

Descentralización y sistemas de salud en América Latina

Pérez Lugo, Jorge Ernesto*

Bentacourt, José de los Santos**

Suárez Villalobos, Pilar Katuska***

* Sociólogo. Candidato a Magíster Scientiarum en Administración del Sector Salud. Universidad del Zulia (LUZ). Maracaibo, Venezuela. E-mail: jepelu@hotmail.com. Telf.: 0261-7596943.

** Sociólogo. Candidato a Magíster Scientiarum en Administración del Sector Salud. Universidad del Zulia (LUZ). Maracaibo, Venezuela. E-mail: bsantos2@hotmail.com

*** Médica Cirujana. Pediatra. Magíster Scientiarum en Administración del Sector Salud, mención Epidemiología. Doctora en Ciencias Médicas. Universidad del Zulia (LUZ). Maracaibo, Venezuela. E-mail: psuarezv@hotmail.com

Resumen

Los sistemas de salud en algunos países de América Latina experimentan, en la actualidad, importantes reformas dirigidas a elevar la eficiencia, eficacia y efectividad de su funcionamiento. En este sentido, el objetivo del presente artículo es identificar dichas reformas en el contexto de la descentralización político-administrativa en Latinoamérica, que se adelanta desde la década de los 90. Al respecto, la revisión documental que sirve de base al estudio, permite identificar algunas experiencias dirigidas a mejorar la prestación de los servicios de salud en algunos países de la región. Si bien se evidencian avances positivos en cuanto a la descentralización en salud, muchos son todavía los obstáculos a vencer y éxitos a consolidar para elevar y fortalecer el funcionamiento de los sistemas de salud de América Latina.

Palabras clave: Sistema de salud, descentralización político administrativa, servicios de salud pública, América Latina.

Decentralization and Health Systems in Latin America

Abstract

Health systems in some Latin American countries are presently undergoing important

reforms directed towards elevating functional efficiency, efficacy and effectiveness. In this sense the object of this paper is to identify these reforms within the context of the political-administrative decentralization which is in process since the 1990s in Latin America. In this regard, a documentary review served as a base for the study, allowing for the identification of certain experiences directed towards improving the health services offered in certain countries within the region. There is evidence of positive advances in relation to decentralization of health services, but there are still many obstacles to overcome and advances that need consolidation in order to elevate and strengthen the functioning of health systems in Latin America.

Key words: Health systems, political and administrative decentralization, Latin America, public health services.

Recibido: 05-02-24 · Aceptado: 05-10-18

Introducción

En la actualidad, uno de los principales retos que enfrentan los gobiernos en el mundo, y sobre todo en los países de América Latina, es el incremento y mejoramiento de su capacidad para gobernar, en el marco de los procesos de globalización, modernización y canalización del desarrollo sustentable. En este contexto, la región latinoamericana experimenta, hoy en día, procesos de cambio y transformaciones sin precedentes.

En este sentido, los sistemas políticos de los países latinoamericanos enfrentan grandes desafíos debido a los diferentes reacomodos entre los principales bloques de poder y las nuevas reglas de juego en el escenario mundial. Destacan en este escenario procesos de reforma del Estado, para adaptarlo a las nuevas exigencias del entorno y hacerlo más eficiente en los diferentes planos societales donde lleva a cabo sus funciones; identificándose la descentralización político administrativa [\(1\)](#), como proceso clave para el enfrentamiento de la crisis que experimenta Latinoamérica, en los ámbitos político, económico y social desde mediados de la década de los 80.

Específicamente en el Sector Salud, se aprecia la crisis que se observa en algunos países de la región, expresada en problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios asistenciales; y en el deterioro progresivo de la salud de la población, por lo que se requiere con carácter de urgencia definir una estrategia de gestión para superarla y lograr la eficacia, eficiencia y efectividad de los Sistemas de Salud latinoamericanos.

Por ello, en el presente artículo se explora el funcionamiento de los Sistemas de Salud [\(2\)](#) en América Latina, en el marco de la implantación y desarrollo de la descentralización político-administrativa, en la década de los 90 e inicios del nuevo milenio.

1. El contexto latinoamericano: consideraciones generales

Los países de América Latina en general, experimentan en la actualidad importantes procesos de reforma del Estado, tendentes a modificar su estructura en el plano político, económico, social y cultural, entre otros aspectos, con el objeto de superar la crisis que se registra en cada uno de ellos desde la década de los 70, que si bien tuvo en su mayoría un origen económico, se proyectó al plano político e impactó en todos los órdenes societales.

Hay que considerar al respecto, que durante un largo período el Estado de Bienestar implantado en algunos de los países de la región, fundamentado en un modelo desarrollista, permitió la formulación y ejecución de un conjunto de políticas sociales para satisfacer las demandas de la población, pero en la década de los 70 y los 80 los problemas generados por la inflación, la deuda externa y las políticas económicas desacertadas -de un lado- además de aquellos causados por la inadecuada administración, la corrupción y el despilfarro -del otro- conllevaron a un contexto general caracterizado por una crisis económica que se tradujo a su vez en crisis de legitimidad de los sistemas políticos y de la propia democracia.

En síntesis, América Latina sufrió durante el decenio de los 80 un retroceso económico que acentuó el endeudamiento externo, elevó los procesos inflacionarios y agudizó las desigualdades sociales (Bustelo, 1992). Así, al iniciarse la década de los 90, las economías de América Latina conservaban sus tres características básicas: son las de más alta inflación; las de más alto endeudamiento externo y las de más desigual distribución del ingreso en el mundo (Guerra, 1992).

Aunado a ello, los diferentes países latinoamericanos han tenido que adaptarse al entorno que ha venido perfilando la globalización económica. Se hizo necesario entonces - y a la vez inevitable- emprender procesos de reforma tales como la modernización del aparato público y la descentralización político-administrativa para enfrentar las manifestaciones de la crisis en Latinoamérica, como el derrumbe de las economías, la pérdida de legitimidad de los sistemas políticos, el desempleo, la corrupción, la pobreza, entre los más significativas.

Actualmente la construcción de un nuevo tipo de Estado es un gran desafío para América

Latina. Más allá de la existencia de un contexto global de reformas, se presentan importantes peculiaridades latinoamericanas, ya que ante el escenario económico que prevaleció durante los 70 y 80, la primera generación de reformas priorizó la dimensión financiera de la crisis del Estado. "Un balance de estas primeras reformas muestra que el ajuste estructural, cuyo objetivo último era disminuir el tamaño del Estado, no resolvió una serie de problemas básicos de los países latinoamericanos" (CLAD, 1998: 7).

Es entonces en la segunda generación de reformas, donde se plantea el fortalecimiento del papel del Estado como formulador-financiador de las políticas públicas, mediante el desarrollo de su capacidad para incorporar al proceso a la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG); buscando en conjunto la consolidación de la democracia, el crecimiento económico y la reducción de la desigualdad social.

Sin embargo, los cambios constitucionales y las modificaciones profundas requeridas en el sistema administrativo se ven profundamente obstaculizadas por la resistencia al cambio y otros vicios que muestran muchos de los actores involucrados en el funcionamiento del sistema político en los países de la región. "El hecho es que la política latinoamericana todavía está marcada por una mezcla de partidos débiles, clientelismo, corporativismo y liderazgos personalistas" (CLAD, 1998: 9). A pesar de todo se registra la transformación de las instituciones gubernamentales, que apunta hacia la descentralización político-administrativa.

En este contexto, se observa la constitución y funcionamiento de los sistemas de salud de algunos países de la región. Se parte del hecho de que si bien cada país latinoamericano ha experimentado un proceso particular, en la actualidad la mayoría de ellos experimenta una profunda crisis con características similares.

2. Sistemas de salud en América Latina

Se puede considerar que en varios países de Latinoamérica, la aplicación de las políticas sociales en general, y las de salud en particular, se ha caracterizado por una falta de continuidad administrativa; una ausencia de evaluación de los programas y una falta de precisión de los grupos beneficiarios. La gestión pública de salud en muchos de los países latinoamericanos, ha funcionado bajo un sistema de administración, caracterizado por procesos de planificación, organización, dirección y control, donde se pone de manifiesto que existe una inadecuada gerencia de salud, afectada por la resistencia ofrecida por las diferentes fuerzas políticas y sociales que generan conexiones de poder, que hacen imposible que el sistema de salud actúe eficazmente.

Al respecto, se puede afirmar que el sector salud experimenta, en la actualidad, una profunda crisis que se proyecta en todos los ámbitos y niveles que él involucra; y se evidencia en el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios médico-asistenciales donde se destaca la disminución del acceso a los servicios de atención médica, por parte de las comunidades más necesitadas, dada la carencia de los materiales médico-quirúrgicos y el suministro oportuno y regular de los mismos; la recurrente paralización de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, que han ocasionado que muchos de ellos hallan tenido que dejar de funcionar, lo cual va en detrimento de la salud de la población.

Por otra parte, esta crisis está relacionada con la forma y manera como se han formulado e implantado las políticas y programas asistenciales centralizados que en la generalidad de los casos no han tomado en cuenta las necesidades particulares de cada territorio en materia de salud, saneamiento ambiental y control de los factores de riesgo asociados con los procesos de intensificación de la urbanización y de la industrialización.

3. Descentralización de la salud en América Latina

Con respecto a la descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica, se tiene que tanto en los aspectos de proceso político, como jurídico, administrativo y técnico de transferencia, en cuanto al uso y distribución del poder, se introduce una variante de primer orden vinculada al comportamiento político de los actores dentro de las instituciones del Estado, relacionada con el cambio de actitud mental que involucra el hecho de compartir la toma de decisiones, requisito necesario para el avance de la gestión de salud. Queda entendido que la descentralización requiere de una fuerte voluntad política para llevarla hasta el nivel local.

En este contexto, la descentralización emerge no sólo como una condición para profundizar la democratización y como parte de una estrategia para enfrentar la crisis económica, sino como la forma de organización más adecuada para implantar y desarrollar un nuevo paradigma que se apoye en la complementariedad entre los sectores social, público y privado (Finot, 2001).

Se considera que el proceso descentralizador contribuirá a elevar la eficiencia, eficacia y efectividad de la administración pública de salud y a minimizar las profundas disparidades existentes debido, entre otras razones, al aumento de la pobreza, la inadecuada

administración de los recursos y a la ingobernabilidad de los Sistemas de Salud latinoamericanos. En este sentido, los postulados de la reforma del sector salud en los diferentes países de la región se construyen con el fin de dar racionalidad económica al funcionamiento de los sistemas sanitarios, es decir, se orientan hacia la eficiencia como principio fundamental para el desarrollo de los mismos (Polanco y Maingon, 1999).

En lo que se refiere al funcionamiento de los sistemas de salud latinoamericanos, "se puede observar una doble tendencia: por un lado a unificar los servicios públicos y colectivos dentro de un mismo sistema y, por otro, a transferir competencias a las autonomías subnacionales. Los casos más antiguos de unificación del sistema de salud serían Chile y Costa Rica, luego lo hizo Brasil (coincidentalmente con la Constitución de 1988) y actualmente avanzan en una dirección similar Colombia y Argentina" (Finot, 2001: 95).

Tales procesos de reforma se implantaron con muchas dificultades en algunos países de la región, como por ejemplo en México donde si bien el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud se firmó en agosto de 1996, no fue hasta 1998 que se registró en estricto sentido el primer año de la descentralización de los servicios de salud, como "una estrategia adecuada y consistente para fortalecer el federalismo, para acercar los servicios a la población directamente afectada; para lograr una mayor eficiencia en la prestación de los mismos; para promover mayor equidad en el ámbito nacional" (Ruiz, 1999: 143-144). Vale destacar al respecto que "en el marco de la Ley General de Salud (LGS), el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta y los Convenios de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, se concluyó, en diciembre de 1997, la creación de 32 organismos públicos descentralizados, uno en cada una de las entidades federativas" (Dávila y Guijarro, 2000: 44).

Sin embargo, en esos primeros años prevalecieron los criterios técnico-administrativos de la descentralización sobre la necesidad de reducir los desequilibrios regionales, por lo que la evaluación de esta primera etapa en México evidencia una creciente desigualdad, siendo las áreas de menores recursos las peor atendidas con carencia de infraestructura, materiales, suministros y personal capacitado (Muñoz, 1999).

Similar comienzo se observa en Perú, pues si bien para 1995 se retoma la necesidad de sistematizar y formalizar las nuevas políticas de salud, los documentos de carácter jurídico de la reforma recién aparecieron en 1997, un año y medio después, teniendo dos ejes fundamentales su contenido: la modernización del sub-sector público y el establecimiento

de un nuevo sistema de seguridad social (Arroyo, 2000).

En el caso de Brasil, con la democratización en los años 80, por primera vez fue posible discutir la introducción de transformaciones en el sector salud, diseñando una reforma sanitaria consustanciada con su Sistema Único de Salud (SUS), cuyas características de heterogeneidad, desarticulación e inequidad serían muy difíciles de superar (Labra, 2000). Según Rocha da Costa (2002: 49) la década del 90 fue marcada por el debate en torno a la reforma del Estado en Brasil, teniendo como plano de fondo el contexto de la globalización financiera de la economía y una profunda crisis fiscal, y el caso del sector de salud pública fue un factor relevante para la agenda de reformas por el legado institucional dejado por la Constitución Federal de 1988, que determinó la institución del Sistema Único de Salud (SUS).

De acuerdo al autor en referencia, las políticas orientadas para la descentralización en el área de salud en Brasil comprenden tres fases distintas: la primera iniciativa que acontece al final del régimen militar en un contexto marcado por la recesión de la economía; la segunda que se remonta a la nueva República, durante el período de funcionamiento del Congreso Constituyente; y la tercera fase de políticas orientadas para la descentralización definida en los artículos 196 a 200 de la Constitución, que establecen la creación del SUS (Rocha da Costa, 2002).

En el caso de Chile, las reformas iniciadas a finales de los 70 y comienzos de los 80 cambiaron la estructura y funcionamiento del sector salud chileno, con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y las instituciones de Salud Previsional (ISAPRE); además de la descentralización y municipalización de la atención primaria (Titelman, 2000: 11). Sin embargo, "la neodemocracia encontró un sistema de salud totalmente descoordinado, con el sector público incapacitado para dar abasto a la demanda y con un sector privado poco importante pero muy poderoso y bastante desregulado" (Labra, 2000: 272).

De acuerdo a Titelman (2000: 29) la actual estructura del sector salud tiende a producir inequidades en el acceso y calidad de los servicios así como problemas de eficiencia y gestión de los recursos tanto a nivel público como privado. En este sentido, uno de los principales desafíos del sistema chileno es el de transformar la mezcla pública-privada vigente. Para ello deben reestructurarse tanto los esquemas de financiamiento como de provisión de servicios de salud.

Paraguay en cambio, presenta una situación más alentadora, ya que desde la

presentación del anteproyecto de la Ley 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud, las gobernaciones y municipalidades, han conformado Consejos Regionales y Locales de Salud, que constituyen la primera expresión formal de participación social en la administración de la atención a la salud pública y uno de los paradigmas en la historia nacional en términos de la promoción de la democracia y fortalecimiento de los niveles locales. Cabe destacar además, que el 17 de febrero de 1998 se promulga el Decreto 19966 que reglamenta la descentralización y la participación social en el sector salud, constituyendo él una revolución en términos de descentralización y promoción del protagonismo de la sociedad civil (Rojas, 2000: 283).

Al respecto, la reforma colombiana busca lograr la cobertura universal de la prestación de servicios, unificando el régimen de beneficios y obligaciones en salud. En un marco de descentralización del gasto, se ha implantado una competencia regulada entre aseguradores y prestadores en un sistema de seguridad social solidario (Sojo, 2000: 31). En 1993 Colombia introdujo una reforma radical al existente sistema de seguridad social en salud con la sanción de la Ley 100 mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las metas principales de esta reforma fueron la cobertura universal y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y con el fin de lograrse los objetivos se diseñaron tres estrategias: introducir la competencia entre aseguradores para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos; introducir la competencia entre prestadores de los servicios; y regular la competencia (Castaño et al., 2001: 8-9).

En Argentina, por otra parte, se impulsa la autogestión hospitalaria mediante el Decreto 578-93, para elevar la eficiencia, con importantes retos dados por un contexto de sobredimensionamiento de las estructuras hospitalarias, de existencia de subsidios cruzados hacia las obras sociales, de sistemas de referencia y contrarreferencia inadecuados y de arraigadas prácticas tradicionales de gestión (Sojo, 2000: 39). Al respecto, Tafani (1997: 91) plantea que el sector público está "privatizado de hecho. Hay una captura prestacional que debería ser neutralizada por una política que estaticé lo público y haga estrictamente privado al sector privado...El sector público debe ser redimensionado. Ajustarse a la restricción presupuestaria, cerrar áreas que no tienen razón de ser, explicitar los subsidios que merece y en definitiva actuar con una lógica que no es la comercial. Una vez que se haya evitado la desorganización organizada que lo caracteriza, entonces se debe gestionar en forma eficiente".

Distinta es la situación de Costa Rica, donde se observa una experiencia positiva ya que es un país que ha logrado una efectiva cobertura universal en salud de la población, mediante un sistema de salud público solidario que ambiciona mejorar la eficiencia y

eficacia de las instituciones públicas que prestan servicios de salud (Sojo, 2000: 43).

En cambio, la situación de la salud de la población en El Salvador, es bastante desoladora por el alarmante deterioro de su sistema de salud y las consecuencias fatales para la población más vulnerable de ese país, pues si bien se han elaborado planes y políticas en el sector, éstas han sido reactivas, desacertadas e insuficientes. Las últimas epidemias de dengue registradas en El Salvador, así lo evidencian y cuestionan la eficacia de todos esos planes. Al analizar el estado del Sistema de Salud, se constata que no existen los recursos humanos adecuados para resolver los problemas más comunes, además del énfasis puesto en prácticas de diagnóstico y curación caras, así como el bajo nivel educativo en salud (Selva, 2000: 573).

En el sector público, el proceso de toma de decisiones está influenciado por el partidismo político y los intereses económicos de los actores poderosos inmersos en el sector salud. Igual en el sector privado, donde además, prevalece el criterio de la ganancia, donde se tienden a constituir oligopolios y a practicar la corrupción. Es dentro de este contexto donde el gobierno salvadoreño y el sector privado piensan en la privatización como la solución definitiva (ECA, 2000: 808/812).

En Venezuela, en particular, la crisis económica da origen a las políticas de ajuste implantadas en los años 90-92, lo que contribuyó a agravar la crisis del sector salud, que se evidencia tanto por las tendencias negativas de los indicadores de salud, como por los problemas de eficiencia, eficacia, cobertura, accesibilidad y legitimidad que han confrontado las instituciones que prestan los servicios médico-asistenciales en las dos últimas décadas.

Se inicia un proceso de reforma y modernización del Estado con el objeto de implantar nuevas formas de organización y gestión de la administración pública para la superación de la crisis en el país, siendo el sector salud objeto de reformas y modernización, destacando la implantación del proceso de descentralización, ya que buena parte de los problemas del sector se han relacionado con el modelo de gestión centralizado, y la promoción de la participación en salud como estrategias para enfrentar los problemas asociados a las influencias políticas, gremiales, falta de mecanismos de control, de suministros y recursos, entre otros.

Se observan así, en las últimas décadas, algunos modelos de gestión como los Sistemas Locales de Salud (SILOS), las Microempresas de Servicios de Salud, las Fundaciones, y los Servicios Autónomos, entre otros, los cuales constituyen experiencias concretas dirigidas a

mejorar la calidad de gestión de los servicios de salud, en el marco de los procesos de descentralización, participación y democratización de la salud en Venezuela, destacándose la aparición de nuevos actores y la redefinición de los espacios público-privado.

Precisamente, con referencia al debate de lo público y lo privado en salud, se considera entonces, que en "el marco de las diversas combinaciones públicas privadas, los hoy llamados cuasimercados tienen como objetivo consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad, asociados con el uso de criterios de desempeño" (Sojo, 2000: 9).

Por tanto, el estudio de la situación actual de los Sistemas de Salud Latinoamericanos permite evidenciar que se experimentan significativas transformaciones, pero el alcance o no de los objetivos no se cristalizará en el corto plazo ya que las estrategias implantadas requieren de muchos recursos, voluntad política y tiempo para ser asimiladas y consolidadas en beneficio de la salud de la población latinoamericana.

4. Consideraciones finales

Todo lo expuesto, nos permite afirmar que se han registrado en América Latina, importantes y trascendentales procesos y experiencias dirigidas a elevar la eficacia, eficiencia y efectividad de los Sistemas Públicos de Salud en la región. Se evidencian al respecto avances positivos en cuanto a la descentralización pues en muchos países la estrategia se ha logrado implantar y actualmente se registran cambios significativos en cuanto a la administración y gerencia de los servicios de salud.

Tales reformas enfrentan muchos obstáculos de diversa índole para su puesta en marcha y desarrollo, pues no hay que olvidar que la descentralización en tanto proceso político, inevitablemente genera el aumento de los conflictos y de la resistencia al cambio por parte de muchos actores presentes en el sector salud, lo que complejiza aún más el proceso de reforma y transformación que tanto requieren los Sistemas de Salud de América Latina.

En este contexto, el mejoramiento del funcionamiento de tales sistemas debe ser observado con atención pues el éxito o fracaso de los esfuerzos orientados en esta dirección sólo se podrá reconocer a mediano y largo plazo, si las estrategias implantadas logran profundizarse y consolidarse de manera definitiva.

Cada país latinoamericano deberá buscar la solución a sus problemas en el Estado y en

la sociedad civil que se están perfilando, impactados ambos por toda una serie de reformas y transformaciones que si bien afectan el funcionamiento de la sociedad en general, se expresan y evidencian con crudeza en un sector tan importante y vulnerable como lo es el de la salud. Habrá que esperar y confiar en que se registre un verdadero proceso de transformación del Estado para elevar su capacidad de acción y una genuina y adecuada intervención de la sociedad civil que garantice el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población.

Notas

1. A nivel teórico se entiende por Descentralizar "aumentar el poder de la autonomía de decisión y control de los recursos, las responsabilidades y las competencias de las colectividades locales, en detrimento de los órganos del Estado central" (Preteceille, 1987, citado por Mattos 1990), para flexibilizar los mecanismos existentes y crear otros que permitirían alterar el flujo de poder.

2. Entendemos como Sistema de Salud al "conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles" (Manzanilla, 1989: 10).

Bibliografía citada

1.- Arroyo, Juan (2000). "La reforma del sector salud en el Perú 1990-98. En busca de nuevos modelos de políticas sociales". En **Revista de Ciencias Sociales** Vol. VI N° 2. Mayo-Agosto 2000. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

2.- Bustelo, Eduardo (1992). "La creación del Estado de Malestar: políticas de ajuste y políticas sociales en América Latina". En **Salud Internacional. Un debate norte-sur. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos** N° 95. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, D.C.EUA.

3.- Castaño, Ramón; Arbelaez, José; Giedion, Ursula y Morales, Luis (2001). "Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud". **Serie Financiamiento del Desarrollo** N° 108. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Mayo de 2001.

- 4.- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) (1998). **Documento: Una nueva gestión pública para América Latina.**
- 5.- Dávila, Enrique y Guijarro, Maite (2000). "Evolución y reforma del sistema de salud en México". **Serie Financiamiento del Desarrollo** N° 91. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Enero de 2000.
- 6.- ECA (2000). "Editorial La salud de la pobreza y la pobreza de la salud". Revista **ECA. Estudios Centroamericanos.** 623 Septiembre. Año LV. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" San Salvador, El Salvador.
- 7.- Finot, Iván (2001). "Descentralización en América Latina: teoría y práctica". **CEPAL - Serie Gestión Pública** N° 12. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Santiago de Chile.
- 8.- Guerra, Carlyle (1992). "Los grandes desafíos de la década del 90 y su impacto sobre la salud internacional". En **Salud Internacional. Un debate norte-sur. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos.** N° 95. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, D.C.EUA.
- 9.- Labra, María Eliana (2000). "Las políticas de salud en Chile y Brasil. Apuntes para una comparación". En **Revista de Ciencias Sociales** Vol. VI N° 2. Mayo-Agosto 2000. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- 10.- Manzanilla, Luis (1989). "Un Sistema Nacional de Salud". En **Salud para todos...en Venezuela.** Volumen I. Fundación Fondo Editorial Acta Científica Venezolana. Caracas, Venezuela.
- 11.- Muñoz, Víctor (1999). "En busca de mayor justicia social: la descentralización de los servicios de salud y educación en México". **Revista Mexicana de Sociología.** Vol. 61 N° 4. Octubre-Diciembre. México.
- 12.- Preteceille (1987). citado por Mattos, Carlos (1990). "Descentralización: Una nueva panacea para impulsar el desarrollo local?" en **Revista Estudios de Madrid.** No. 3. Marzo, 1990.
- 13.- Polanco, Jorge y Maingon, Thaís (1999). "¿A dónde nos llevan las políticas de salud?"

La reforma del sector salud: ¿un cambio positivo?" En **Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina**. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

14.- Rocha Da Costa, Ricardo (2002). "Descentralização, financiamento e regulação: A reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990". **Revista de Sociología e Política**. Nº 18. Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Paraná.

15.- Rojas, María (2000). "Participación civil en el proceso de descentralización del sector salud pública en Paraguay". En **Revista de Ciencias Sociales** Vol. VI Nº 2. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

16.- Ruiz, Efraín (1999). "Actualidad y prospectiva de la descentralización de los servicios de salud pública en el Estado de México". **Revista IAPEM**. Nº 42. Abril-Junio. Toluca. México.

17.- Selva Sutter, Ernesto (2000). Al oído de aquellos interesados en la reforma en salud. En ECA. **Revista de Estudios Centroamericanos**. 619-620 Mayo-Junio. Año LV. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" San Salvador, El Salvador.

18.- Sojo, Ana (2000). "Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica". **CEPAL-Serie Políticas Sociales** Nº 39. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile.

19.- Tafani, Roberto (1997). "Reforma al sector salud en Argentina". **Serie Financiamiento del Desarrollo** Nº 53. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Julio.

20.- Titelman, Daniel (2000). "Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes". **Serie Financiamiento del Desarrollo** Nº 104. CEPAL. ECLAC. Santiago de Chile. Septiembre.