
11

Hacia mediados del siglo xx, las sociedades habían comenzado a experimentar cambios económicos, culturales, sociales y políticos que fueron generando impactos significativos en la salud de la población; pero también en los avances del conocimiento científico y sanitario, lo que provocó de a poco un distanciamiento con el viejo paradigma que intentaba inventariar y diagnosticar los déficits de la salud de los individuos y las comunidades. A pesar de los esfuerzos hechos en esta orientación –hasta la convención de Alma Ata (1978), aproximadamente–, la salud siguió siendo concebida desde lo biomédico como las patologías causadas por condiciones individuales que debían ser atendidas identificando las causas mediante el análisis de factores de riesgo.

A lo largo de los años setenta, frente a las limitaciones de las intervenciones estatales orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir, el concepto de “determinantes sociales de salud” fue el que permitió pensar a la salud de la población en términos del bienestar, lo que incorporó diversas esferas de la vida cotidiana para su comprensión. Se fue así abandonando paulatinamente la imagen de la salud como contingencias que solo provenían de una cuestión biológica del individuo, para ir ganando terreno una visión más holística que la vinculaba con las condiciones sociales de reproducción en las cuales se vivía y se trabajaba. Condiciones de vida que han sido desiguales y que, si bien se encuentran determinadas estructuralmente, podrían ser prevenidas y remediadas (Crojethovic y Fidalgo, 2018). Existe evidencia bibliográfica vasta, la cual da cuenta de que estas inequidades derivan fundamentalmente de las contradicciones que provienen de la forma en que la sociedad organiza su reproducción en la base del intercambio mercantil;¹ y que es necesaria la intervención del Estado para poder garantizar dicha reproducción de la vida (en sociedad) en condiciones legítimas de bienestar.

Los procesos de globalización de la economía, la internacionalización de la producción, el incremento de las cadencias del trabajo, los modos de distribución y las nuevas formas de consumo, junto con el avance de las tecnologías de la información, han transformado, y en muchos casos desmejorado, los hábitos de vida de las poblaciones. Los efectos macroeconómicos más visibles de este proceso global han sido la transnacionalización empresarial, la desterritorialización de la fuerza de trabajo y el desempleo estructural, entre otros. Las consecuencias del proceso globalizador sobre las condiciones de reproducción de la vida de las personas y grupos sociales han sido inevitables –en algunos casos, el registro es directo, en otros, indirecto– (Banco Mundial 1999). El envejecimiento de la población, sumado a los nuevos estilos de vida relacionados con las dietas y con la poca actividad física, la mala difusión de información, la urbanización creciente y el deterioro de la estructura de servicios han

¹ En dichas sociedades mercantiles, tanto la fuerza de trabajo (es decir, los trabajadores) como las necesidades sociales que hacen a su reproducción son consideradas mercancías. Esto implica que la reproducción de los trabajadores y el bienestar de la población dependen del circuito monetario para la compra y venta de bienes y servicios –de salud para el caso– que satisfagan las necesidades que hacen al desarrollo del bienestar de las poblaciones (Topalov, 1979; Grassi, 1997; Danani, 2004).

derivado en un conjunto de problemas de salud, como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, etcétera. Han aumentado las lesiones y la violencia, los problemas relacionados con el uso del alcohol, del tabaco y de las drogas (OMS, 2005).

A la vez, las prácticas posteriores de ajuste económico, las presiones de la globalización y el impacto de las políticas económicas neoliberales, junto con otros factores, fueron aspectos que han ido reforzando las diferencias de estatus social y de poder, e incrementaron los obstáculos principales para el desarrollo de la población y profundizaron la exclusión (OMS, 2005). En esta trayectoria y con el objeto de paliar las inequidades, la OMS² y la OPS fueron incorporando una visión multidimensional fundamentada en la idea de desarrollo humano, que llevó a concebir a la salud como una capacidad humana básica, un prerequisite que permitía a los individuos realizar sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano fundamental para el desarrollo de la vida en comunidad (OMS, 2005).

Los cambios mencionados expresan el carácter eminentemente histórico de la concepción de la salud de la población; como objeto de intervención fue, *a priori*, considerada sinónimo de desarrollo económico y formó parte, por primera vez, de la agenda de Estado, en relación con la necesidad de extender la cobertura de los servicios a toda la población. El reconocimiento posterior del derecho a la salud y la proclama sobre “Salud para todos en el Año 2000”, en cambio, pretendieron incorporar los avances técnicos de la medicina y de la salud pública para definir políticas, estrategias, prioridades, modelos de atención, gestión y organización de servicios capaces de alcanzar las metas que redujeran la inequidad (WHO, 1999). Sin embargo, en esta contienda, la configuración particular del campo de la salud ha provocado, nuevamente, la pérdida de la batalla de la equidad, promovida desde la creación de la OMS y la OPS (1948 y 1902, respectivamente).

Es necesario aclarar que, en este tipo de organización social, los bienes y servicios de salud a los que debe acceder la población para la atención también se presentan como mercancías, aunque portan cierta peculiaridad (Restrepo, 2014) en relación con el resto:

- La incidencia de la enfermedad y la efectividad del tratamiento son acontecimientos irregulares e impredecibles que contemplan un riesgo económico.
- La salud se consume de forma individual, pero también requiere de un consumo colectivo.
- Es necesario recurrir a mecanismos de acción colectiva para garantizar financiamiento y provisión.
- Existen enfermedades huérfanas que no son objeto de selección para el capital.

² La OMS es el organismo responsable de establecer la agenda de investigaciones prioritarias en salud, articular opciones de política, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales; además, establece a la OPS como su oficina regional en las Américas.

La singularidad de estos bienes y servicios de salud, sumada a las condiciones de vida desiguales arriba mencionadas, han derivado en disputas –históricas– por la mejora del bienestar de ciertos sectores de la población (que han ido transformando paulatinamente las demandas en reivindicaciones). Las soluciones a dichas demandas –aunque temporales y parciales– no pueden ser pensadas sino a partir de la regulación estatal, mediante sus políticas sanitarias. Por eso decimos que la salud también es una cuestión político-institucional, cultural y social.

A pesar de ello, recién en los años noventa, comienza a tomar fuerza en el campo la idea de que las políticas públicas tienen amplia injerencia en la vida y la reproducción de la vida, por lo que pasarían a ser consideradas un determinante social (Hunt, 2006). Así, esta dimensión también pasa a constituirse como uno de los determinantes de la salud, su influencia puede observarse en los efectos (directos o indirectos) que estas intervenciones tienen sobre las condiciones de vida. Además, la salud de la población es una cuestión política porque los propios determinantes sociales son sensibles a las intervenciones políticas (Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet, 2008). Es inherente a la acción política, y, en tal sentido, las creencias, la ideología y las relaciones de poder configuran la orientación que finalmente se les imprima a dichas políticas (Danani, 2012), en relación con el grado de socialización (responsabilidad de todos o de los particulares) que adquieran los problemas de salud de los distintos grupos poblacionales.

Figura 1.1. Determinantes sociales de la salud



Fuente: elaboración propia a partir de Borrell y Malmusi (2010).

Es esta tensión que surge del desarrollo económico, político, cultural y social la que convierte a la salud en un campo abierto que, atravesado por muchas de las esferas que hacen a la vida cotidiana y al bienestar —o no— de las personas, se hace visible primero en manifestaciones individuales, que luego serán —o no— tematizadas para ser incorporadas a la agenda del Estado (Oszlak y O'Donnell, 1981; Testa, 2007).

Definición

La noción de *campo* reconoce la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses (Spinelli, 2010) en un espacio relacional con disputas, poder y luchas por los capitales en juego (Bourdieu, 1999), el cual se configura en relación con lo sectorial, pero también con lo societal.

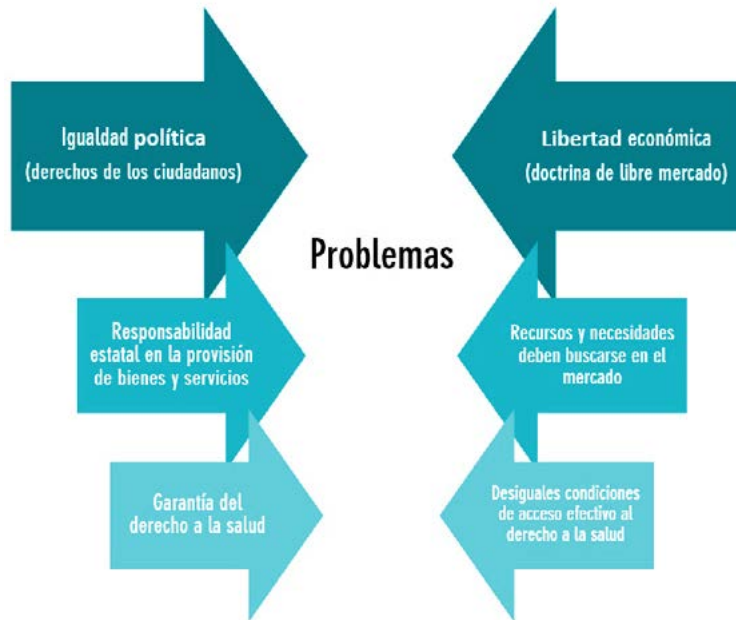
El *sector*,³ en cambio, hace referencia a las instituciones y recursos que se asignan sectorialmente, que contienen actores, conflictos e intereses propios del mismo sector.

Campo y *sector* no son sinónimos, sin embargo, y de acuerdo a sus definiciones, se puede pensar al sector de la salud como parte de un campo abierto cuyo análisis no puede realizarse de manera aislada del contexto social (Belmartino y Bloch, 1994).

Los problemas de salud que llegan a ser una cuestión de Estado no dependen necesariamente de los atributos biológicos para enfermar, sino de cómo se construye socialmente la noción de riesgo en salud, mediante la lucha por transformar el interés particular en general. Sin embargo, solo determinados grupos sociales o actores tendrán la capacidad (simbólica y material) para instalar la temática, pretendiendo que cobre un interés general, para el cual reclamarán la acción estatal (Zimmerman y Trom, en Minteguiaga 2009). Ejemplo de esto son las enfermedades denominadas huérfanas o poco frecuentes, que afectan a un número limitado de personas (muchas veces pobres) con respecto a la población en general. Debido a la baja prevalencia de cada una de ellas y a la vulnerabilidad de quienes las padecen, no logran tematizarse públicamente y así transformarse en una demanda al Estado, menos captar la atención de los actores del sector privado.

³ Aquí no se hace referencia al concepto de sistema, debido a que no da cuenta de la complejidad de la cuestión sanitaria, al mismo tiempo que conlleva simplificaciones atravesadas por los modelos de organización de la atención.

Figura 1.2. Igualdad en el derecho y condiciones de acceso desiguales



Fuente: elaboración propia.

Estos *problemas*, por lo general, suelen expresar la contradicción que se genera de la relación entre la promesa de igualdad del derecho a la salud y la desigualdad en las condiciones de acceso al goce efectivo de ese derecho.

La *cuestión sanitaria* que reúne a los problemas de salud también es una construcción social, política y cultural que, inmersa en el campo, orienta a la política social del sector y a la oferta de servicios en relación con las necesidades de la población que logren tematizarse. Como el propio campo, expresa la contradicción de las sociedades mercantiles mencionada con anterioridad, por eso tiene un carácter conflictivo a la vez que dinámico.

Definición

La *cuestión sanitaria* expresa esa promesa de la igualdad en el derecho a la salud y la desigualdad en las condiciones de acceso que surjan en el campo de la salud; y se enunciará como problemas relacionados con el riesgo sanitario y el bienestar de la población, que logren convertirse en temas de interés general y reclamen un tratamiento público y estatal.

Todo problema que de allí surja será contingente a los determinantes sociales y requerirá de la intervención estatal para su solución, por eso la cuestión sanitaria

es un ámbito de intervención que requiere de una triple mirada (Tobar, 2015) para ser desentrañada:

- la situación de la salud de la población (situación epidemiológica),
- la situación de las políticas en salud y
- la situación del sistema de servicios.

Figura 1.3. La cuestión sanitaria



Fuente: elaboración propia a partir de Tobar (2015).

Definiciones

- La primera categoría, *salud de la población*, constituye la dimensión de la calidad de vida y del desarrollo humano de la población.
- La segunda categoría, las *políticas de salud*, alude a las políticas sociales del sector, en cuanto intervenciones sociales del Estado⁴ orientadas a los problemas de salud de la población, que hacen a la reproducción de la vida y las condiciones de vida de las personas y de los grupos sociales (Danani, 2009).
- La tercera categoría, el *sistema de servicios de salud*, engloba la totalidad de las acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud (Tobar, 2015), y se conforma como un espacio de interfaz entre la sociedad y el Estado en la problemática.

La *salud de la población*, como ya se ha visto, depende de muchos factores que trascienden la problemática del desarrollo de los servicios. Como quedó definido

⁴ Estado entendido como relación, es decir, el Estado se configura y reconfigura en diálogo con la sociedad; y como institución entendido como aparato burocrático (Oszlak y O'Donnell, 1981).

en el enfoque sobre los determinantes sociales de la salud (informe de Lalonde de 1974),⁵ la biología humana, el ambiente, las formas de vida y la organización del cuidado son factores que influyen e intervienen en esta. Por eso, la salud puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos, pero, si bien cada indicador señala y destaca ciertas prioridades y situaciones (Tobar, 2015), es necesario tener en cuenta que el proceso salud-enfermedad posee una raíz social, cultural y política que involucra temáticas, como la violencia, los ingresos, la urbanización, la falta de acceso a agua potable y servicios ambientales, el impacto del cambio climático, etcétera, que también deben ser tenidas en cuenta para su intervención (OMS, 2014).

Una *política de salud* implica la definición previa de la salud como un problema público, considerando que un problema de salud condiciona o determina la situación de salud o epidemiológica de la población, pero también a todo factor involucrado con la producción y manutención de la salud, el bienestar, en particular, a los servicios de salud (Tobar, 2015).

Los servicios de salud se pueden distinguir entre personales y públicos. Los personales contemplan el conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que se aplica directamente a los individuos. En cambio, los servicios de salud pública refieren a las acciones que se dirigen ya sea a las colectividades (educación masiva en salud), o a los componentes no humanos del ambiente (saneamiento básico), o a la estructura (establecimientos y recursos sanitarios). La salud pública rebasa el ámbito de las acciones que caen dentro del dominio del sector de la salud definido de manera estrecha, para incluir también la interacción con todos los demás sectores que tienen una influencia en la salud de las poblaciones (Londoño y Frenk, 1997).

Por ejemplo, el camino de la mujer embarazada no es el mismo para todas. En la Argentina, más del 99% de las embarazadas asiste a una institución de salud para ser atendidas en su parto por personal especializado. Sin embargo, algo más del 10% de ellas llegan sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, es decir, sin control prenatal (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013). A esto se debe sumar, además, que existen brechas importantes en la disponibilidad y acceso a los *servicios de salud*.

De acudir y acceder al sector, la *situación* de la mujer embarazada puede atravesar distintos problemas:

- Puede cursar un embarazo que hasta el momento de parir presenta bajo riesgo, entonces el recorrido recomendado desde las políticas sanitarias comenzaría con el control prenatal, consultando a integrantes del equipo de salud o con un/a obstetra, ya sea en un centro de salud, en un centro

⁵ Institucionalizado recién por la OMS en 2004.

de atención médica o en un consultorio externo, hasta luego ser derivadas a la maternidad.

- Muchas veces, el embarazo trae complicaciones para la madre (preeclampsia, diabetes gestacional, placenta baja, infecciones por bacterias o virus, entre otras) que, a la vez, pueden ser también transmitidas al feto o no; o bien la madre puede portar una enfermedad previa al embarazo, que requerirá de mayores controles y cuidados en este período. También puede ocurrir que el feto tenga una enfermedad congénita, malformaciones o presente otras complicaciones de salud, por lo que requerirá de una mayor frecuencia de los controles y la derivación oportuna al nivel de complejidad correspondiente. Aquí el recorrido por el sistema de salud será muy diverso, transitará reiteradas veces entre especialistas (dependiendo de cada caso) y establecimientos públicos o privados hasta dar a luz al niño o la niña, en una maternidad u hospital que cuente con el nivel de complejidad requerido para cada caso en cuestión.

En paralelo, el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes opera como paraguas en el plano de las *políticas de salud*. Ofrece a los equipos de salud orientaciones acerca de la atención, el asesoramiento y los recursos asistenciales a los que deben acceder las mujeres que desean lograr un embarazo, las embarazadas y las puérperas, a fin de que alcancen el mejor resultado posible, tanto para ellas como para sus hijos/hijas (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013).

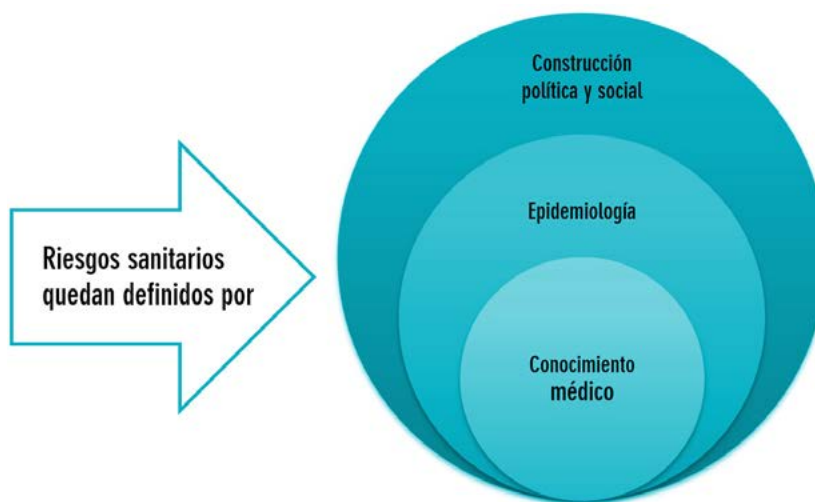
Luego existen otras políticas sanitarias, programas o planes que intervienen sobre los subsectores de salud (público, seguridad social o privado) para facilitar a las embarazadas el acceso a la información, a las consultas, al diagnóstico o al tratamiento y la atención, promover una acción integral que garantice el cuidado pleno de la embarazada desde los primeros días de gestación hasta el parto, y respetar sus derechos. No nos olvidemos de algunos medicamentos que pudieren recibir de forma gratuita mediante algún programa y del calendario de vacunación obligatorio, gratuito en hospitales y maternidades públicas, así como también en centros de salud o cubiertas por el Plan Médico Obligatorio⁶ para el caso de las obras sociales y las prepagas.

⁶ Establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las obras sociales y agentes del seguro a toda la población beneficiaria. Para el caso de las embarazadas, contempla una canasta básica de servicios y medicamentos que incluye medicina preventiva y ambulatoria, cobertura de las madres durante el embarazo y el parto, cobertura de los niños durante el primer año de vida, etcétera (Ministerio de Salud de la Nación).

Los problemas de intervención estatal

Una situación problemática particular se vuelve un tema de atención pública cuando se generaliza hasta transformarse en un objeto de intervención socioestatal para su resolución. Por lo tanto, y tal como se ha advertido arriba, la construcción de un problema acerca de los riesgos sanitarios que afectan a la salud de la población y su bienestar, sobre los cuales los gobiernos son llamados a intervenir, será resultado de su tematización y devenir en interés general (Zimmerman y Trom, en Minteguiaga 2009).

Figura 1.4. Conformación del riesgo sanitario



Fuente: elaboración propia.

Es decir, los riesgos sanitarios no dependen exclusivamente ni del conocimiento médico ni de la epidemiología, sino de una construcción social, política y cultural, que se constituyen como tal cuando son tematizados y cobran estatus público.

Contienen *demandas* y *necesidades* de la población en salud convertidas en un *problema público*. Sin embargo, logran instalarse en la agenda del Estado cuando ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos, o incluso individuos estratégicamente situados, creen que pueden y deben hacer “algo” al respecto, y están en condiciones de luchar y negociar para incorporar a la agenda del Estado los problemas vigentes.

Son las políticas estatales las que intentan o dicen intentar responder a las demandas y necesidades de la población que emergen como un problema para la sociedad en su conjunto (Oszlak y O'Donnell, 1981). Pero no toda demanda es resuelta y no toda necesidad es satisfecha, sino que son objeto de selección de los gobernantes, en

este sentido, una política estatal implica una toma de posición que intenta o dice intentar resolver dicho problema público.

¿Cómo se fue configurando la relación entre el Estado y la población en el campo de la salud?

Las intervenciones del Estado en salud han ido cambiando conforme se fue transformando el conocimiento sanitario, pueden identificarse diversos tipos de intervención según el paradigma científico, el desarrollo urbano, las condiciones epidemiológicas, el modelo de Estado, el tipo de derecho promulgado, etcétera.

A lo largo de la historia, se han podido identificar, en términos generales, el modelo higienista, el modelo asistencialista, el modelo reformista y su crisis posterior.

Cuadro 1.1. Modelos sanitarios según paradigma científicista

Modelo	Tipo de intervención	Acción priorizada
Higienista	Regular riesgos	Encierro
Asistencialista	Medicalización	Atención individual
Reformista	Rectoría	Sistemas y servicios de salud
Crisis del reformista	Rectoría/financiación/gestión	Integración de la atención

Fuente: elaboración propia a partir de Tobar (2003).

Modelo higienista: la salud se asemejaba a la seguridad, en el sentido de regular riesgos aislando a quienes podían contagiar al resto, reprimiendo y encerrando a quienes asumían conductas enfermizas y enfermantes.

La visión estaba orientada a garantizar el bienestar colectivo por sobre las libertades individuales. En este modelo, el desarrollo de las políticas sanitarias de los gobiernos estuvo más orientado a informar y regular que a la atención (Tobar, 2013, 2015).

Modelo asistencial: caracterizado por algunos autores como el *modelo médico hegemónico*, emergió con el advenimiento de la medicina moderna y positivista como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica legitimada por el Estado.

La tecnología médica fortaleció aquí las respuestas asistenciales, medicalizando todos los problemas sanitarios, a su vez, la salud pasó a ejercerse dentro del hospital y se abandonó la atención colectiva, promoviendo la individual. La premisa fue que, proveyendo servicios de asistencia médica adecuada, todos los problemas de salud de la población iban a estar resueltos, imponiendo un modelo curativo.

En esta cosmovisión, la enfermedad fue concebida como una ruptura y desviación, mientras que la salud constituyó una normalidad estadística. Fue la incorporación de saberes económicos al ámbito sanitario lo que evidenció las limitaciones⁷ de este modelo (Tobar, 2013, 2015).

Modelo reformista: frente a las severas limitaciones económicas del modelo anterior, se comenzaron a desplegar diversas reformas de los sectores de salud buscando superar dichos límites. Se han buscado soluciones por diferentes vías y, aunque no todos los sectores eran iguales, las propuestas tendieron a converger en una cosmovisión: la redefinición de las funciones del Estado y los procesos de descentralización.

Apareció como prioridad delimitar el rumbo hacia el que debían avanzar dichos sectores y emergió la noción de *rectoría*, lo que implicó una revisión de la función de regulación y requirió de mucha mayor responsabilidad por parte de los gobiernos centrales. La rectoría derivó de la creciente tendencia a la separación de las funciones de financiación y prestación de servicios, a la mayor autonomía de los servicios públicos, al desarrollo de los seguros competitivos, así como de seguros públicos para cubrir a la población carenciada, y a la aparición de nuevas amenazas, como las epidemias propagadas con objetivos terroristas.

Estos cambios exigieron, entre otras cosas, una mayor capacidad de conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria.⁸

Las políticas de salud se volcaron así hacia los servicios, mucho más que a la promoción, prevención y combate de las enfermedades prevalentes.

La consecuencia epidemiológica fue que, durante los últimos años, enfermedades que deberían haberse erradicado aumentaron, enfermedades ya erradicadas resurgieron, y a ello se sumaron nuevas enfermedades emergentes (Tobar, 2013, 2015).

Crisis del modelo reformista: el anterior modelo ha encontrado sus límites para reducir los riesgos de salud de la población y entrado en crisis. Por un lado, se hizo evidente la fragmentación en el modelo de atención, es decir, la coexistencia de establecimientos

⁷ A inicios de la década de los sesenta, se sostuvo que los incrementos en la oferta de servicios de atención médica inducían a incrementos similares en la demanda, motivo por el cual la oferta de servicios nunca iba a resultar suficiente. A su vez, análisis económicos evidenciaron que, a partir de cierto nivel, el incremento sostenido de los presupuestos sanitarios registraba rendimientos decrecientes (Tobar, 2013).

⁸ La OMS definió once funciones esenciales del Estado en la salud: 1) monitoreo y análisis de la situación de la salud; 2) vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos; 3) promoción de la salud; 4) participación social y empoderamiento de los ciudadanos; 5) desarrollo de políticas, de planificación y de capacidad de gestión; 6) reglamentación e implementación de la salud pública; 7) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud; 8) desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9) asegurar la calidad de los servicios de salud a individuos y a la población; 10) investigación y desarrollo de innovaciones en salud pública; 11) reducción del impacto de las emergencias y los desastres en salud (Tobar, 2015).

de salud no integrados. Servicios de distintos niveles que no coordinan entre sí y no cubren todos los aspectos de la atención (promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), por lo que no se han ajustado a las necesidades de la población. En la gestión, la segmentación también ha comenzado a hacerse visible: la coexistencia de subsectores con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión. Finalmente, en el financiamiento han coexistido múltiples fuentes, modalidades de contratación y pago para las mismas prestaciones, lo que promovió diferentes estándares para la provisión de servicios, aun cuando la población pudiera tener idénticas necesidades sanitarias (Tobar, 2013). Esta crisis ha dado lugar a la coexistencia de modelos o intervenciones diversas, sin una tendencia claramente definida.

En suma, fue la relación e interacción entre el *Estado* y la *sociedad*, a partir de sus necesidades y demandas, la que ha ido transformando y reconfigurando los períodos arriba identificados, instalando diversas lógicas de intervención para solucionar o intentar solucionar los problemas de salud de la población.

Bibliografía

- Banco Mundial (1999). “Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993. Investindo em Saúde. Indicadores de desenvolvimento mundial”. En Naomar, Almeida Filho y Jairnilson, Silvia Paim, “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n° 75, pp. 5-30.
- Belmartino, Susana y Claudio, Bloch (1994). *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos*. Buenos Aires: OPS-OMS.
- Borrell, Carme y Malmusi Davide (2010). “La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010”. *Gaceta Sanitaria*, vol. 24, supl. 1, pp. 101-108.
- Bourdieu, Pierre (1999). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Crojethovic, María y Fidalgo, Maitena (2018). “Trabajadores e instituciones de salud: sentidos y fundamentos en disputa”. En Grassi, Estela y Hintze, Susana (coords.), *Tramas de la desigualdad. Las políticas y el bienestar en disputa*, pp. 351-390. Buenos Aires: Prometeo.
- Danani, Claudia (2004). “El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la Economía Social”. En Danani, Claudia (comp.), *Política Social y Economía Social: debates fundamentales*, pp. 9-21. Buenos Aires: UNGS-Fundación OSDE-Altamira.
- (2009). “La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización”. En Chiara, Margdalena y Di Virgilio, Mercedes (comps.), *Política social: conceptos y herramientas*. Los Polvorines-UNGS.

- (2012). “La recuperación de lo público: tres desafíos para reconstruir lo valioso y discutir el sentido”. En Arias, Ana, Bazzalo, Alejandra y García Godoy, Bárbara (comps.), *Políticas públicas y Trabajo Social. Aportes para la reconstrucción de lo público*. UNGS-Universidad Autónoma del Estado de México. Buenos Aires.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Maternidad e Infancia. Salud Comunitaria*.
- Franco-Giraldo, Álvaro y Álvarez-Dardet, Carlos (2008). “Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud”. *Gacetilla Sanitaria*, n° 22, 3, pp. 280-286.
- Grassi, Estela (1997). “Políticas Sociales, necesidades y la cuestión del trabajo como capacidad creadora del sujeto humano”. Jornadas Internacionales Estado y Sociedad: las nuevas reglas del juego. Buenos Aires: Mimeo.
- Hunt, Paul (2006). “The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges”. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 100, n° 7, pp. 603-607.
- Londoño, Juan y Frenk, Julio (1997). “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”. *Documento de Trabajo 353*, Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 1-32.
- Minteguiaga, Analía (2009). *Lo público de la educación pública: la reforma educativa de los noventa en Argentina*. México: FLACSO.
- Naomar, Almeida Filho y Jairnilson, Silvia Paim (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n° 75, pp. 5-30.
- Offe, Claus (1990 [1976]). “La política social y la teoría del Estado”. En Offe Claus, *Contradicciones en el Estado de Bienestar*, pp. 72-101. Madrid: Alianza Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (2005). “Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas”. Documento de posición de la Organización panamericana de la Salud-OMS.
- (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53° Consejo Directivo 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
- Oszlak Oscar y O'Donnell Guillermo (1981). “Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una Estrategia de investigación”. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), documento G.E. CLACSO, vol. 4. Buenos Aires.
- Restrepo, Jairo (2014). “Economía y financiamiento de la salud”. En Blanco Restrepo y Maya Mejía, *Administración de Servicios de Salud*. Tomo II. L, pp. 29-31. Bogotá: Fondo Editorial.
- Spinelli, Hugo (2010). “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. *Salud Colectiva*, vol. 6, n° 3, pp. 275-293.
- Testa, Mario (2007). “Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿cómo? y ¿por qué?”. *Salud Colectiva*, vol. 3, n° 3, pp. 247-257.

- Tobar, Federico (2013). “La salud Pública y Derecho a la Salud”. En Clérico Laura, Ronconi Liliana, Aldao Martín. *Tratado de Derecho a la Salud*, tomo I, pp. 3-15. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- (2015). “Salud y cuestión social”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 11-19. Los Polvorines: UNGS.
- Topalov, Christian (1979). *La urbanización capitalista*. México: Edicol.
- WHO (1999). *Renewing the Health-for-All. Strategy. Elaboration of a policy for equity, solidarity and health*. En Naomar, Almeida Filho y Jairnilson, Silvia Paim, “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n° 75, pp. 5-30.
- Zimmerman, Danny y Trom, Bénédicte (2009). “Cadres et institution des problèmes publics: les cas du chômage et du paysage”. En Minteguiaga, Analía, *Lo público de la educación pública: la reforma educativa de los noventa en Argentina*. México: FLACSO.