabia	Provincial	Personas que sufrieron mordeduras de animales	Eliminar y prevenir la rabia en humanos
5	Control y vigilancia del vector Aedes aegypti, transmisor del dengue	Provincial	Población que se atiende en CAPS y/o hospital	Controlar la densidad de población del mosquito Aedes. Educar sobre el vector y la enfermedad, a través de campañas.
6	Control y vigilancia del Triatoma infestans (Vinchuca) y enfermedad chagas-massa	Provincial	Población que se atiende en CAPS y/o hospital	Controlar la densidad de población de la vinchuca. Educar sobre el vector y la enfermedad
7	Control, prevención y Asistencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) / SIDA O Programa de lucha contra los retrovirus del humano: VIH-SIDA y ETS	Provincial	Población que se atiende en CAPS y/o hospital	Cubrir el tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) diagnosticadas. Buscar y detectar casos de ETS. Educar sobre dichas enfermedades.
8	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	Nacional (no con la estructura inicial pero se reciben materiales)	Población que se atiende en CAPS y/o hospital	Promover la “consejería” en salud sexual y reproductiva que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en esta materia
9	Prevención y tratamiento de IRAB (Infecciones Respiratorias Agudas Bajas)	Provincial (no se encuentran sus especificidades por articularse con el PROBAS)	Niños menores de 2 años.	Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por IRAB.
10	PROBAS: Programa de Prevención del Asma Infantil	Provincial	Bebés. Niños hasta los 18 años	Asistir a pacientes pediátricos diagnosticados con Asma.
11	Proyecto de Prevención y Tratamiento de la Anemia	Provincial (se reciben materiales)	Embarazadas Niños	Detectar y tratar a los pacientes que tienen esta enfermedad, mejorando el estado nutricional de este grupo poblacional

12	PRODIABA: Programa de Prevención de Diabetes	Provincial	Población que padece la enfermedad. No posea cobertura de obra social o privado.	Prevenir, diagnosticar y tratar a pacientes diabéticos.
13	Promotores de Salud	Provincial	Población que se atiende en CAPS y/o hospital	Fortalecer la participación y el afianzamiento de las redes sociales, habilidades y capacidades de la comunidad para mejorar la calidad de vida cotidiana de sus habitantes
14	REMEDIAR	Nacional	Población que se atiende en CAPS y/o hospital	Fortalecer el modelo de APS y políticas saludables con gestión participativa y de asegurar el acceso a los medicamentos esenciales a la población más vulnerable.
15	Plan Nacer	Nacional	Embarazadas Niños de hasta 6 años	Control prenatal y durante el parto. Atención neonatal. Seguimiento hasta los 6 años.
16	SIPROSS: Seguro Familiar de Salud Se vincula con el Seguro de Maternidad e Infancia Provincial	Nacional - Provincial (relacionado con Programa de Garantía de Calidad de Atención a la salud y Médicos Comunitarios)	El núcleo familiar (niños del plan nacer más sus padres, hermanos hasta 18 años y abuelas mayores de 65 años), a partir de cumplimentar los dos programas	Garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación e intervenciones preventivas asistenciales en materia sanitaria. Mediante la incorporación de profesionales de la salud y asociándose con métodos del sector privado y municipal.
17	PROEPI: Programa de prevención de la epilepsia	Provincial (No fue nombrada su utilización en el Partido de Luján)	Pacientes con epilepsia	Tratar a personas con dicha enfermedad y que no poseen otra cobertura
18	PROGEMA: Programa de prevención de cáncer génito-mamario (PROGEMA)	Provincial (No fue nombrada su utilización en el Partido de Luján)	Mujeres	Prevención de cáncer genito-mamario en mujeres
19	Programa de Salud Familiar	Nacional (relacionado con los programas ya mencionados en SIPROSS)	Núcleos Familiares pertenecientes al Partido	Fortalecer la estrategia de APS como política prioritaria. Modelo de atención Proactivo, centrado en las acciones de Promoción y Prevención de la salud
20	Programa para el desarrollo del Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud	Nacional	Toda la población del Partido	Es el Proyecto donde se enmarca el Plan Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), que tiene como objetivo principal

	(FEAPS)			consolidar un modelo basado en la atención primaria de la salud (APS). Es producto de una donación de la Unión Europea, y llega a su concreción mediante la suscripción del Convenio de Financiación Número ALA/2005/17-606, firmado entre la Unión Europea y la Argentina en Diciembre de 2005.
--	---------	--	--	--

Nota: El listado fue organizado de manera aleatoria, tal como fue presentado por la Dirección Medicina Preventiva y APS de Luján. No se postuló prioridad a los Planes, Programas, Campañas, etc. para formular este listado. Elaboración propia a partir de la información brindada por la Dirección de Medicina Preventiva y APS de Luján y de las páginas de Internet del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/programas.html> Y del Ministerio de Salud de la Nación: http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_nac.asp

El interrogante sobre qué acciones concretas se visualiza el aumento de transferencias de fondos a los ámbitos locales, queda resultado al momento de observar este resumen con el listado de las políticas de salud que se están ejecutando en el Partido de Luján².

De este registro de políticas de salud vale la pena aclarar algunos puntos específicos:

- Este cuadro fue armado desde lo que los informantes claves afirman como políticas en ejecución. La limitación es que algunos programas que, desde los Ministerios de Salud de Nación y Provincia de Buenos Aires, se afirman “en proceso de implementación”, en la práctica no son considerados como tal, este es el caso del Programa de prevención de la Epilepsia (PROEPI) y el Programa de Prevención de Cáncer Génito-Mamario (PROGEMA).

- Por un lado, los informantes claves enfatizan que el Programa de Salud Familiar, el Seguro Familiar a la Salud y el Programa para el desarrollo del Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS) porque intentan garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación e intervenciones preventivo asistenciales en materia sanitaria, mediante la incorporación de profesionales de la salud y fortaleciendo la estrategia de APS como política prioritaria, con un modelo de atención proactivo, centrado en las acciones de Promoción y Prevención de la salud. En el caso del FEAPS se encuadra en el Plan Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y tiene financiación Europea desde mediados de la gestión Kirchnerista. Cabe aclarar que pareciese

² Cabe mencionar que las transferencias de recursos monetarios van dirigidas a todas las políticas públicas que se implementan en el Partido de Luján, sólo para las finalidades prácticas de este estudio se enumeran solamente las políticas de salud.

que estos programas no se ven en acciones concretas de la atención cotidiana que reflejan los informantes pero son de extrema utilidad por el aumento de fondos y porque ponen en eje de debate la APS y la medicina preventiva.

- Por otro lado, prevalecen programas que son históricamente tradicionales en materia de salud, que se han ido actualizando según las características y evoluciones de las enfermedades, pero que no pierden vigencia para la realidad vivida en el Partido. Enfermedades como la Tuberculosis, Infecciones Respiratorias Crónicas, Asma, Anemia, Chagas-Massa, Diabetes, etc., donde cada una lleva un programa de prevención y atención específica que busca focalizar a la población que posee -o es posible que posea- dicha enfermedad. En este caso, hay programas que reciben más fuertes críticas por la falta de recursos, por ejemplo: el Programa de Prevención de Diabetes (PRODIABA) de la Provincia de Buenos Aires, que antes recibía insumos de medicamentos y que a partir de la existencia del Programa Remediar dejaron de recibir las cantidades establecidas como necesarias.

- Asimismo, existen programas de control que se implementan principalmente como campañas en determinados momentos del año o cuando se ve la necesidad específica o porque se envían insumos básicos desde los ministerios; por ejemplo: las campañas de vacunación, de control de la Rabia, de control y vigilancia del vector Aedes aegypti, transmisor del dengue, de publicidad de los beneficios de la lactancia materna, de lucha contra el tabaco, etc. Los informantes claves remarcan la importancia de las campañas y los materiales que se pueden trabajar en Medicina Preventiva, articulados con las escuelas, sobre las enfermedades de transmisión sexual, procreación responsable, etc.; actividades difíciles de llevar a cabo en los ámbitos locales pero de extrema importancia y necesidad para los jóvenes-adultos.

- Por último y para concluir con este apartado, existen programas que desde la gestión de los Kirchner han recibido más publicidad y que -según los informantes claves del Partido- motorizan actualmente la Atención Primaria de Salud. Entre ellos se debe nombrar a tres que son centrales y prioritarios:

a) *el Plan Materno-Infantil* que busca la cobertura del nacimiento y el desarrollo de los menores de 6 años, así como mejorar los controles de la mujer, su ciclo reproductivo y sus embarazos. Este plan es de carácter universal, en el sentido que toda persona que se acerque a un CAPS u Hospital puede recibir sus beneficios.

b) *el Plan Nacer*, inscripto en el Plan Materno Infantil, para población que no posee Obra Social ni prepaga, y que se haya inscripto en el CAPS u Hospital más cercano en las diferentes provincias de la Argentina, siendo prioritario el accionar en Tucumán, Chaco y Santiago del Estero. Este plan permite el control –efectividad de atención- prenatal, durante el parto y a los niños de hasta 6 años en situación de vulnerabilidad y en la actualidad posee más de 445.000 beneficiarios.

c) *el Programa Remediar* que busca la provisión gratuita de medicamentos a la población que se atiende en los CAPS y/o Hospitales públicos, lo cual supone el aumento del acceso y la participación de los sectores vulnerables a la atención y prevención de la salud. Sobre este programa, los informantes afirman que presenta varias falencias en los medicamentos enviados en los botiquines y en las cantidades reales que llegan a los CAPS locales, entre otras críticas burocráticas sobre cómo se implementa realmente esta política. Cabe aclarar que este programa es uno de los ejes de la Política Nacional de Medicamentos que se ha intentado llevar a cabo en la Argentina desde hace 6 años. Sin embargo, prácticamente no considera la fabricación de medicamentos por el Estado, tema que empezó a enfatizar la Ministra Graciela Ocaña y que fue abandonado por el actual Ministro de Salud Juan Manzur. (Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología, 2009)³

IV. Breves conclusiones para debatir y continuar con un futuro análisis particular de planificación e implementación

La investigación que comenzamos a hacer en la Universidad Nacional de Luján tuvo – en origen- la intención de explorar cómo se ejecutan las políticas de salud, considerando la relación entre lo que se proyecta políticamente en el contexto “macro social” (Nacional y Provincial) y lo que se termina llevando a cabo a nivel “micro social” (ámbitos locales: Partidos y Municipios). En la actualidad, el estudio se está enfatizando en la planificación e implementación de la Política Nacional de Medicamentos.

A medida que se fue desarrollando la sistematización del material bibliográfico sobre el estado del arte y el trabajo de campo en el Partido de Luján, se fue observando que el proceso de construcción de las políticas no es unidireccional sino que es un camino histórico de construcción colectiva que se produce entre los diferentes ámbitos institucionales “Nacional, Provincial y Local” pero que su articulación termina afectando las prácticas cotidianas de los sujetos.

³ Estos tres programas sólo fueron enumerados, por su complejidad, debería desarrollarse un análisis profundo de cada uno de ellos que correspondería realizar en un trabajo próximo.

Dos evidentes conclusiones podemos hacer desde lo explorado en el trabajo de campo realizado en el Partido de Luján, a partir de los hechos descriptos sobre la población en la geografía de esta localidad, la organización de la Secretaría y el área de Medicina Preventiva y APS, y la situación de la transferencia de fondos desde el gobierno nacional y el provincial, entre otros de los puntos desarrollados:

1- Más allá de los servicios brindados por los Privados y las Obras Sociales, el eje central en la temática de salud se encuentra en las responsabilidades asumidas en el Hospital y en los CICS y CAPS, donde se implementan efectivamente todos planes, programas y campañas de salud descriptos en el apartado anterior.

2- Es necesario que se desarrollen cada vez más políticas universales desde el gobierno Nacional como la “Asignación Universal por Hijo”, puesto que se mejora el acceso de la población a alimentación, transporte, vivienda, trabajo, etc., optimizando así la salud colectiva. Como señala Escudero: “Es irónico que una significativa y costosa (casi el 1% del Producto Bruto Interno) medida de justicia social que mejorará nuestra salud infantil, preescolar y escolar es la Asignación Universal por Hijo, no se originó ni se administra en el Ministerio de Salud Nacional” (Escudero, 2009b:1), aunque evidentemente es una política que ayuda a mejorar la salud colectiva.

Para finalizar, queremos certificar que acordamos con lo postulado por el Dr. Barri sobre que: desde el Estado Nacional, Provincial y Municipal se deben potenciar los **Remedios Estructurales** que son los que mejorarán la salud de la población para evitar todo tipo de enfermedades, ya que son “(...) las condiciones y los modos de vida y trabajo de las poblaciones, donde están la mayoría de las causas de las enfermedades: la alimentación, el abrigo, la vivienda, el trabajo, la educación, etc.” (Barri, 2007:3). Es el Estado argentino quien debe establecer en la agenda pública, políticas que prioricen la prevención de los problemas sociales de la población y los consideren de manera integral, y garantizar universalmente “(...) el acceso a una vivienda digna y saludable; a una alimentación que satisfaga las necesidades nutricionales; a agua potable y a sistemas adecuados de eliminación de excretas y residuos industriales; y debe también: velar para que las actividades industriales no pongan en peligro la salud de la población a través de la contaminación medioambiental; exigir condiciones laborales que no pongan en peligro la salud del trabajador; y en general, facilitar la adopción de comportamientos saludables por parte de la población” (Ugalde y Homedes, 2007:34)... sólo así se obtendrá una buena salud colectiva.

VII. Bibliografía utilizada a lo largo de la investigación

- ✓ Agis, E.; Cañete, C. y Panigo, D. (2010): “El impacto de la Asignación Universal por Hijo en la Argentina”. Buenos Aires: Ceil Piette. Disponible en: URL: http://www.ceil-piette.gov.ar/docpub/documentos/AUH_en_Argentina.pdf
- ✓ Alonso, G. (2007): “Presentación” y Capítulo 1 “Elementos para el análisis de capacidades estatales”. En Alonso, G. –Comp.- (2007): *Capacidades Estatales, Instituciones y Política Social*. Buenos Aires: Prometeo Editorial.
- ✓ Andina, L. y Doval, K. (2008): *Atención primaria de la salud. ¿Meta o Mito?*. Buenos Aires: Ediciones CCC.
- ✓ Barri, H. (2007): “Prevención de los problemas mayoritarios de la población y uso racional de medicamentos”. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- ✓ Belmartino, S. (2005): *La Atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- ✓ Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2005): *Gestión Social y Municipios. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires*. Universidad Nacional de General Sarmiento. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- ✓ Escudero, J. C. (2009a): “Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia en la salud”, Página de INTERNET del grupo ALAMES. Buenos Aires: ALAMES.
- ✓ Escudero, J. C. (2009b): “Los nueve principales problemas de salud en el 2009”. Buenos Aires: Diario Perfil.
- ✓ Escudero, J. C. (2008): “Proceso de integración del Sistema de Salud”. Jornadas de Plan Fénix. Buenos Aires: UBA.
- ✓ Escudero, J. C. (2007) “Ante una segunda independencia latinoamericana. Posibilidades y dificultades en salud y nutrición”. En Biagini, H. y Roig, A.: *América Latina hacia su segunda independencia*. Buenos Aires: Programa Puertas del Bicentenario.
- ✓ Escudero, J. C. (2001): “Reflexiones sobre la salud y la educación”. En la Revista Aportes para el Estado y la administración gubernamental. Año 7, Nº 7. Buenos Aires.
- ✓ GGPECyT –Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología- (2009): “El efecto murciélago”, “Cara y Cruz”, “Medicamentos. La multisectorial”, “Entrevista con el Dr. Manzur”, “Importancia de la decisión del Ministro Manzur”. Buenos Aires.
- ✓ Horowicz, H. (2005): *Los cuatro peronismo*. Buenos Aires: Edhasa.
- ✓ Maceira, D. (2002): “Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino”. En: *Serie Seminarios Salud y Política Pública*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación Argentina: <http://www.msal.gov.ar/hm/>
 - Ministerio de Salud de la Nación (2002): “Política para la utilización de medicamentos por su nombre genérico. Una herramienta para el acceso a la salud”. Buenos Aires.
 - Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de estadísticas e información de salud y Universidad de Buenos Aires, CEDOP (2006): “Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Argentina – Año 2005”.
- ✓ Rovere, Mario (2006): *Redes en salud: los Grupos, las Instituciones de la Comunidad*. 2º edición. Córdoba: El Agora. Asociación Civil.
- ✓ Tamayo Sáez, M. (1999): “El análisis de las políticas públicas”. En: Bañón, R. y Carrillo E. (comp.): *La nueva Administración Pública*. Madrid: Alianza Editorial.
- ✓ Ugalde, A. y Homedes, N. (2007): “América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales”. En Revista Salud Colectiva. Buenos Aires.