

V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata, 2008.

# Estilos de liderazgo en la gestión municipal: el caso del Seguro Público de Salud de la Prov. de Bs As. .

Suasnábar, Fanny.

Cita:

Suasnábar, Fanny (2008). *Estilos de liderazgo en la gestión municipal: el caso del Seguro Público de Salud de la Prov. de Bs As.* V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-096/677>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edBm/kFy>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

*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>.*

## **“Estilos de liderazgo en la gestión municipal: el caso del Seguro Público de Salud de la Prov. de Bs As.”**

### **Autor:**

**Lic. Fanny Suasnábar**

**Pertenencia Institucional: Maestría Ciencias Sociales con orientación en salud.**

**FLACSO - CEDES**

**Correo electrónico: [fannysster@gmail.com](mailto:fannysster@gmail.com)**

### **Introducción:**

En los últimos años, se ha observado un cambio en los modelos de gestión municipal. Diversos hechos acompañan esta perspectiva asociada a un profundo proceso de reforma del Estado: mayor interés de los ciudadanos por aspectos cercanos y puntuales de la ciudad, programas de participación de gobiernos locales con organizaciones de base y ONGs, planificación estratégica en ciudades grandes e intermedias, presupuesto participativo, etc. Todos estos fenómenos están mostrando una articulación público –privada, una mayor asociatividad horizontal de los municipios entre sí y la incorporación de nuevos roles económicos y sociales a la gestión municipal. De hecho la nueva Constitución de 1994, también avanza en las Constituciones provinciales la determinación de su alcance y contenido de la administración municipal.

Uno de los procesos que aparece como una tendencia universal, es la descentralización que encuentra fundamentos en la revolución científica y tecnológica, en la Reforma del Estado, en las demandas de la sociedad civil, y en las orientaciones privatizadoras (Bosier, 1990; Coraggio, 1997), donde los gobiernos se convencen de que con estructuras burocratizadas y centralistas, lentas y costosas poco se puede hacer en un mundo que demanda soluciones rápidas y localizadas. (Calderon y Dos Santos, 1990)

La descentralización supone mayores competencias de hecho y de derecho, lo que significa mayor presión para las autoridades locales. Con la descentralización el Estado nacional “tira” la crisis para abajo, hacia las provincias primero y de estas hacia los municipios que después tienen que dar respuestas más amplias, pero muchas veces con similares recursos o sin la capacidad técnica y de gestión necesaria. (Cormick, 1997)

El proceso de descentralización gubernamental tiene como contrapartida, en el campo sanitario, una multiplicidad de respuestas locales, tanto en lo referido a la forma

en que adopta el proceso asistencial como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. La ausencia de coordinación desde el nivel central provoca una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que responde, a grandes rasgos, a dos conjuntos de razones: por un lado, la configuración previa de cada sistema de salud, y, por el otro, la política sectorial adoptada en cada lugar como respuesta al propio proceso descentralizador.

Esta diversidad de situaciones a nivel jurisdiccional y microeconómico deriva en la inexistencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes. Adicionalmente, la localización geográfica de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud. Esta diversidad hace que, desde las instancias de los niveles centrales cuando se planifica “para todos” a fin de garantizar acceso a la salud a todos por igual; muchas veces lo que sucede es que se termina excluyendo a aquellos sectores que menores recursos poseen y que más necesidades tienen.

Pensando en estas dificultades, y a fin de lograr que todos los habitantes tengan acceso a la salud, es que desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se viene llevando a cabo el proceso de descentralización, siguiendo con los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación. Una de las estrategias propuestas en el marco de la descentralización y fortalecimiento institucional al interior del sistema público de salud ha sido el Seguro Público de Salud (SPS). El SPS intenta garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los sectores sociales sin cobertura formal, se basa en la estrategia de Atención Primaria de la Salud con fuerte desarrollo en el primer nivel de atención y con el concepto de responsabilidad nominal sobre la población objetivo, integrada por: embarazadas, nodrizas y niños de 0 a 6 años de edad.

A fines del año 2000 se comenzó a implementar el SPS. Su puesta en marcha se realizó a través de acuerdos políticos y firma de un Convenio de Cooperación Institucional, en el que participaron el Intendente Municipal de cada localidad y el Ministro de Salud de la Prov. de Buenos Aires. También estaban presentes funcionarios de la Secretaría de Acción Social, dado que la población objetivo del SPS, son los beneficiarios del Plan alimentario “Más Vida”, es decir que ambos programas deben articular acciones para brindar asistencia y atención a la población beneficiaria de este Plan.

Desde el Ministerio de Salud de la Provincia se propuso estructurar un modelo de gestión con instrumentos innovadores de gran impacto en la prestación de servicios de salud del sector público. “Ello supone un proceso de fortalecimiento de la capacidad de gestión de las instituciones involucradas a fin de llevar adelante las actividades implícitas, entre las que se encuentra mejorar su capacidad de registro, procesamiento y transmisión de datos. Esto posibilita que se puedan procesar datos y generar información, tanto sobre la demanda expresada por la población beneficiaria como sobre el desempeño de los médicos de cabecera” (Sánchez de León, 2006: 105).

### **Objetivo del trabajo:**

Desde las diferentes perspectivas teóricas, se reconoce como uno de los roles fundamentales, aquella persona encargada de dirigir el proceso de administración de organizaciones, dicho rol es llamado liderazgo. Entre múltiples definiciones coincidimos con Robbins (1996:16) que define el liderazgo como aquella “capacidad de influir en un grupo para la obtención de metas. La fuente de la influencia puede ser formal, como la que proporciona poseer un puesto gerencial en una organización. Pero no todos los líderes son gerentes. El liderazgo sin una sanción formal, es decir, la capacidad de influir que existe fuera de la estructura formal de la organización, es tan importante como la influencia formal y algunas veces más importante aún”.

A su vez otro de los aspectos a tener en cuenta en el ámbito de la administración de organizaciones, son aquellos que se refieren a los objetivos de los individuos en la organización. Chiavenato (1983) afirma que tanto los individuos como las organizaciones poseen objetivos que deben alcanzar, entre varias alternativas posibles. Las organizaciones reclutan y seleccionan sus recursos humanos para, con ellos o por medio de ellos, alcanzar los objetivos organizacionales. Sin embargo, una vez seleccionados los individuos, éstos tienen objetivos personales que luchan por alcanzar y muchas veces se sirven de la organización para conseguirlos.

Sin embargo, el problema de la relación entre empleados y la organización no es únicamente un problema individual. También incluye las relaciones de la organización y los grupos que la integran: en una organización existen al menos dos personas o más que interactúan mediante la combinación de sus capacidades. El éxito o fracaso del conjunto estará determinado por la calidad de las interacciones que se desarrollan por

parte de los miembros. Por tanto, un componente importante de la organización serán los grupos.

Un grupo está compuesto por dos o más personas que actúan recíprocamente, siendo su característica distintiva que su actuación tiene una calidad estable o previsible. Los miembros comparten ciertas percepciones, ideologías, valores, creencias, y normas y estos intereses en común contribuyen a que su desempeño sea previsible.

Desde esta perspectiva, es que nos proponemos como objetivo del trabajo, presentar algunos hallazgos obtenidos en la investigación de la Tesis de Maestría de Ciencias Sociales con mención en Salud de CEDES/ FLACSO, analizar los estilos de liderazgo y los modelos de gestión del Seguro Público de Salud del Municipio de Almirante Brown.

Dicho análisis se realizará a partir de las experiencias relatadas por los actores locales en cargos de la gestión municipal, como así también de los médicos prestadores del SPS. Para ello se tomarán tres (3) dimensiones:

- 1) La *dimensión organizacional*, que se refiere a las habilidades de dominio del contexto donde trabaja el equipo de gestión de salud municipal del SPS.
- 2) La *dimensión interpersonal*, que comprende el conjunto de habilidades de comunicación e interacción entre los miembros que conforman la UCM, con los médicos de cabecera y los beneficiarios del SPS.
- 3) Y por último la *dimensión individual* que involucra las características personales y profesionales; las actitudes en el desempeño del rol y las formas de comportamiento.

El presente trabajo es de carácter exploratorio, tomando como unidad de análisis las Unidades Coordinadoras Municipales (UCM) poniendo el acento en la microgestión, sin desconocer el juego de poder con la meso y la macrogestión.

### **El Seguro Público de Salud, el escenario de la gestión local**

En el escenario local, nos encontramos con el municipio de Almirante Brown que está ubicado en la zona sur del Conurbano Bonaerense, presenta una extensión de 129,33 km<sup>2</sup> de los cuales el 65% corresponde a la zona urbana y el resto a la zona rural /industrial. Según datos del INDEC (2001) tiene 514.622 habitantes, de los cuales 252.255 son varones y 262.367 mujeres. De la población total el 57% no cuenta con cobertura social, y el 19% es población con NBI. De la población total 193.399 son

mujeres de 14 años o más con un promedio de 2 hijos, siendo el mismo correspondiente al grupo etáreo de 14 a 24 años.

El Sector Salud está dividido en dos áreas programáticas georreferenciadas a dos Hospitales Provinciales ubicados en las localidades de Adrogue y Rafael Calzada. En lo que respecta al primer nivel, el municipio cuenta con 17 Centros de Atención Primaria (CAP) y una Unidad Sanitaria Móvil.

Según datos recogidos en la Secretaría de Salud local, el SPS actualmente posee un padrón de 38.400 niños menores de 6 años, a cargo de 40 médicos de cabecera. El 60% de la población beneficiaria se encuentra entre la franja de 2 a 5 años. Los profesionales están atendiendo en CAPs y en postas sanitarias, a fin de brindar mayor accesibilidad a los beneficiarios.

En el trabajo de campo que se realizó en febrero del 2008, en ese momento la Secretaría de Salud del municipio estaba estrenando nuevas autoridades. A pesar de ello, la mayoría de los coordinadores y responsables de programas fueron reconfirmados en sus cargos, lo que garantizó cierta continuidad en los procesos de trabajo y modalidad de gestión. Cabe destacar que durante el periodo 2003-2007 la Secretaría de Salud del Municipio de Almirante Brown tuvo una gestión que promovió el trabajo en el primer nivel de atención, y el SPS vino a fortalecer en términos de recursos humanos, las acciones de promoción, prevención y atención en el área materno infantil. Uno de los datos que reflejan el impacto de dicho trabajo ha sido el fuerte control sobre la tasa de mortalidad infantil, cabe mencionar que al inicio de la gestión la tasa era de 18.0 mientras que al final de la misma fue de 12.4 (DIS, 2006)<sup>1</sup>. Por otro lado, es importante remarcar que la Secretaría de Salud del municipio tuvo un importante respaldo (en términos políticos y técnicos) por el entonces Ministro de Salud de la Nación.

En las entrevistas, conversaciones informales y observaciones participantes que se llevaron a cabo en la coordinación del SPS de Almirante Brown, se registraron numerosas narraciones de situaciones de tensión con el nivel provincial del SPS, como así también malestar e inquietud ante la toma de decisiones que responden a una lógica de racionalidad política, opuesta a la lógica técnica. Estas tensiones, en la mayoría de los casos, suelen tener repercusiones en las diferentes instancias de implementación del programa, ya sea en la inclusión de beneficiarios al padrón, el cupo de médicos que el municipio debe seleccionar según el criterio del Ministerio de Salud. Sin embargo

---

<sup>1</sup> Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada año (DIS, 2006)

también se ha podido documentar algunas afirmaciones que dan cuenta del posicionamiento del coordinador del SPS, con la Secretaria de Salud y con los beneficiarios y los médicos del programa.

Desde la coordinación se afirma:

- Un alto porcentaje de la población con NBI del Municipio no cuentan con recursos para obtener el DNI y no puede ingresar al padrón del SPS. Situación que en la anterior gestión provincial no era requisito indispensable para gozar de los beneficios del programa, ahora es condición imprescindible.
- Los médicos atienden al 30% de los niños que tienen incluidos en el padrón de beneficiarios, el 70% restante nunca consultó. Desde la coordinación, se justifica al médico diciendo que: “ellos ven muchos chicos que están por fuera del padrón”
- Las postas sanitarias no poseen las condiciones mínimas de habitabilidad para que funcionen los consultorios de salud; desde la coordinación se realizaron gestiones para cerrar las postas o acondicionarlas para que reúna los requisitos de salubridad e higiene. Actualmente continúan funcionando en el mismo estado.
- La inestabilidad e incertidumbre que genera el SPS en términos continuidad, aparece fuertemente ante cada cambio de gestión provincial, ese desconcierto se manifiesta a través de los rumores de “que se va a caer” que “va ser remplazado por el Plan Nacer”. Dicho malestar impacta directamente en todos los niveles de implementación del programa.
- Existen supervisiones y controles a los médicos del SPS por parte del nivel central del Ministerio. Se destaca desde la coordinación local que generalmente no hay una devolución de las evaluaciones realizadas. Dichas supervisiones son netamente administrativas y no generan ni proponen cambios para mejorar la calidad de la gestión de salud.

Estas afirmaciones ponen de manifiesto las dificultades en la toma de decisiones por parte de la coordinación local y el fuerte peso de las variables políticas impartidas desde el nivel provincial. En el próximo apartado describiremos las características personales del coordinador del SPS local y el vínculo que genera con sus liderados.

## **El liderazgo en la gestión de salud**

El estilo de liderazgo es un factor importante porque posee un peso destacado sobre los resultados organizacionales. Acordamos con Ruiz (2004) que la conducción es un factor destacado en el desarrollo de las organizaciones. Esta autora expresa que de la forma en que sea ejercido el liderazgo dependerá en gran medida, tanto los logros que cada organización obtenga, como su desarrollo y el crecimiento de sus miembros. El liderazgo es una función requerida dentro de la organización en la que se despliegan simultáneamente atributos, historias y proyectos de vida de las personas y procesos organizacionales contextualizados histórica y socialmente. Así, se pueden considerar prácticas de liderazgo, los modos en que se llevan a cabo, las acciones en pro de los objetivos institucionales y para el sostenimiento de la organización. La promoción y el fortalecimiento de estas prácticas son importantes ya que estimulan adhesiones hacia los objetivos y motivaciones para la acción en los grupos y comunidades.

En el trabajo de campo que se llevó a cabo en Almirante Brown, se desprende de las narraciones de las experiencias particulares de la coordinación del SPS dos aspectos a destacar: por un lado una fuerte influencia de experiencias anteriores de gestión en el ámbito hospitalario, dicha experiencia es interpretada por la coordinación como una instancia de aprendizaje que le permitió sentirse “más segura” en la gestión y en la toma de decisiones. Por otro lado le permitió realizar una proyección personal en términos de crecimiento y legitimación en el cargo por parte de la gestión municipal como así también de la gestión provincial. Cabe destacar que las características personales del coordinador evidenciaban un alto grado de autoritarismo, centrando el poder en su persona, bajando los lineamientos del programa a los médicos sobre el programa, pero a su vez marcando las falencias del SPS a nivel provincial. Es importante remarcar que la coordinación local estaba ampliamente avalada y legitimada por el nivel municipal, este respaldo estaba dado por la trayectoria y las capacidades técnicas, no por un “aval partidario”.

En lo que respecta al vínculo que perciben los liderados, es decir los médicos; se destaca que ellos reconocían y respetaban la coordinación local, remarcando “siempre está cuando la necesitas”, “si surge un problema, te lo resuelve”. De las entrevistas se desprende que la relación que generaba la coordinación era cordial y afectiva. Algunos médicos relataron situaciones límites que les tocó vivir con pacientes de alto riesgo;

ellos remarcaron que la coordinación brindó “contención y respaldo profesional”, actitudes que fueron destacadas y valorizadas por los médicos. Es importante remarcar que los consultorios del SPS funcionan en centros de atención primaria ubicados en zonas de alto riesgo social, con población en extrema pobreza y muchas veces los niños concurren en estado crítico, dificultando aún más el trabajo sanitario.

Siguiendo con Ruiz (2004), podemos decir que quienes aceptan ser liderados por alguien, y forman parte de la organización, están adhiriendo no solo a la persona, sino a sus ideas y sus propuestas de acción. Esto se evidenciaba frecuentemente en los relatos de los médicos, que se definían como “médicos del SPS” diferenciándose del resto de los médicos del centro de salud, con identidad propia, marcada por las siguientes características:

- Tienen un padrón de pacientes con un seguimiento regular.
- Realizan acciones de promoción de la salud (ciclo de charlas con las mamás primerizas en conjunto con las manzaneras del barrio)
- Tienen un ejercicio liberal de la profesión, facturan a la Asociación Médica de Almirante Brown sus honorarios.

Otro de los aspectos que los médicos remarcaban en las entrevistas, era el fuerte sesgo de la formación; la mayoría de los profesionales del SPS son médicos de familias, que poseen una impronta en los lineamientos de Atención Primaria de la Salud (APS), basando su práctica en acciones de promoción y prevención de la salud. Este sustento teórico hace que los médicos se identifiquen con los objetivos del programa y realmente trabajen en pos de cumplir con los postulados de la APS, pero en muchos casos la práctica cotidiana de la atención hace que deban asistir a una demanda de salud muy lejos de aquellos postulados.

### **El impacto de la gestión en la implementación del SPS**

Desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As. se propone al SPS como un sistema asistencial integrado, y gestionado en función a las necesidades de salud de su población beneficiaria. Poniendo el acento en la construcción de un modelo asistencial alternativo tanto al modelo tradicional del sector público como del sector privado

En lo que respecta al modelo de atención gestionado supone la participación activa de los profesionales médicos del primer nivel de atención como orientadores del proceso de atención, y también la intervención de áreas no asistenciales informadas de los problemas de salud y de la calidad del proceso asistencial resultante. Esto implicaría la inclusión de ONGs, instituciones barriales o cualquier otro organismo que se encuentren involucrado directa o indirectamente en los problemas de salud de la comunidad. Esta propuesta tiende a la descentralización, pero no como un instrumento de política social, que promueva a ampliar los espacios de lo público, sino por el contrario estas políticas terminan logrando fragmentar la demanda de servicios de salud y restringiendo la participación de las personas a los pequeños espacios y a los problemas específicos que los aquejan. Frente a esta situación, el SPS termina funcionando como cualquier otro programa focalizado, donde se introduce una estrategia con un enfoque selectivo en el diseño y la implementación de programas sociales, donde su principal objetivo es aumentar la eficiencia en el uso de los recursos y la eficacia de las acciones, concentrándolos en grupos específicos de la población (Brawerman y Minujín, 1991).

Este doble discurso que plantea el SPS se termina plasmando en un modelo de atención basado en un enfoque de APS selectiva, tomando un conjunto limitado de actividades de los servicios de salud dirigida a los sectores pobres de la población, muy lejos de implementar acciones tendientes a la concepción de APS ampliada centrada en la idea de entender a “la salud como un derecho humano y subrayar la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos” (OPS, 2005). Desde esta perspectiva se plantea alcanzar mejoras en la equidad en salud a partir de desarrollar políticas inclusivas, dinámicas y transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros.

Estos diferentes enfoques hacen especial énfasis en determinados niveles de gestión y estilos de liderazgos, desde el enfoque de la APS selectiva, se apunta a la fragmentación del sistema de salud y por ende las decisiones recaen en la microgestión, dando como resultado que se trabaje desde la urgencia, “tapando baches” y “apagando incendios”, brindando muy poco margen para planificar acciones a mediano y largo plazo. A su vez esta situación lleva a que aquellos que ocupan cargos de conducción se encuentren muy limitados para ejercer un liderazgo participativo, dado que los tiempos de acción son muy escasos y las decisiones generalmente no se toman en un espacio de

discusión y reflexión de los actores que intervienen en la implementación del programa, sino que se da en contextos y situaciones de urgencia.

### **Reflexiones finales**

La coordinación del SPS de Almirante Brown opera, a nuestro entender desde la perspectiva centrada en lo que Tennenbaum y Warren (1970), llama funciones del líder. Estos autores afirman que los grupos operan desde dos funciones básicas: las funciones *relativas a la tarea* o de la solución de los problemas y las funciones destinadas a *proteger el grupo*. Estas últimas incluyen actividades para mediar en conflictos y asegurarse que las personas se sientan valoradas por el grupo. Desde el rol de conducción que desempeña la gestión local, creemos que lo realiza eficazmente las dos funciones, ya que desde el lugar de los liderados (los médicos) como desde la Secretaría de Salud Municipal y el Ministerio de Salud de la Provincia, se reconoce y legitima un liderazgo que cumple con las expectativas propuestas. Cabe destacar que a pesar de ser valorada la gestión que se encuentra desempeñando la coordinación local, se logra percibir a través los relatos y experiencias narradas cierto grado de desazón ante la falta de políticas claras provenientes de la Macrogestión.

Por lado es interesante mencionar la importancia de las características personales de los que ejercen el liderazgo, dado que son relevantes para entender el fenómeno. En el caso de Almirante Brown, la coordinación local tenía cierta trayectoria en cargos de gestión, si bien su experiencia provenía del ámbito hospitalario, está le brinda seguridad y autoridad para ejercerlo.

Asimismo creemos que las características de los seguidores, y los vínculos que se generan con el líder, es decir percibirse como pertenecientes a un grupo con ideales y metas en común, recorridos profesionales y prácticas similares fortalecen y reafirman la conformación de grupo.

En lo que respecta al liderazgo y la gestión, consideramos que el conocimiento del contexto se percibe en la acción, y permite enfocarla a los resultados perseguidos. Los resultados de gestión en salud deben estar dirigidos a las comunidades, a la sociedad y a las familias con un marco conceptual sustentado por el paradigma global emergente. En el caso de Almirante Brown, se percibe una capacidad de liderazgo verticalista, centrado el poder en el coordinador, dejando poco espacio a la participación a los liderados, los médicos, que terminan realizando tareas de asistencia sanitaria y muy

pocas acciones de promoción y prevención de la salud. Es decir, muy lejos de las metas propuestas por el programa del SPS.

Para terminar debemos señalar que desde el contexto macro del sector salud, una de las características que presenta, es un alto grado de fragmentación hacia el interior del sistema. Esta fragmentación provoca fallas en la coordinación y articulación lo que atenta contra el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Hoy más que nunca se hace necesario coordinar subsectores, no necesariamente a partir de unificar presupuestos, sino también a partir de establecer prioridades y objetivos conjuntos, concertados, que constituyen un eje fundamental de un sistema de salud equitativo. Cabe destacar que dichas fallas exceden la microgestión, sino que deben ser objetivos de la meso y la macrogestión.

## **Bibliografía:**

BRAWERMAN, J. y MINUJÍN, A (1991) Focalización ¿fábula o herramienta?, Documento de Trabajo N°2 , Buenos Aires, UNICEF, Argentina.

BOSIER, S. (1990) La descentralización, un tema difuso y confuso, en: *Documento 90*. Santiago de Chile, pp 2 a 26.

CALDERON, F. Y DOS SANTOS, M. (1990) Hacia un nuevo orden Estatal en América Latina, en: *Tesis sociopolíticas y un corolario de cierre*. Buenos Aires. CLACSO, pp. 55 a 63

CORAGGIO, J. (1997) *Descentralización, el día después...* Oficina de Publicaciones del CBC. Universidad de Buenos Aires.

CORMICK, H. (1997) El Municipio del conurbano bonaerense. ¿Es posible el paso de la administración a las políticas activas?”, en : *Aportes N° 8* .Buenos Aires, pp. 107 a 225.

CHIAVENATO, I. (1983) Administración: concepto y aplicación, en: *Introducción a la teoría general de administración*. Markron Book. San Pablo, pp 141 a 167.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005) *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*, Washington, Estados Unidos.

ROBBINS, S. (1996) Conceptos, controversias y aplicaciones, en: *Comportamiento organizacional*. Prentice- Hall Hispanoamérica. México, pp16.

RUIZ, V. (2004) Estrategias para una ciudadanía emancipada, en: *Organizaciones Comunitarias y gestión Asociada, una estrategia para el desarrollo de ciudadanía emancipada*” Paidós, Tramas Sociales. Buenos Aires, pp 129-151

SÁNCHEZ DE LEÓN, A. (2006) Informe de evaluación de gestión del Seguro Público de Salud, en: *Jornadas Provinciales del Seguro Público de Salud*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, Provincia de Buenos Aires., pp 105

TENNENBAUM, R. Y WARREN, J. (1970) *Liderazgo y Organización: un abordaje a las ciencias del comportamiento*. San Pablo. Atlas.