

¿Qué significa Neoliberalismo en salud?

O que o Neoliberalismo significa em saúde?

Cecilia Molina | ORCID: orcid.org/0000-0001-5569-786X

cmolina@isg.org.ar

Universidad Nacional de Cuyo

Argentina

Federico Tobar | ORCID: orcid.org/0000-0002-0660-4935

ftobar@unfpa.org

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Panamá

Recibido: 14/06/2018

Aceptado: 20/08/2018

Resumen

Para responder a la pregunta del título, este ensayo propone que el neoliberalismo en salud constituye un discurso de origen económico político que al ingresar en el ámbito sanitario se organiza sobre tres premisas principales: 1) primacía de la concepción biomédica, 2) la influencia del enfoque denominado **Nueva Gestión Pública** y 3) una concepción tecnocrática del sistema de salud. Se postula también que el principal efecto de la vigencia del neoliberalismo en salud es una progresiva despolitización del ámbito sanitario con la consecuente pérdida de presencia de la salud en la agenda de políticas. Por lo tanto, se concluye postulando que el antídoto para revertirlo surgirá de reformular a la salud como una construcción política.

Palabras clave: Políticas de Salud, Neoliberalismo, América Latina.

Resumo

Para dar resposta à pergunta do título neste ensaio são ressaltadas três características: 1) predominância da concepção biomédica, 2) influência da abordagem que tem-se conhecido sob o nome de **Nova Gestão Pública** e 3) uma concepção tecnocrática do sistema de saúde. Na conclusão é postulado que o sucesso do discurso neoliberal poderá ser revertido reformulando a saúde como um direito social, más, fundamentalmente, como resultado de uma questão política.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Neoliberalismo, América Latina.

Introducción

En la literatura se ha distinguido al proyecto político neoliberal por su esfuerzo en modificar el papel del Estado como proveedor de políticas sociales, y por concebir la salud como un bien privado y trasladar a los individuos la tarea de administrar los riesgos para enfrentar sus enfermedades (López Arellano y Jarillo Soto, 2017). Contraponiéndolo a políticas públicas de inspiración keynesiana, se ha planteado que para el neoliberalismo la salud no constituye un derecho social que el Estado debe garantizar a los ciudadanos (Mejía Ortega y Álvaro Franco, 2007).

Sin embargo, en el siglo XXI surge una versión *reloaded* del neoliberalismo en salud. Luego de una generación de reformas inspiradas en ese discurso, se hizo evidente que el gasto en salud aumentó sin que los resultados de salud mejoraran en idéntica medida. Pero, fundamentalmente, se profundizaron las desigualdades en salud. En reacción, se revisó el papel del Estado proponiendo fortalecer su función de regulación del conjunto del sistema y junto a la protección de los grupos más vulnerables. Se ha argumentado que esto se hizo con una orientación más centrada en el ajuste que en la puesta en valor de los principios que orientaron los modelos del Bienestar (Almeida, 2006). Las estrategias de *aseguramiento* sustituyen a la Seguridad Social y el modelo de financiamiento recupera el protagonismo que le dio el “Invertir en salud”.

En 2014, la OPS propone la **Cobertura Universal de Salud (CUS)** como una estrategia con tres objetivos:

- ◇ ampliar cobertura y acceso a servicios de calidad,
- ◇ extender las protecciones financieras frente a los riesgos de salud y
- ◇ reducir el gasto de bolsillo en salud.

La iniciativa no altera sustantivamente el papel del Estado como propugnaba el neoliberalismo de los noventa. Sin embargo, se ha argumentado que, en tanto la mencionada estrategia apunta a institucionalizar servicios de salud diferenciados conforme la capacidad de pago de las personas, termina cristalizando desigualdades (Giovannella, Almeida; Romero; Oliveira; Silva, 2015). También se ha postulado que constituiría la contracara de los **Sistemas Universales de Salud (SUS)**, como el que viene construyendo Brasil desde la Constitución de 1988 y, en este siglo, con muchas dificultades, otros gobiernos de la región, como Bolivia y Ecuador, intentaron poner en marcha (Laurell, 2014).

La tesis central de este ensayo es que el principal resultado de las transformaciones neoliberales se traduce en la tecnocratización de la salud y en la pérdida de protagonismo de la cuestión sanitaria en la agenda de políticas públicas. Para indagar sobre ella, la reflexión se ordena en cinco momentos. En primer lugar, se revisa la concepción biomédica de la salud, concibiéndola a la vez como punto de partida y horizonte del neoliberalismo en salud. En segundo lugar, se revisan los principios de la **Nueva Gestión Pública** que orientan las transformaciones de los servicios de salud a partir de las reformas pro mercado. En tercer lugar, se muestra cómo el modelo de la **Nueva Gestión Pública** desafía formas históricas de trabajo de los profesionales de la salud, en especial a los médicos, sin que eso signifique embestir el paradigma biomédico dominante. En cuarto lugar, se problematizan los modos a través de los cuales la concepción tecnocrática permea el pensamiento sanitario. Por último, se propone que para repolitizar la salud y construirla como un derecho, es indispensable poner en cuestión la lente que asimila salud a atención médica y los papeles que les caben a los ciudadanos y a diferentes áreas del Estado en este proceso.

Modelo biomédico

La definición negativa de salud (como *ausencia de enfermedad*), la consecuente clasificación de la población entre *enfermos y sanos* o entre *normales y patológicos* y la restricción de las intervenciones a dimensiones clínicas y fisiológicas dieron impulso y fundamento a modelos asistenciales cada vez más tecnológicos junto a una organización flexneriana de la práctica médica. En reacción, durante la década del 70 emerge, primero en los países centrales y luego en América Latina, un pensamiento crítico en el ámbito sanitario que puede ser sintetizado a través de tres cuestionamientos:

- ◇ a los efectos disciplinarios de las políticas bienestaristas, incluyendo las de salud (Foucault, 2013);
- ◇ a las consecuencias iatrogénicas de la Medicina (Illich, 1978) y
- ◇ a los límites del modelo biomédico para responder a los problemas de salud de las mayorías.

Las críticas a la Biomedicina como concepción de salud dominante -y su énfasis en las enfermedades, los individuos y las acciones curativas- y a la autoridad política de la Medicina desplegada en estrecha relación con esa concepción (Lewis, 2004; Menéndez, 1990) se imbricaron con la preocupación de los Estados y los aseguradores por el incremento de los costos crecientes de la tecnología y la atención médica en desmedro de otras áreas de política pública (Evans y Stoddart, 1996). Los reparos se justificaron también en la insuficiencia del modelo biomédico para dar respuesta al cambio en los perfiles epidemiológicos, en especial el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos y en *la recuperación de una serie de concepciones y prácticas “curativas” que parcialmente ponen en duda no sólo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica*” (Menéndez 1994:79). Las críticas más eficaces, sin embargo, según Menéndez, no se justifican tanto en *la hegemonía de lo curativo o la irracionalidad*

tecnológica sino en el derroche, la irresponsabilidad y sobre todo la necesidad de privatizar el Estado (Menéndez, 1990:114).

Más allá de las objeciones expuestas, avanzadas las reformas neoliberales, la Biomedicina y el conjunto de creencias y valores asociados a esta concepción siguieron siendo las orientaciones centrales de las políticas de salud. Las propuestas pro mercado no sólo no impugnaron el modelo sino que resultaron funcionales a su mantenimiento (Lewis, 2004:5). Como consecuencia de esta perspectiva dominante, el abordaje de los determinantes sociales que intervienen en la salud y/o el diseño de estrategias multisectoriales, indispensables para superar las desigualdades, no encontraron cabida en la agenda política (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen y Leppo, 2006; Evans y Stoddart, 1996). Algo semejante sucedió con la concepción integral de la Atención Primaria de la Salud con enfoque territorial colectivo, con participación social y actuación intersectorial para promover la salud, de manera indisociable del desarrollo económico y social de los países (Giovanella, Almeida; Romero; Oliveira; Silva, 2015).

Asa Cristina Laurell argumenta que la **CUS** *desplaza las acciones de salud pública hacia una concepción donde el bienestar social es responsabilidad de la familia, que debe procurarlo a través del mercado*. Esta autora contrasta **CUS** versus **SUS** planteando que, en el segundo, la salud como responsabilidad del Estado se inscribe en la política social integral vinculada con la educación, el empleo, la vivienda, el saneamiento ambiental, etcétera.

Se parte de una concepción diferente de salud, y además la intersectorialidad resulta facilitada porque se puede instituir un gabinete social en el cual todos los ministerios relacionados con el derecho a la salud están juntos para resolver conjuntamente los problemas. (Laurell en González y Nin, 2018:183).

El divorcio entre la política y la administración en la Nueva Gestión Pública

La transformación del papel del Estado que impulsa el proyecto neoliberal sitúa como asunto central de la agenda política la reorientación de servicios de atención médica y reconoce entre sus orientaciones teóricas a la **Nueva Gestión Pública (NGP)**. De allí la *cruzada gerencialista* (Jiménez Martín, 2014), que pugna por incorporar herramientas del ámbito privado para modernizar los servicios de salud, en especial los hospitales públicos, y por esa vía modificar las relaciones entre aseguradores y prestadores. La **NGP** recupera la separación de funciones, promovida por la teoría económica del principal/agente, para impulsar la creación de mercados internos. Se autopresenta como un modelo estandarizado de desempeño apto para reemplazar el modelo burocrático que orientó el desarrollo de las organizaciones del Estado de Bienestar y para “liberar” a las organizaciones públicas de interferencias de la política (Díaz Canepa, 2010; López, 2005). Caracterizada como *una guía prescriptiva de implementación* (Guerrero, 2004) a partir de un discurso que contrapone *eficiencia privada con ineficiencia pública* (López, 2005), la **NGP** prioriza el criterio de eficiencia sobre el de justicia y los instrumentos por sobre los fines del gobierno (García Delgado, 2013).

El efecto de esta *huida hacia el Derecho Privado* es divorciar la política de la gestión. E incluso sustituir la primera por la segunda. Supone el riesgo de desligar la actividad de los hospitales públicos de decisiones de política sanitaria más amplias. Entre otras cosas, porque considera la política una interferencia para la gestión, y refuerza, en los servicios médicos, la tecnocratización de la salud.

Parte de estas premisas están siendo revisadas. Por ejemplo, desde el enfoque de redes, se asume que más que “competir”, los hospitales deben “cooperar”. Sin embargo, las políticas de atención médica inspiradas en la **NGP** gozaron en sus albores de mucho consenso en todo el espectro político. Los gobiernos conservadores entendían que someter los servicios de salud a la competencia del mercado sería una solución para controlar el gasto público. Al mismo tiempo, los gobiernos progresistas interpretaron la descentralización de los servicios que les confería mayor autonomía como una forma de expandir la democracia (Tobar, 2006).

Orientados por la **NGP**, buena parte de los gobiernos europeos modificaron la forma de

asignar recursos y de gestionar los hospitales sin afectar sustancialmente el financiamiento público de la asistencia ni las relaciones laborales de los médicos en el Estado¹. En contraste, en América Latina, experiencias de ampliación de autonomía de los servicios de salud desplegadas en el contexto de la *epidemia descentralizadora* (Tobar, 2006) han mostrado resultados controversiales en materia de eficiencia en la asignación de recursos, disminución de inequidades (Riutort y Cabarcas, 2006), responsabilización por los resultados de las políticas (Ugalde y Homedes, 2005, Kolehmainen-Aitken, 2004), adecuación a las expectativas locales y democratización social (Ugalde y Homedes, 2008, Homedes & Ugalde, 2005).

La consigna de separación de funciones que promueve la **NGP**, cuando fue aplicada a los hospitales, adquirió diferentes nombres según los países: hospitales de autogestión (Argentina), establecimientos de autogestión en red (Chile), empresa social del Estado (Colombia), organizaciones sociales de salud (Brasil). Bajo la misma impronta, los niveles centrales de gobierno ceden competencias a los servicios de salud para que a través de organismos colegiados tomen decisiones que antes se reservaba la autoridad política. Hacia adentro de los servicios, la **NGP** promueve la incorporación de valores y herramientas procedentes del ámbito privado, refuerza el rol de los gerentes, apunta a estandarizar procedimientos y propicia la rendición de cuentas como mecanismos para orientar las actividades hospitalarias hacia el cumplimiento de objetivos de política. Subraya la eficiencia y, para alcanzarla, se propone capturar formas de autogobierno médico. En suma: el paradigma gerencial en el que se inscriben las transformaciones hospitalarias recientes supone reacomodamientos de poder entre los niveles centrales de gobierno y los hospitales y, al interior de los centros, entre las autoridades hospitalarias y los servicios, en especial los servicios médicos (Molina, 2015).

¹Una excepción destacada es Portugal, cuyo sistema de salud presenta semejanzas con los de los países en desarrollo. Según Correia (2011), en este país, en el marco de la **NGP**, los hospitales con autonomía de gestión han reemplazado el vínculo laboral en base a la lógica de carrera profesional uniforme por contratos individuales, sobre todo en las especialidades médicas más críticas.

El impacto de la NGP sobre los profesionales

La empresarialización de los servicios de salud públicos genera crisis de sentido en el seno de las profesiones tradicionales de salud (Jiménez Martín, 2014) y tiene consecuencias importantes en las relaciones entre especialidades y en los vínculos laborales con el Estado². En un primer momento, los servicios de salud son organizados orientando la oferta a criterios de necesidades sanitarias que siempre eran interpretados por los especialistas. Ello otorgaba influencia al saber médico sanitario. Conjuntamente con el giro hacia el gerencialismo, la organización de los servicios pasa a orientarse hacia la demanda. El lugar de los sanitarios e incluso el de los jefes de servicios médicos resulta desplazado. En su versión posterior, aparece la figura del contrato de gestión. El interés por aumentar la eficiencia se traduce en la introducción de sistemas de información centralizados y de mecanismos de rendición de cuentas bajo el nombre de *contratos de gestión*. Las tensiones resultantes han llevado a que los responsables políticos busquen nuevas formas de involucramiento de los profesionales en la gestión de servicios y a las ciencias sociales a intentos por explicarlas.

Las aproximaciones inspiradas en teóricos de las profesiones como Eliot Freidson interpretan que la irrupción de nuevas tecnologías de gestión, la fijación de responsabilidades presupuestarias y otras medidas de control acotan márgenes de autogobierno profesional. Los análisis orientados por los estudios anglofoucaultianos sobre la gubernamentalidad neoliberal sostienen, en cambio, que las transformaciones en las prácticas de las profesiones de la salud y de las profesiones sociales en general deben pensarse en el contexto mayor de las transformaciones en las racionalidades y tecnologías de gobierno, que se arraigan de forma gradual y persistente en las democracias liberales avanzadas (Rose, 2012, 2007).

El paradigma gerencialista supone redistribuciones de poderes, procesos de disciplinamiento y tensiones en el gobierno de los servicios de salud que son más que *meras restricciones a la autonomía médica, tal como ha teorizado la sociología de las profesiones* (Irigoyen, 2011:288). Las auditorías, el uso de estándares y de mediciones son

² En la medida que abren la posibilidad de contratar profesionales con criterios de mercado, las especialidades monopólicas o más críticas disponen de mayor capacidad para negociar sus condiciones de trabajo en el sector público. Tal situación da lugar a una progresiva diferenciación en las remuneraciones y es fuente de tensión entre especialidades *fuertes* (los anestesiólogos, por ejemplo) y *débiles* (los clínicos).

instrumentos para modernizar la gestión, controlar los costos o mejorar la rendición de cuentas de los servicios de salud, que incorporan una nueva manera de administrar a los profesionales.

Rose (2007) postula que mientras la lógica de las decisiones sanitarias asumida en el Estado de Bienestar funcionaba como un freno del juicio experto de los profesionales de la salud a las intromisiones de los políticos, las nuevas tecnologías de gestión otorgan ese poder a contadores y gerentes. La gubernamentalidad neoliberal contempla racionalidades y técnicas que buscan *gobernar sin gobierno*, esto es: gobernar a través de la autorregulación de los sujetos (Rose, 2012:26). Como consecuencia, el paradigma de la *gestión* puede entenderse como *una nueva forma de poder que persigue la intersección entre la conducta personal y los objetivos de gobierno, fomentando la persuasión y la seducción y minimizando la coacción explícita* (Irigoyen, 2011:287).

Los juicios sobre los impactos de esta forma de gobierno en los profesionales de la salud están divididos. Por un lado, se plantea que tropiezan con el control de los profesionales en la formación y la definición de las prácticas asistenciales, que son criterios que históricamente han regido el gobierno de los servicios de salud (Irigoyen, 2011). Por el otro, se postula que hay cierta afinidad entre la gubernamentalidad neoliberal y el gobierno de las organizaciones sanitarias con base en criterios profesionales. Evetts (2010), por ejemplo, sostiene que el discurso de la competencia, de atención al cliente, innovación, autonomía y el control de calidad puede interpretarse como promoción de la profesionalidad y por lo tanto puede ser utilizado para promover la gestión de las organizaciones.

Lo cierto es que las exigencias de los seguros de salud públicos y privados desafían a los profesionales:

Los médicos perdieron el monopolio de la mirada diagnóstica y el cálculo terapéutico: el juicio clínico del médico tratante se ve limitado y restringido por la demanda de la medicina basada en datos y la exigencia de usar procedimientos de diagnóstico y prescripción estandarizados y elaborados corporativamente (Rose, 2012:38).

Más allá de las claves a las que se recurre para leer las transformaciones, hay cierto consenso en el debate académico en torno a la idea de que el neoliberalismo desafía el autogobierno de los

médicos en los niveles micro pero no pone en cuestión la autoridad política de la Medicina, porque no afecta el paradigma biomédico dominante del cual deviene esa autoridad:

Los profesionales incorporan progresivamente controles y aceptan la supervisión

clínica de sus pares y otras técnicas de vigilancia clínica que desafían su autonomía porque se ajustan a los focos individualistas y curativos [...] comparten las premisas epistemológicas y metodológicas positivistas propias del modelo biomédico (Lewis, 2004:13-14).

Causas y efectos de la despolitización de la salud

En el contexto neoliberal, las políticas de salud son presentadas como asuntos técnicos, como fórmulas estandarizadas para afrontar los desafíos del reacomodo de la intervención del Estado en lo social, las crisis de financiamiento público y los criterios que deben orientar la configuración de los servicios. Este enfoque tecnocrático pasó por alto las implicancias de las transformaciones en la mercantilización de la salud (Tobar, 2012; 2006; Correia, 2009) y oscurece la dimensión política de la actividad del Estado (Vilas, 2011; Augusto, 1989). Permite entender también por qué los cambios se presentan y en general son adoptados por gobiernos neoliberales como procesos neutrales, a dirimir entre expertos.

Una publicación del *Health Policy and Systems Research* considerada bisagra en el análisis de las políticas de salud objeta el abordaje tecnocrático de las transformaciones sectoriales impulsadas en los países de ingresos medianos y bajos a partir del ajuste estructural de la primera parte de los 90:

quienes abogaban por las reformas políticas tendían a percibir las como técnicas: los expertos internacionales negociaban sus programas de reforma con los responsables de elaborar las políticas a nivel nacional. Aunque mucha gente aceptaba cierta necesidad de reforma, no se tuvo en cuenta factores importantes, como las diferencias en culturas e instituciones políticas, la influencia de las ideologías o escuelas de pensamiento y las tradiciones históricas de los países (Walt y Gilson, 1994:5).

Esta concepción despolitizada de las reformas no se ha limitado a los países en desarrollo ni al sector salud. Boas y McNeill (2004) sugieren que los mecanismos de distorsión tecnocrática son inherentes al neoliberalismo que, convertido en una especie de “sentido común”, se apoya en la Economía y presenta a esa disciplina como objetiva y libre de valores. Para esos autores, la tecnocratización es el proceso por el cual cuestiones controversiales y por lo tanto políticas se plantean y defienden como técnicas y tiene lugar cuando asuntos que son inevitablemente políticos se definen de tal modo que se vacían de contenido político. Boas y McNeill (2004) postulan que bajo la lente de la economía, las definiciones de los problemas y programas de desarrollo se exhiben como decisiones basadas en datos y en análisis y no como cuestiones que implican visiones del mundo y asunciones en torno al cambio social, por lo que necesariamente involucran controversias y disputas políticas.

La tesis de apoliticidad trasciende la asunción de que las políticas implican saberes y especificidades técnicas. La función de este tipo de planteo es clausurar *autoritariamente* la discusión sobre la filiación de las políticas a proyectos políticos específicos (Vilas, 2011). Y aunque conceptos como democratización, participación social, respeto por la interculturalidad aparezcan como justificativos de muchas reformas, de manera sistemática se elude la deliberación sobre los valores que las orientan, su adscripción a proyectos políticos conservadores y la deliberación de actores con injerencia histórica en la configuración del sector (Laurell, en González y Nin, 2018; Tobar, 2012; Fleury, 2008; Homedes & Ugalde, 2005).

Corolario: el necesario retorno a la política

El neoliberalismo en salud no sólo se expresa en el recorte de los recursos que el Estado destina al sector, en privatización de servicios o en cambios en las formas de trabajo de los equipos de atención. Los aumentos presupuestarios e incluso de dotación de personal pueden afianzar concepciones de salud limitadas y esconder una despolitización de la salud. Pero, por sobre todo, operar la progresiva amputación del adjetivo *pública* detrás del sustantivo *salud*.

Si asumimos que la salud es una construcción colectiva que apunta a que las personas y los conjuntos sociales no tengan (o puedan superar) impedimentos físicos y emocionales que afecten su plena integración social y productiva, el significado de los impedimentos y la identificación de los modos para superarlos deben discutirse y concretarse a través de la agenda de políticas públicas. La salud es una construcción y la salud pública sólo puede ser, entonces, una conquista.

Para lograr que ingrese a la agenda de políticas públicas -y que se sustente en ella- hace falta que la salud sea una necesidad sentida por parte de la población. El paradigma tecnocrático hace que la salud pierda atractivo político y, por lo tanto, que pierda protagonismo dentro de la agenda de políticas públicas. Mientras los problemas sanitarios permanezcan como cuestiones técnicas *custodiadas por expertos*, resultarán invisibles al sentir colectivo y su inclusión en la agenda de

políticas públicas dependerá de las orientaciones de los funcionarios de turno (Tobar, 2016).

Sólo una nueva concepción de salud que no se limite al sistema de servicios asistenciales, una concepción que contemple los factores que la determinan, como el acceso equitativo a la educación, al trabajo, a la alimentación digna, a la apropiación de los espacios públicos, a la participación social, posibilitará también una nueva concepción del derecho a la salud. Porque el derecho a la salud también se empobrece cuando se lo restringe a exigir que el Estado garantice la atención médica de las personas.

Es posible pensar en un derecho participativo a la salud en la medida en que se puedan construir arenas de discusión y construcción política respecto de cuál es el estatus de bienestar que una sociedad está dispuesta a reclamar, cuáles son las respuestas exigibles y cuáles son las desigualdades que resultan inadmisibles, así como cuáles son las respuestas por parte del Estado cuya ausencia una sociedad no está dispuesta a tolerar.

El éxito del discurso neoliberal en salud sólo podrá ser revertido en la medida que se resitúe a la salud como derecho social y como cuestión fundamentalmente política. Y debatir públicamente la naturaleza de las alternativas para construirla y replantear el papel de los actores sociales, no sólo del Estado, en este proceso.

Bibliografía

- Almeida, C. (2006). "Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe: el papel de los Organismos Internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas". *Bienestar y Política Social*, 2 (1), pp. 135-175.
- Augusto, M. O. L. (1989). "Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. *Tempo Social. Revista de Sociologia*, 1 (2), pp. 105-119.
- Boas, M. y McNeill, D. (2004). *Global Institutions and Development: Framing the World?* London: Routledge.
- Correia, T. (2011). "New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading". *Sociologia on line. Revista da Associação Portuguesa de Sociologia* 2, pp. 573-598.
- Correia, T. (2009). "A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar Portuguesa". *Revista Crítica de Ciências Sociais* 85, pp. 83-103.
- Díaz Canepa, C. (2010). "Tensiones y Proyecciones en la Modernización de la Gestión Pública: Discusión desde una Perspectiva Histórico-Cultural". *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 9 (1), pp. 7-28.
- Evans, R. y Stoddart, G. (1996). "Producir salud, consumir asistencia sanitaria". En Evans, R., Barer, M. y Marmor, T. (ed.). *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de salud de las poblaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Evetts, J. (2010). "Organizational professionalism: Changes, challenges and opportunities". *XIV IRSPM Conference: The Crisis: Challenges for Public Management*. Universidad de Berna.
- Fleury, S. (2008). "Modelos de reforma de la salud en América Latina". En Spinelli, H. (comp.) *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Foucault, M. (2013). *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo XXI editores. 1ª ed. 2ª reimpresión.
- García Delgado, D. (2013). "Estado y Políticas Públicas: hacia un nuevo paradigma". *Revista Estado y Políticas Públicas* 1, pp. 14-18.
- Giovanella, L., Almeida, P. F., Romero, R. V., Oliveira, S., Silva, H. T. (2015). "Panorama de la Atención Primaria de Salud en América Latina: concepciones, componentes y desafíos". *Saúde debate* 39 (105) pp. 300-322. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>
- González N. y Nin C. (2018). "Entrevista con Asa Cristina Laurell. Tiempos de resistencia. Por el derecho a la salud". *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social* 1(2), pp. 179-187. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>.
- Guerrero, O. (2004). "El mito del nuevo 'Management' público". *Revista Venezolana de Gerencia* 9, (25), pp. 9-52.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005). "Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America". *Human Resources for Health* 3 (1). Recuperado de <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-3-1.pdf>
- Illich, I. (1978). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz.
- Irigoyen, J. (2011). "La reestructuración de la profesión médica". *Política y Sociedad*, 48 (2), pp. 277-293.
- Jimenez Martin, J. M. (2014). *Salud pública en tiempos posmodernos*. Granada: Nueva Salud pública - EASP.
- Kolehmainen-Aitken, R. S. (2004). "Decentralization's impact on the health workforce: perspectives of managers, workers and national leaders". *Human resources for health*, 2 (5).
- Laurell, A. C. (2014). "Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina". *Saúde Debate*, 38 (103), pp. 853-871. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0853.pdf>
- Lewis, J. (2004). *Impermeability, incorporation and transformation: Ideation and health policy change*. Refereed paper presented to the Australasian Political Studies Association Conference. University of Adelaide.
- López, A. (2005). Los fundamentos de la Nueva Gestión Pública: lógica privada y poder tecnocrático en el Estado mínimo. En Thwaites Rey, M. y López, A. (ed.), *Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas. Derrotero del ajuste neoliberal en el Estado argentino*. Buenos Aires: Prometeo.
- López-Arellano, O., Jarillo-Soto, E. C. (2017). "La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano". *Cad. Saúde Pública*, Nº 33, Sup. 2.
- Mejía Ortega, L. y Álvaro Franco, G. (2007). Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Revista de Salud pública*, 9 (3), pp. 471-483

- Menéndez, E. (1990). "El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis". En Menéndez, E., *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.
- (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades*, 4 (7), pp. 71-83.
- Molina, C. (2015). *Entre lo técnico y lo político: los médicos en la descentralización de los hospitales públicos de Mendoza, Argentina*. Tesis de doctorado. Mendoza, Argentina: Universidad Nacional de Cuyo, .
- Riutort, M. y Cabarcas, F. (2006). "Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana". Bogotá. *Gerencia y Política de Salud* 5 (11), pp. 22-36.
- Rose, N. (2007). "¿La muerte de lo social? Reconfiguración del territorio de gobierno". *Revista Argentina de Sociología*, 5 (8), pp. 111-150.
- (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Unipe, editorial universitaria.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen E. y Leppo, K. (ed.) (2006). *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Finlandia: Ministerio de Auntos Sociales y Salud - Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.
- Tobar, F. (2006). "Descentralización y reformas del sector salud en América Latina". En Yardón, Z., Gurtler, R., Tobar, F. y Medici, A. (ed.) *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina*. Buenos Aires: OPS.
- (2012). "Breve historia del sistema argentino de salud". En Garay, O. (coord.) *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: La Ley.
- (2016). *Derechos y deberes de los ciudadanos en salud*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/378931871/Tobar-2016-Derechos-y-Deberes-en-Salud>
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2005). "Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (3), pp. 202-209.
- (2008). "La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica". *Salud Colectiva* 4 (1), pp. 31-56.
- Vilas, C. (2011). "Política y políticas públicas en América Latina". En Fioramonti, C. y Anaya, P. (comp.) *El Estado y las políticas públicas en América Latina*. La Plata: AECID/COPPPAL/Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires.
- Walt, G. y Gilson, L. (1994). "Reforma del sector sanitario en los países en vías de desarrollo: el papel central del análisis de políticas". *Health policy and Planning*, 9 (4), pp. 353-370.