XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Políticas de salud pública en tres peronismos.

Florencia Cendali.

Cita:

Florencia Cendali (2009). *Políticas de salud pública en tres peronismos. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1497>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Políticas de salud pública en tres peronismos

Florencia Cendali¹

UBA –UNLu

fcendali@uolsinectis.com.ar

“El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidades de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser un pueblo digno”

(Carrillo; 1951:30).

I. Introducción

¿Por qué estudiar las políticas de salud pública? Es central reflexionar sobre cuáles son los objetivos y acciones de los gobiernos para intervenir en los procesos de salud-enfermedad de la población actual y así prever el mañana, para que el pueblo viva plena y dignamente. Tal como afirma Carrillo se debe estudiar porque “La salud no constituye un fin en si mismo, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena” (Carrillo; 1951:30).

Este artículo tiene el propósito de comparar diacrónicamente el accionar político desde el ámbito de la salud pública, a partir de la creación y expansión institucional del Sistema de Salud durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo en el gobierno de Juan Domingo Perón, su estancamiento y retroceso durante la gestión Peronista de Carlos Menem, y las limitaciones y potencialidades en la gestión Peronista-Kirchnerista actual².

La intención es establecer una serie de interrogantes –muchos de ellos sin respuesta-que permitan debatir sobre qué objetivos, decisiones y acciones de políticas de salud son necesarias para mejorar la salud colectiva actual; tal como señala Barri, es esencial “la participación de todos los que están interesados en el trabajo con la salud, no condicionada a lo que el modelo quiere y permite, sino una participación activa, una participación colectiva (...)”³. Por ende, se pretende lograr un análisis hermenéutico⁴ que permita reinterpretar, para recuperar lo pasado y reflexionar sobre las limitaciones y potencialidades en esta nueva gestión, desde un gobierno que postula recuperar las bases del “nacionalismo popular”.

Es imprescindible realizar comparaciones históricas porque “(...) cuando se atiende a la historia se revelan las rupturas, las invenciones y las crisis, y por ello se pueden compara los órdenes políticos: no la organización de los órdenes políticos, sino sus procesos de construcción” (Sartori, 1999:33). Para que dicha construcción suceda, es necesario recuperar una visión integral de la historia y la sociología como indisociables, donde la comparación sea el método trascendental, ya que “la sociología comparativa no es una rama de la sociología, es la sociología misma” (Durkheim, 2007:35).

1. Este trabajo es parte de una serie de escritos realizados junto a la Lic. Luciana Pozo en el marco de la Maestría en Políticas Sociales -UBA-.

2. Se recomienda el libro de Alejandro Horowicz: “Los cuatro peronismos”, ya que por la brevedad de este artículo, no es posible plantear las especificaciones de los cuatro peronismos planteados por el autor y sólo se postulará la comparación de tres gobiernos peronistas: el inicial de Juan Domingo Perón, el peronista-menemista y -“el quinto peronismo” postulado en el epílogo de la 5ª edición del libro-el peronista-kirchnerista.

3. Véase el video Dr. Horacio Barri “Paradigmas que rigen el modelo de salud” en <http://www.emancipacionsye.com.ar/paradigmas-que-rigen-el-modelo-de-salud-550>.

4. La hermenéutica es la resemantización de lo sucedido en el pasado, interpretado en la exégesis (interpretación en su contexto), para su aplicación al contexto actual.

II. Perón-Carrillo: Institucionalización de las Políticas Públicas de Salud en Argentina

A comienzos del siglo XX, la Argentina sufría enfermedades infecto-contagiosas que manifestaron la necesidad de la intervención del Estado en la creación de servicios sociales públicos. La salud era considerada responsabilidad individual, coexistían distintos tipos de servicios y prestadores que actuaban de forma superpuesta y poco organizada (mutuales, beneficencia, privados)⁵. El Estado no organizaba el sistema de políticas públicas, sino que se encargaba de velar por la higiene, la sanidad de frontera y del medio para el control de epidemias (Alzugaray, 1998). Hasta que “producida la Revolución en junio de 1943, se dictó, el 21 de octubre, el decreto 12.311 creando la Dirección Nacional de Salud pública y Asistencia Social como dependencia del Ministerio del Interior” (Veronelli, 2004:459), recién en 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública y en 1947 el Código Sanitario y de Asistencia Social Nacional, ley N° 13.012.

Si bien es imprescindible reconocer que no se partió de cero, ya que “(...) los socialistas, a los que se sumaron los comunistas y otros movimientos de izquierda, demandaron durante décadas una salud pública que se dedicara a mejorar los niveles de mortalidad y enfermedad del país, a través de acciones donde el deseo de beneficio económico para los individuos y las organizaciones no fuera un factor determinante” (Escudero, 2006:1), fue el gobierno peronista de 1946 quien inició y desarrolló un modelo de Estado de bienestar fundamentado en la “teoría política keynesiana”, el cual se constituyó, en palabras de Lo Vuolo (1998), como un híbrido institucional. Durante este período se extendió la formulación e implementación de políticas públicas que conjugaban principios universales, corporativos -de Seguridad Social- y residuales -de asistencia social- con el único objetivo de consolidar la funcionalidad de dicho Estado.

Durante el período de 1945 a 1955, el modelo que se configuró era de “Planificación estatal centralizada” (Katz, Arce y Muñoz, 1993): se impuso la idea del Estado como “planificador hegemónico” y prestador de todos los servicios de salud. En consecuencia, se instaló la universalidad y la gratuidad como principios fundantes de una sociedad inclusiva.

Los objetivos del Plan de Salud eran integrales, comprendían la *medicina preventiva, sanitaria y social*; es decir, se basaba en la *medicina social*, compuesta por la *relación tetranómica del “enfermo-médico-estado-comunidad”*, diferenciándose del binomio “enfermo-médico” de la medicina asistencial y del trinomio “enfermo-médico-estado” de la medicina sanitaria. Sólo desde la Medicina Social se puede luchar en defensa de los intereses económicos, sociales y políticos para la contemporaneidad y la prevención futura del pueblo.

Fue la primera vez que se planificó, desde la articulación entre salud y estructura sociopolítica, y se trabajó desde la *medicina moderna*. “La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos (...) no hacia los factores directos e la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los factores indirectos de la miseria y la ignorancia, en el entendimiento de que los componentes sociales: la mala vivienda, la mala alimentación y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el Estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos” (Carrillo, 1951:27) Los microbios no eran más la única causa de enfermedad, sino que se relacionaba con la pauperización social y el rol del Estado, ya que “la salud es una condición ineludible del bienestar. No es pues, un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social” (Carrillo, 1951:58).

5 Corresponde mencionar que existían sistemas de salud pública municipal en Buenos Aires y Rosario.

La gestión Carrillo durante el primer gobierno peronista no terminó siendo indiferente antes las necesidades del pueblo sino comprometido por la justicia social a través de políticas sociales universales y desmercantilizadas que buscaban la dignidad del pueblo argentino.

III. Destrucción de las bases Peronistas

a) Comienzos del debilitamiento universalista

Antes de relatar los hechos sucedidos durante la gestión Menemista de la década del '90, se deben mencionar algunos hechos que conllevaron al debilitamiento del sistema universal-gratuito impulsado desde el primer peronismo.

Desde 1955, y principalmente en la década del '70, se hizo manifiesta la crisis de los Estados de bienestar y de la gobernabilidad. En Argentina se comenzó una etapa de incipiente *desconcentración*, ya sea por delegación de responsabilidades a las provincias, o por la expansión de entidades no estatales que controlaban y regulaban las relaciones entre prestadores y prestatarios. Con esta lógica, en febrero de 1970 se sancionó la ley N° 18.610 que “generalizaba la obligación de aportar a una obra social para todos los asalariados (...) Se creaba también el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS)” (Veronelli, 2004:636). En vez de establecer un solo ente de Seguridad Social en salud, como sucedió en casi toda América Latina, se creó un ente diferente por Obra Social, fragmentando un sector de forma que fuese fácilmente manejable.

Así, se emprendió la instauración de las obras sociales sindicales (OOSS) y la diferenciación de los subsistemas de salud, donde el subsistema público ya no fue el único existente, sino que se creó otro subsistema con otros criterios de inclusión. Los trabajadores formales y su familia fueron incluidos en el subsistema de OOSS (financiados a partir del salario), mientras que los trabajadores informales, desempleados, etc., pasaron a la red del subsistema público. En consecuencia, si bien existía una diferenciación funcional entre los dos subsistemas, se pudo mantener el principio de universalidad, a pesar de las tentativas de manipulación de los funcionarios de la dictadura militar de 1976, tal como se intentó con la ley 22.269 que nunca llegó a ser reglamentada.

b) El Peronismo-Menemismo

Durante las décadas del '80 y '90 en América Latina se implementaron procesos con la finalidad de la reforma de los Estados Nacionales, impulsados por los organismos internacionales de crédito.

Es el Fondo Monetario Internacional (FMI) quien "recomendaba" políticas de estabilización, que apuntaban a terminar con la inflación y mejorar la balanza de pagos. Simultáneamente, el Banco Mundial (BM) promovía políticas de ajuste con el objeto de equilibrar las cuentas externas y utilizar dichos recursos en necesidades internas; según ese discurso, el ahorro permitía retornar al crecimiento económico. En el año 1993 el documento “Invertir en Salud” afirmaba que la salud pertenece al ámbito privado, ya que, por ser gobernado por las leyes del mercado, es eficiente y equitativo, en contraposición al subsistema público.

Dichas campañas fueron aprovechadas e impulsadas por la gestión Menemista, acumulando poder político y quebrando las bases del nacionalismo. Es central observar cómo el Menemismo accedió al poder recuperando los discursos peronistas, utilizando hábilmente el aspecto de caudillo-paternal provincial del candidato, simulando preocupación por las necesidades de la población argentina, quien se encontraba desesperada por la hiperinflación y las necesidades económicas. Esto fue vulnerado desde la instauración de la “ley de reforma del Estado”, ley N° 23.696 del 17 de agosto de 1989, donde se traicionaron y destruyeron las bases nacionales.

En este marco se produjeron las reformas sectoriales en los diferentes sistemas que integran la sociedad, resultando una sociedad empobrecida y atravesada por nuevas desigualdades que, en un primer momento, fueron vistas como óptimas por una fracción de la población que mejoró su capacidad de consumo gracias a la ley de convertibilidad –ley N° 23.928 del 27 de marzo de 1991- que la mantenía en un imaginario de mejora social. Lamentablemente sólo lo encontró irreal una década después, cuando sufrió las consecuencias del estallido de dicho modelo cambiario⁶. Con el Menemismo se instauró más fuertemente la brecha inclusión-exclusión como parte central de una sociedad que diferencia y excluye más violenta y dramáticamente: “El gobierno de Carlos Menem logró llevar hasta el paroxismo la lógica de la dictadura burguesa terrorista unificada del ‘76” (Horowicz, 2005:321).

Las reformas del Estado de los años '90 se encontraban inscriptas en el proyecto neoliberal que propiciaba un modelo de Estado mínimo, confinado a cumplir funciones limitadas y precisas (Almeida, 2001; Belmartino, 2005; Laurell, 2000). Es imprescindible destacar el papel activo y decisivo del mismo en el desmantelamiento de funciones e instituciones que eran de su prerrogativa, a través de:

- *la desconcentración*: implica la transferencia y creación de ministerios provinciales, dándole más poder y responsabilidades a la organización local. Debido al federalismo este proceso se dio con anterioridad en la Argentina respecto a otros países de la región.
- *la descentralización*: implica transferir a provincias y municipios, servicios que eran brindados por el Estado Nacional. Estas instancias se responsabilizan técnica y financieramente de la administración de los servicios, aunque no se les transfieren nuevos recursos para hacerlo, por lo que se deteriora la calidad de las prestaciones.
- *la privatización*: implica estrategias formales e informales. Entre sus modalidades formales, se cuenta la transferencia de un servicio público u operación de un organismo público a una organización privada, la reducción de la participación del Estado en las empresas de capital social, la venta de activos y la compra de servicios (contratos), el outsourcing (la privatización de servicios para hospitales). Entre sus modalidades informales, se halla el desfinanciamiento, el deterioro de las instalaciones y de las condiciones de trabajo – remuneración de las empresas.

Se observaba que el objetivo era dejar atrás la matriz universalista y fragmentar el sistema según la demanda. Así es como la década del '90 ha dejado a la salud colectiva fragmentada a partir de los tres subsistemas de salud:

⁶ Mientras que “La pobreza aumentó casi 7 veces entre 1974 y el año 2003 y la indigencia aumentó más de 12 veces” (Escudero y Diloretto, 2005:3), la deuda externa pasó de ser 7.900 millones de dólares en 1975 a 145.300 millones de dólares en 1999, hasta alcanzar a su cúpula en 2002 de 192.000 millones de dólares, luego de finalizar su gobierno Fernando De La Rúa.

El subsistema de las obras sociales (OOSS):

Presta servicios para los trabajadores formales. En Argentina se configura por vía sindical, según rama de actividad. Su expansión se debió a la promoción estatal y a la demanda sindical.

Ya se ha destacado su consolidación institucional a través de la ley N° 18.610. La provisión de servicios es pública y/o privada, dependiendo de la OOSS. Los trabajadores que han finalizado su actividad laboral se encuentran incluidos en el régimen nacional de previsión social a través del Programa Asistencial Médico Integral (PAMI).

Este subsistema se ha redefinido según a quiénes ha incluido y excluido en cada momento histórico según las luchas políticas y sindicales. Sólo los trabajadores en situación de formalidad han mantenido su inclusión dentro de este subsistema durante la implementación violenta del neoliberalismo y la flexibilización laboral.

El subsistema privado:

Está conformado por un conjunto de empresas que prestan servicios de salud a través de médicos que atienden pacientes de manera privada-particular, centros de diagnóstico, clínicas, sanatorios, etc. En la actualidad surge la modalidad de contratos prestacionales con las OOSS.

Se agrupan en dos cámaras empresariales: la cámara de instituciones médico-asistencial de la República Argentina y la asociación de entidades de medicina prepaga. La cobertura es restringida y el financiamiento se ejecuta por los prepagos de usuarios privados. El 65% de los asociados son adherentes individuales y el resto son afiliaciones corporativas. Las diez empresas líderes concentran aproximadamente el 46% de la facturación y el 41% de la demanda. Este subsistema es consecuencia directa del accionar del neoliberalismo; es el que ha obtenido más apoyo y publicidad desde la década del '90 por su "eficiencia".

El subsistema público:

Conserva la universalidad en la cobertura pero queda a cargo de la inclusión de un sector determinado de la población que no puede integrarse por otros medios a los demás subsistemas por no poseer dicha capacidad de pago.

El subsistema público tiene la mayor carga: excluidos de otros subsistemas, enfermos crónicos, individuos con obras sociales pero que no pueden pagar los medicamentos, además de la formación y actualización técnica de los profesionales de la salud, la investigación, la previsión, etc. El subsistema público -por ser histórica y legalmente universal- tiene la obligación de hacerse cargo de toda la población, buscando la integración e inclusión contra todo tipo de discriminación y exclusión.

En síntesis, el menemismo ha dejado un subsistema de salud público que mantiene la universalidad de la cobertura -con algunas políticas focalizadas en las poblaciones más vulnerables-, un subsistema de OOSS que se encarga de los trabajadores en situación de formalidad y un subsistema privado sin regulación, que cubre al 9% de la población, apoyado por los comerciantes nacionales e internacionales.

De esta manera, "el comportamiento del peronismo ha sido el del Doctor Jekyll y Mister Hyde, con extremos de sensibilidad social y de rapiña neoliberal (...)" (Escudero, 2007a:11) bajo el peronismo-menemista. El sistema de salud argentino se halla enmarcado en esta rapiña que ha desmantelado el proyecto de la gestión Carrillo-Perón en el sentido del avance de lo privado sobre lo público, de la mercantilización creciente que ha dejado a la salud colectiva argentina desprotegida.

IV. El Peronismo-Kirchnerismo: ¿Recuperación de las bases del Peronismo? Limitaciones y potencialidades.

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

Desde la gestión del Presidente Néstor Kirchner 2003-2007 y en la actual de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner 2007-2011 se ha proclamado la recuperación de los valores nacionales y populares postulados por Perón, con la finalidad de frenar la desarticulación social generada por la pobreza creciente en las últimas décadas a través de la instauración del neoliberalismo. El inconveniente es cómo mejorar la distribución de la riqueza, cómo devolver la justicia social y la dignidad del pueblo –en palabras de Carrillo-, sin tomar acciones que lo cataloguen como una gestión “autoritaria”, según las voces de los medios de comunicación.

Frente a esta situación, el propósito es reflexionar sobre las limitaciones y posibilidades existentes para intentar recuperar la salud colectiva. Como señala Escudero (2007b): para conseguirla es necesario enfrentar a grupos de presión poderosos -que buscan continuar con el modelo mercantilizador-, utilizando herramientas técnicas que permitan mejorar la salud de manera integral. Las mismas no deben ser aranceladas como mercancías: la provisión de agua potable domiciliar de red, el no hacinamiento en las viviendas, la aplicación de la estrategia sanitaria de atención primaria de salud, ofrecida dentro de un sistema de salud universal y desmercantilizado, y la disponibilidad de medicamentos esenciales; todo esto, mediante técnicas que constituyan mano de obra intensiva para facilitar el control y una óptima salud de la población.

El kirchnerismo encuentra el gran desafío: ¿Cómo hacer para mejorar la salud colectiva?.

1º Para iniciar un proceso de transformación es imprescindible mantener *un Ministerio de Salud Nacional fuerte e integrador*. Se debe considerar la dinámica de la relación entre Ministerio de Salud de la Nación, el nivel provincial y los ámbitos locales –partidos, municipios, etc.-, ya que el primero “Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación” (Belmartino, 2005: 291).

2º El único sentido es *fortalecer la cobertura del sistema de salud público universal-gratuito*. Esto hace referencia a la ampliación de la cobertura de los Hospitales y CAPS, fortaleciendo económica y políticamente a los ámbitos locales. Asimismo, se debe recuperar el concepto de salud como derecho de ciudadanía o de residencia, encontrarse abierto a toda la población, dependiendo de la administración pública, financiándose a través del sistema impositivo y proveyendo servicios a través de la red de efectores de salud. “Es necesaria una

salud de derecho universal, gratuita, preventiva, con médicos necesarios, tecnologías adecuadas, etc.”⁷ Se debe buscar la integración de los subsistemas de salud, ampliando el público y planificando –a largo plazo- la integración de los demás elementos, principalmente el PAMI y las OOSS estatales⁸.

Para que el sistema de salud público mejore, es imprescindible que se multiplique el presupuesto público dirigido al sistema de salud. Aquí radica la importancia de *la reforma del sistema tributario*, para que los impuestos dejen de ser regresivos y pasen a ser cada vez más progresivos. En este punto es donde los Kirchner han recibido más críticas, a través de la fallada postulación de la ley 125 de retenciones móviles agropecuarias.

3° Para poseer un sistema de salud universal es necesaria la implementación de *Políticas Públicas de Salud Universales*, abandonando el sistema de políticas selectivas / focalizadas. La salud pública debe dejar de actuar sobre las poblaciones más vulnerables, para hacerlo de manera universal e integral.

Los gobiernos Kirchneristas se han caracterizado por la recuperación de políticas económicas keynesianas principalmente en los intentos de la redistribución de la riqueza y en algunos otros sectores específicos (educación). Sin embargo, cuando se refiere a la salud, son obligatorias *políticas universales con oferta desmercantilizada*, sobre las cuales no se avanza. Vale la pena ejemplificar con la política de medicamentos, donde es necesario que se provean los recomendados como esenciales por la OMS, que debieran ser fabricados por el Estado Nacional para todo el país, acabando con la mercantilización de los fármacos producidos por la industria privada. “Un escenario de archimáxima sería prohibir en Argentina la venta de medicamentos que no sirven, de medicamentos que cuestan demasiado, de medicamentos que tienen efectos secundarios indeseables, utilizando las capacidades educadoras del Estado (...) El gasto más innecesario en salud en el planeta tierra es el gasto en medicamentos y es cada vez más corrupto”⁹.

4° La selección pública de los trabajadores de la salud –funcionarios o no-, con contratos registrados y beneficios sociales, porque desde el Estado se le debe dar seguridad al trabajador de la salud, terminando con los contratos basura.

Finalmente, Argentina necesita políticas NO mercantiles en salud. Tal como señala Escudero en el proyecto del Plan Fénix, se debe buscar tener “un sistema universal de salud, basado en el derecho de ciudadanía, financiado por las Rentas Generales y en general gratuito (y cuando no lo es, esto se debe al deseo de regular una demanda que de otra forma sería infinita, y no por propósitos de lucro), es la manera más sensata de organizar la oferta de salud colectiva” (Escudero, 2008).

En la actualidad inquieta reflexionar sobre ¿Qué hacer frente a la crisis mundial, financiera y alimentaria, actual? Participar de manera colectiva en políticas sociales, sanitarias y alimentarias universales que permitan frenar los efectos de este neoliberalismo mercantilista impulsor de políticas focalizadas que fragmentaron a la Sociedad Argentina.

⁷ Véase Video Dr. José Carlos Escudero “Nutrición Colectiva” en <http://www.emancipacionsye.com.ar>

⁸ En este punto, desde el Estado Nacional, se ha postulado el interés de regular y controlar el funcionamiento de las prepagas, aunque este intento de ley no ha sido tratado formalmente hasta el momento.

⁹ Véase Video Dr. José Carlos Escudero “Nutrición Colectiva” en <http://www.emancipacionsye.com.ar>

Sólo así se podrá plantear una nueva salud con acceso a toda la población por derecho de ciudadanía, gratuito-desmercantilizado, con buen financiamiento y redistribución solidaria, de fácil provisión y con el Estado Nacional como oferente para todo el pueblo argentino.

Permanecen, mientras tanto, algunos interrogantes: los Kirchner ¿podrán enfrentar las limitaciones y los cuestionamientos de sectores poderosos del neoliberalismo mercantil impuesto por el menemismo?, ¿están dispuestos a recuperar la teoría y las prácticas del Gral. Perón y el Dr. Carrillo?. ¿Habilitarán el camino para trans-formar la salud colectiva argentina?

V. Bibliografía

- ✓ Alzugaray, R. (2008): *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Colihue. Buenos Aires.
- ✓ Belmartino, S. (2005): *La Atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- ✓ Carrillo, R. (1951): "Teoría del Hospital" Tomo I. Buenos Aires.
- ✓ Escudero, J. C. (2008): "Proceso de integración del Sistema de Salud". Jornadas de Plan Fénix. Buenos Aires.
- ✓ Escudero, J. C. (2007a): "¿De qué hablamos cuando hablamos de salud colectiva?". Revista Encrucijadas N° 27 – UBA, Buenos Aires.
- ✓ Escudero, J. C. (2007b) "Ante una segunda independencia latinoamericana. Posibilidades y dificultades en salud y nutrición". En Biagini, H. y Roig, A.: *América Latina hacia su segunda independencia*. Puertas del Bicentenario. Buenos Aires.
- ✓ Escudero, J. C. (2006): "Ramón Carrillo". En Biagini H. y Roig, A.: *El pensamiento alternativo en Argentina, 1930-1960*. Biblos. Buenos Aires.
- ✓ Escudero, J.C. y Diloretto, M. (2005): "Números de la pobreza". En: Revista Conciencia Social. N° 7. Córdoba.
- ✓ Horowicz, H. (2005): *Los cuatros peronismo*. Edhasa. Buenos Aires.
- ✓ Katz, Jorge (1993): *El Sector Salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- ✓ Laurell, A (2000). "Globalización y reforma del Estado". En Costa, M. y Tajer H.: *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Abrasco. Buenos Aires.
- ✓ Lo Vuolo, R. (1998): *La nueva oscuridad en la política social. Del estado populista al neoconservador*. Ciepp, Miño y Dávila. Buenos Aires.
- ✓ Verronelli, J.C. (2004): *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires.