Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Jescy Montoya Figuero
jescym@gmail.com

Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis
Leonardo Federico

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Montoya Figuero, J. (2018) *Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015* (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en
<https://doi.org/10.18294/rdi.2018.175503>

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
17ª COHORTE / 2014-2016

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

**PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN
BRASIL, UNA REVISIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE 1985 A 2015**

MAESTRANDA
Médica, Jescy Montoya Figuero

DIRECTOR
Dr. Leonardo Federico

FECHA DE ENTREGA
8 de junio de 2018

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
17ª COHORTE / 2014-2016

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

**PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN
BRASIL, UNA REVISIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE 1985 A 2015**

MAESTRANDA

Médica, Jescy Montoya Figuero

DIRECTOR

Dr. Leonardo Federico

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Guillermo Alonso

Dr. Guido Giorgi

Dr. Hugo Spinelli

FECHA DE APROBACIÓN

18/10/2018

CALIFICACIÓN

10 (Diez)

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de mis seres queridos, familia, compañero de vida y amistades que durante este tiempo me acompañaron en este camino de nuevos aprendizajes. A mi tutor, por su apoyo, orientación y paciencia durante este proceso. Al Instituto de Salud Colectiva y la Universidad Nacional de Lanús por brindarme este espacio de aprendizaje y crecimiento profesional.

RESUMEN

Los procesos descentralizadores predominaron en América Latina durante la década de los noventa, muchos de los cuales coincidieron con la transición hacia la democracia de aquellos países que habían estado bajo regímenes dictatoriales. La salud fue una de las áreas de la política social en que el modelo descentralizador fue aplicado más ampliamente y que además representó un patrón a seguir para las diferentes áreas de las políticas públicas. El objetivo de esta investigación es analizar los fundamentos y controversias del proceso de descentralización del sistema de salud brasileño a partir de la revisión de artículos científicos publicados entre 1985 y 2015. La pregunta que sirve como hilo conductor de la investigación es: ¿cuáles son los argumentos que sustentaron los procesos de descentralización en Brasil? Para responder a esta pregunta se realizó una revisión de artículos científicos publicados entre 1985 y 2015 y el análisis del contenido de dichos artículos. Los argumentos que sustentaron el proceso de descentralización en Brasil son de naturaleza económica, ya que se espera que la descentralización propicie la eficiencia en la asignación de recursos; además supondría la democratización de la toma de decisiones, el empoderamiento de los gobiernos locales y mayor participación de actores diversos en la toma de decisiones sobre su situación de salud, todo esto orientado a lograr procesos más democráticos y horizontales. En el contexto de la Reforma Sanitaria en Brasil, la descentralización del sistema de salud se convirtió en el medio por el cual se garantizaría el acceso y la integralidad de la atención de salud de la población.

PALABRAS CLAVE: descentralización; sistemas de salud; Brasil

ABSTRACT

Decentralizing processes predominated in Latin America during the 1990s, many of which coincided with the transition to democracy of those countries that had been under dictatorial regimes. Health was one of the areas of social policy in which the decentralization model was applied more widely and which also represented a pattern to be followed for the different areas of public policy. The objective of this research is to analyze the fundamentals and controversies of the process of decentralization of the Brazilian health system based on the review of scientific articles published between 1985 and 2015. The question that serves as the main theme of the research is: what are the arguments that sustained the decentralization processes in Brazil? To answer this question, a review of scientific articles published between 1985 and 2015 and the analysis of the content of these articles was carried out. The arguments that underpinned the decentralization process in Brazil are of an economic nature, since decentralization is expected to favor efficiency in the allocation of resources; it would also involve the democratization of decision-making, the empowerment of local governments and greater participation of diverse actors in decision-making about their health situation, all aimed at achieving more democratic and horizontal processes. In the context of the Health Reform in Brazil, the decentralization of the health system became the means by which access and comprehensive health care for the population would be guaranteed.

KEY WORDS: Decentralization; health systems; Brazil

LISTADO DE FIGURAS

- Figura 1. Selección de términos libres y descriptores según la pregunta de investigación 37
- Figura 2. Esquema descriptivo de las etapas de la búsqueda bibliográfica exploratoria en 42
las bases de datos electrónicas seleccionadas entre los meses de septiembre y noviembre
de 2015.

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Espacios de participación colegiada en el sistema de salud en Brasil	34
Cuadro 2. Resultados de las búsquedas en bases de datos electrónicas seleccionadas entre septiembre y noviembre de 2015.	38
Cuadro 3. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos	40
Cuadro 4. Modelo de análisis de los argumentos que sustentan la descentralización	47

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Año de publicación y artículos incluidos en el corpus	48
Tabla 2. Dimensión territorial de los artículos incluidos en el corpus	49
Tabla 3. Eje temático de los artículos incluidos en el corpus	50
Tabla 4. Abordaje metodológico de los artículos incluidos en el corpus	51
Tabla 5. Abordaje metodológico de los artículos del corpus por año de publicación	51
Tabla 6. Argumentos de la descentralización y artículos incluidos en el corpus	53
Tabla 7. Argumentos sobre la descentralización y cantidad de artículos por año de publicación	54

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ABRASCO: Asociación Brasileña de posgraduación en Salud Colectiva

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

BVS: Biblioteca Virtual en Salud

Cebes: Centro Brasileño de Estudios para la Salud

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

CES: Consejos Estatales de Salud

CIB: Comisiones Intergestoras Bipartitas

CIT: Comisión Intergestora Tripartita

CNS: Consejo Nacional de Salud

CONASEMS: Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud

CONASS: Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud

COSEMS: Consejo de Secretarios Municipales de Salud

FMI: Fondo Monetario Internacional

GPAB: Gestión Plena de Atención Básica

GPABA: Gestión Plena de Atención Básica Ampliada

GPS: Gestión Plena del Sistema

INAMPS: Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social

MeSH: *Medical Subject Headings*

NOAS: Norma Operativa de Asistencia a la Salud

NOB: Norma Operativa Básica

PACS: Programa de Agente Comunitario de Salud

SciELO: *Scientific Electronic Library Online*

SUDS: Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud

SUS: Sistema Único de Salud

TCG: Término de Compromiso y Gestión

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	11
1.1 <i>Propósito</i>	11
1.2 <i>Problema</i>	14
1.3 <i>Hipótesis</i>	14
1.4 <i>Objetivo General</i>	15
1.5 <i>Objetivos Específicos</i>	15
2. JUSTIFICACIÓN	16
2.1 <i>Justificación social</i>	16
2.2 <i>Justificación académica</i>	17
2.3 <i>Justificación personal</i>	18
3. MARCO TEÓRICO	19
3.1 <i>Argumentos teóricos sobre la descentralización</i>	19
3.2 <i>Marco contextual: Brasil</i>	24
3.2.1 La Reforma Sanitaria en Brasil	25
3.2.2 La transición democrática y el Sistema Único de Salud	27
3.2.3 La democracia y el Sistema Único de Salud	29
4. METODOLOGÍA	35
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
5.1 <i>Características de los artículos científicos seleccionados</i>	48
5.1.1 Año de publicación	48
5.1.2 Periodo que estudian los artículos	48
5.1.3 Dimensión territorial	49
5.1.4 Eje temático	50
5.1.5 Abordaje metodológico	51
5.2 <i>Argumentos de la descentralización</i>	53
5.2.1 Respuesta al marco regulatorio	55
5.2.2 Promueve la participación	58
5.2.3 Promueve la democracia	61
5.2.4 Incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	62
5.2.5 Mejora las capacidades y prácticas de gestión	64
6. CONSIDERACIONES FINALES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÉNDICES	

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Propósito

Los procesos descentralizadores de las políticas públicas predominaron en América Latina durante la década de los noventa, muchos de los cuales coincidieron con la transición hacia la democracia de aquellos países que habían estado bajo regímenes dictatoriales, salvo algunas excepciones como, por ejemplo, Venezuela y Colombia, países que habían mantenido gobiernos democráticos en los años precedentes al auge de los procesos descentralizadores. La coincidencia de la introducción de procesos de descentralización con la transición a la democracia le confirió un componente de legitimidad a los procesos descentralizadores entre diferentes actores políticos y de la sociedad civil. Como consecuencia, en muchos países de la región, numerosos ámbitos de las políticas públicas fueron traspasados a gobiernos subnacionales lo que desencadenó un complejo proceso de adaptación y reorganización de las estructuras de gobierno locales para responder a las nuevas demandas impuestas por las directrices descentralizadoras (Jordana, 1995). Así, la descentralización ha sido fundamental en la redefinición de las políticas públicas, especialmente aquellas que afectan a los sectores sociales y servicios públicos.

En lo que refiere a los procesos de descentralización de las políticas sociales, cabe destacar que, la implementación de dichos procesos presenta variaciones relevantes para el desarrollo de las políticas sociales, tanto en las fórmulas o modelos institucionales de descentralización, como en la intensidad del proceso descentralizador. Los modelos institucionales de descentralización pueden variar desde aquellos que ponen énfasis en la generación de procesos descentralizadores basados en ámbitos locales con la participación y articulación de actores de la sociedad civil ya existentes, hasta propuestas orientadas al establecimiento de programas de políticas sociales diseñados y gestionados por nuevos niveles de gobierno regional o municipal, lo que supone la recuperación o potenciación de las capacidades de acción dentro de una estructura formal preexistente, como es el caso de algunos estados de tradición federal, en los que los niveles de gobiernos regionales y municipales se abren a un espectro de acción más amplio. En lo que refiere a la intensidad de la implementación del proceso descentralizador, Jordana y Gomà (2004) identifican dos dimensiones, por un lado la jurídico-política, relacionada con el traspaso de responsabilidades a niveles de gobierno de menor

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

jerarquía, y con ello el desplazamiento del poder de decisión política relativa al sector y, la dimensión sustantiva, que refiere a los contenidos de dichas políticas. Bajo la perspectiva del proceso descentralizador, tales contenidos deben responder a las necesidades y realidades del territorio, de lo local, con lo que a través de la descentralización (política y administrativa) se buscaría una nueva pluralidad de respuestas y soluciones a los problemas que aquejan a las poblaciones.

Cabe destacar que el campo de las políticas públicas que ha experimentado cambios con más intensidad ha sido el de las políticas sociales, y dentro de ellas las políticas de salud, como resultado de un intenso proceso de descentralización política y de reforma del sector salud que generan una rearticulación de los niveles intergubernamentales y el territorio (Jordana, 1995; Rondinelli, McCullough & Johnson, 1985; Jordana & Gomà, 2004). El desplazamiento de las responsabilidades inherentes a la formulación y ejecución de políticas de salud desde niveles centrales o nacionales de gestión hacia los ámbitos locales puede estar influenciada por la búsqueda de estrategias de rearticulación de las redes de actores locales, por procesos de apertura de modalidades de gobierno tradicionales hacia sistemas de gestión más plurales e innovadores y, con la búsqueda de mayor participación de integrantes de la sociedad civil.

Con lo dicho anteriormente, no se puede ignorar que los procesos de descentralización aportan posibles ventajas, tales como, la posibilidad de políticas hechas a la medida, acortando la brecha entre los agentes ejecutores y los receptores de las políticas públicas, la ejecución e implementación de una política o servicio basado en un mayor conocimiento sobre los actores a nivel local, mayores posibilidades de participación de integrantes de la sociedad civil y en general una asignación de recursos y servicios más efectivas. Sin embargo, la descentralización de los servicios de salud puede ser también reflejo de estrategias mercantilizadoras y desuniversalizantes de servicios públicos, generadas por la clara subordinación de los procesos descentralizadores de corte neoliberal a la racionalidad económica predominante en la década de los noventa. Este proceso supuso el cuestionamiento de la salud como derecho humano o como beneficio social, es así como, la versión más conservadora y “ajustista” de la reforma del sector salud propone limitar el proceso descentralizador a la provisión de servicios de salud y atención médica individualizada y focalizada, sin considerar el carácter complejo y colectivo de los

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

procesos de salud-enfermedad-atención y la necesidad de articulación multisectorial para generar estrategias integrales orientadas a mitigar las desigualdades sociales (Almeida, 2001).

El Banco Mundial jugó un rol fundamental en la implementación de las estrategias descentralizadoras del sector social y, especialmente en lo que concierne al sector salud. Dicho rol quedó bien establecido en el documento: *Financing Health Care: An Agenda for Reform* (Banco Mundial, 1989), en donde además se fijaron las modalidades de implementación de las estrategias de reforma sectorial de la salud acompañadas de los respectivos y pertinentes ajustes económicos. Cabe aquí destacar que no sólo se trata de directrices de ajuste económico, sino que además supone la reestructuración del sector basándose en la sustitución de valores como el derecho a la salud, por argumentos individualistas y con predominio de una lógica economicista, como el de “riesgo”, definido por la posición social en términos de ingreso monetario de las personas.

Para Almeida (2001), la agenda de reforma propuesta por organismos internacionales como el Banco Mundial, es definida como un conjunto de proposiciones articuladas que suponen, por un lado, el establecimiento de una nueva forma de relación entre lo público y lo privado, disminución de la intervención del Estado en la provisión de bienes y servicios y, por otro, el fortalecimiento de su poder regulador, con el objetivo de llevar la esfera de lo público a solo a aquellos “más necesitados”, generando de esta forma políticas públicas individualistas y focalizadas a grupos de riesgo. En ese sentido, se pretende, además, estimular la privatización de la asistencia médica, fortaleciendo el mercado de la asistencia médica privada y de previsión social.

Con respecto a lo dicho anteriormente, es indudable que existen argumentos encontrados en torno a los resultados de los procesos de descentralización, no obstante, cada país reproduce escenarios particulares e intransferibles, con diversas modalidades institucionales, diferentes ejes de relación entre la descentralización política, mercantilización, la generación de nuevas formas de gestión pública y articulación con la sociedad civil. Es por lo que, en esta investigación el análisis se centra en el proceso de descentralización de Brasil, proceso que, como se menciona arriba, está atravesado por una agenda de reforma, pero a su vez presenta particularidades y especificidades que lo hacen digno de analizar. En Brasil el proceso de reforma y descentralización se da de la mano de un proceso de transición democrática y es percibido como

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

una oportunidad para la consolidación del proyecto de un sistema único de salud, público, universal y descentralizado, basado en la salud como derecho de ciudadanía y deber del Estado (Paim, 2012; Fleury, 2014).

Con el propósito de profundizar sobre las particularidades del proceso de descentralización, esta investigación plantea indagar acerca de los argumentos propuestos en artículos científicos que sustentan el proceso de descentralización en el ámbito de la salud en Brasil publicados a partir de 1985 hasta 2015.

1.2 Problema

La implementación de acciones descentralizadoras puede identificarse a partir de la década de los años setenta, como las acciones que mejor ejemplificaban los procesos de reforma de los Estados nacionales de Europa y América Latina.

La reforma descentralizadora se expresa en diversas formas de articulación entre las esferas de gobierno y otros actores de los territorios, asumiendo así, sentidos y significados variados de acuerdo con el contexto institucional en el cual son formuladas e implementadas. De esa forma, las repercusiones de la implementación de reformas descentralizadoras sobre la gestión local de los servicios de salud son percibidas de manera diversa, conocer e indagar sobre esta diversidad de percepciones y cómo son fundamentadas teóricamente en la producción académica es fundamental para entender las distintas posturas ante los resultados obtenidos en los países en los que se implementaron dichas políticas.

La pregunta que sirve como hilo conductor de esta investigación es: ¿cuáles son los argumentos que sustentaron los procesos de descentralización en Brasil? Esta pregunta pretende ser respondida a través de la realización de una revisión bibliográfica de las investigaciones producidas y publicadas a partir de 1985, año en que inicia el periodo democrático en Brasil.

1.3 Hipótesis

Los argumentos que sustentan los procesos de descentralización de los sistemas de salud en Brasil, a la luz de la premisa de que tales argumentos oscilan entre abordajes de la descentralización, influenciados por los diversos contextos políticos, sociales y regulatorios experimentados durante el período de estudio. Por un lado, la descentralización entendida como

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

un proceso de transferencia de responsabilidades administrativas desde una autoridad de poder más alta a otras subordinadas (Jordana & Gomà, 2004), que se orienta a la búsqueda de eficacia y eficiencia en la gestión de los poderes locales; y por el otro, la idea de que los procesos de descentralización llevarían a la democratización de las esferas locales de gobierno, generando cambios en la direccionalidad del poder local, ampliando la agenda de intereses sociales entendidos por el sistema municipal de salud (Fleury, 2014).

1.4 Objetivo General

Analizar los argumentos del proceso de descentralización del sistema de salud brasileño a partir de la revisión de artículos científicos publicados entre 1985 y 2015.

1.5 Objetivos Específicos

- a. Describir los artículos científicos referidos a la descentralización, en función del año de publicación, período que se estudia, eje temático, abordaje metodológico y dimensión territorial.
- b. Identificar los argumentos y controversias del proceso de descentralización del sistema de salud brasileño durante 1985 a 2015.
- c. Caracterizar los principales argumentos que dieron soporte al proceso de descentralización del sistema de salud brasileño en el periodo de 1985-2015.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 Justificación social

Las políticas de descentralización de los servicios públicos se convirtieron en las acciones primordiales de los Estados para llevar a cabo los procesos de reforma de los sectores públicos durante las décadas de los ochenta y noventa. La salud fue el área de la política social en que el modelo descentralizador fue aplicado más ampliamente en los países de América Latina y que además representó un patrón a seguir para las diferentes áreas de las políticas públicas (Jordana, 1995). Este proceso descentralizador produjo cambios de un fuerte impacto tanto en la formulación de políticas públicas, como en la percepción del papel del Estado por la sociedad civil y las formas de gobierno en ámbitos locales como ocurrió en Brasil, país en que el proceso democratizador incidió de manera fundamental para la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Para algunos autores (Jordana, 1995, Ugalde & Homedes, 2005, Riutort & Cabarcas, 2006) la etapa de descentralización en América Latina es percibida como un periodo de reformas o de ajustes estructurales de los Estados, periodo que puso en marcha la transformación de las políticas económicas a través de cambios en los procesos de asignación y uso eficiente de los recursos; derivado de esto, se establecieron mayores limitaciones al sector público, se crearon nuevos incentivos para el sector privado y se establecieron nuevas formas de relaciones entre el sector público y el privado. Sin embargo, es importante destacar que, si bien es ampliamente aceptada la existencia de una relación estrecha entre los procesos democráticos y la descentralización, esta relación no solo supone una disputa por las autonomías locales en el sentido político-administrativo, sino que al mismo tiempo persigue objetivos en sí mismo democratizadores (Riutort & Cabarcas, 2006).

Estos procesos siguieron enfoques teóricos diversos como el federalismo y, por lo tanto, son entendidos en las esferas locales de gestión de manera distinta. La descentralización es frecuentemente concebida como “la transferencia de responsabilidades, competencias y capacidades desde unidades superiores a organismos de gobierno de menor dimensión territorial” (Rondinelli, McCullough & Johnson, 1989, p.11), pudiendo encontrarse distintas modalidades de esta transferencia. Sin embargo, existen discrepancias y desacuerdos en lo pertinente a los objetivos y resultados de los procesos descentralizadores sobre la esfera local de gestión. Por un

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

lado, se concibe a los procesos descentralizadores del sector público de la salud como las medidas necesarias para responder a las demandas de reforma estatal necesarias para incrementar los niveles de desarrollo de la región, producto de acuerdos en organismos de cooperación internacional, como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Fondo Monetario Internacional (FMI). Estos organismos promovieron la descentralización del sector público con el objetivo de generar y fortalecer las capacidades estatales de gestión de los diferentes niveles de gobierno (Bobbio, Mateucci & Pasquino, 1998). La implementación de las políticas descentralizadoras no siempre reflejó en la realidad su objetivo primordial. Los problemas fiscales y de transferencia de competencias administrativas a organismos locales con sistemas administrativos frágiles, las dificultades para dar respuesta a las demandas sociales en el contexto de la crisis económica de los años ochenta y noventa, junto a los consejos de los organismos multilaterales de cooperación, constituyeron el trasfondo de procesos muy precipitados de descentralización.

También se ha analizado frecuentemente la descentralización en América Latina como parte de los procesos de democratización y como una condición para el incremento de los niveles de participación ciudadana. Desde esta perspectiva, suele destacarse que la descentralización podría abrir oportunidades para una mayor participación de la sociedad civil en el control y fiscalización de la gestión pública generando así más espacios para la innovación en la gestión local de salud (Jordana, 2001).

2.2 Justificación académica

La producción de conocimiento respecto de los procesos de descentralización de los servicios de salud y los efectos que tienen en los ámbitos locales de gestión cobra importancia por el rol que cumplen los sectores locales de gestión en la implementación y evaluación de políticas de salud. Por ello, desde el punto de vista teórico, este trabajo se justifica en la necesidad de generar análisis sobre los diferentes abordajes y corrientes teóricas en las que se fundan los conceptos identificados en la literatura. Desde el punto de vista de la praxis de la prestación de los servicios de salud se justifica porque este análisis resulta fundamental para generar discusiones acerca de cómo se conciben los procesos descentralizadores, su impacto en la gestión local de salud y por ende en los procesos de toma de decisiones que son necesarios para la estructuración y ordenamiento de los servicios de salud.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

2.3 Justificación personal

La elección de este problema de estudio responde a inquietudes que surgieron durante mi ejercicio profesional en el nivel primario de atención, en el que no solo me desempeñaba en actividades asistenciales, sino también en actividades de articulación del centro de salud con actores de la comunidad. En un contexto político y social que fomentaba la articulación del centro de salud y el territorio en pos de la democratización de la toma de decisiones en el nivel local, me inquietaba la diversidad de resultados obtenidos, no siempre acordes a los objetivos propuestos. A partir de esta inquietud y considerando el desarrollo en la actividad académica y de publicación científica en Brasil, se decidió centrar el análisis sobre las publicaciones sobre la experiencia de la descentralización en el campo de la salud en Brasil.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Argumentos teóricos sobre la descentralización

La descentralización es uno de los conceptos más utilizados en las ciencias sociales y administrativas, por lo que la difusión de su uso es muy a menudo seguida por la diversificación de su significado, lo que, según varios autores agranda la dificultad de llegar a una convergencia conceptual. En ese sentido, para Cohen y Peterson (1999) es posible distinguir dos abordajes de la descentralización: uno con énfasis en formatos o modalidades de descentralización y otro con énfasis en las dimensiones del proceso.

El abordaje con énfasis en el ‘formato’ tiene su origen en las teorías de administración pública, en el cual se define a la descentralización como un conjunto de modalidades de transferencia de funciones de planificación, toma de decisiones o gestión desde el gobierno central y sus agencias hacia unidades jerárquicamente subordinadas al gobierno central, organizaciones locales, agencias regionales, autoridades funcionalmente especializadas, organizaciones no gubernamentales o instituciones privadas (Rondinelli, McCullough & Johnson, 1989).

Según Rondinelli, (1983), en esta forma de transferencia de responsabilidades o funciones desde una autoridad de poder más alta a otras subordinadas se pueden distinguir cuatro formas principales de descentralización:

1. Desconcentración: se define como la transferencia de la responsabilidad administrativa a niveles más bajos dentro de la estructura del gobierno central. Lo distintivo de la desconcentración es que el desplazamiento de las responsabilidades administrativas se hace a oficinas regionales o agencias especializadas que se encuentran dentro de la estructura central del gobierno.
2. Delegación: esta modalidad transfiere la responsabilidad gerencial de funciones específicas a agencias u organizaciones por fuera de la estructura burocrática regular del Estado. Si bien, dichas organizaciones pueden operar con cierta autonomía de las regulaciones gubernamentales, es este quien tienen en última instancia la responsabilidad central en la toma de decisiones.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

3. Devolución: es la transferencia de funciones con capacidad de tomar decisiones desde el gobierno central a las autoridades de subunidades locales y regionales, legalmente constituidas, tales como estados, provincias, distritos, etc.
4. Privatización: se trata de la transferencia de responsabilidades y funciones del sector público al sector privado u organizaciones paralelas, como asociaciones de comercio, cooperativas, partidos políticos, fundaciones, entre otras.

Los tipos de descentralización descritos anteriormente reflejan la tendencia predominante en los años ochenta y noventa, en los que las organizaciones sociales y empresas privadas ejercían las funciones y acciones antes conducidas por el Estado, en virtud de la expansión de las ideas de New Public Management predominantes en la época (Almeida, 2008, Jordana 2001).

Para el análisis de la descentralización basado en las dimensiones del proceso, la misma es entendida como un proceso multidimensional, de naturaleza fiscal, política y administrativa, caracterizado por la transformación de una estructura monolítica de ejercicio de responsabilidades, capacidades decisorias y gestión de recursos (humanos, financieros) en general representada por el Estado, en una estructura de naturaleza policéntrica, dada por una combinación de autonomía y regulación entre un centro y los demás núcleos locales (Falleti, 2005).

Ahora bien, los procesos descentralizadores experimentados en los países de la región se dan en contextos de procesos de transición democrática, especialmente en los países del cono sur. En esos países, la democracia adquirió un papel sustantivo en las modalidades de implementación de las políticas descentralizadoras y reformas sectoriales. De forma general, en América Latina las luchas por la inclusión social en condición de ciudadanía, iniciadas por los movimientos y organizaciones, basadas en una agenda de problemáticas sociales y necesidades que el Estado no había sido capaz de atender, fue un elemento esencial para la construcción de nuevos sujetos políticos y para la transformación de la institucionalidad existente (Fleury, 2014).

En Brasil, fue posible forjar de esa forma una nueva red basada en las luchas sociales, en la que se difundió la conciencia del “derecho a tener derechos” (Telles, 1998) proyectando una nueva estructura de relaciones entre Estado y sociedad, en la cual la obtención de derechos fue asumida como parámetro público para generar y ampliar el debate sobre justicia y legitimidad. El reconocimiento de estos nuevos actores en la esfera pública ampliada tenía la capacidad de transportar sus demandas y carencias, sean ellas materiales o de reconocimiento, desde el ámbito

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

de lo privado a la arena pública. Cabe aquí hacer una distinción sobre lo que se entiende por derechos, por un lado, se tiene los derechos fundamentales relativos a la protección y garantía de las libertades civiles: libertad personal, política, económica y constituyen una defensa en contra de la intervención del Estado. Por el contrario, los derechos sociales representan derechos de participación en el poder político y en la distribución de la riqueza social producida (Telles, 1998).

En ese sentido, se puede afirmar que la transición democrática supondría la incorporación de otros componentes, además del funcionamiento del sistema institucional de garantía de derechos sociales y políticos, resumidos como “la oportunidad de formular, expresar y tener preferencias igualmente consideradas en la conducta de gobierno” (Dahl, 1989). Es decir, que se trata de incluir en el Estado democrático de derecho, dimensiones relativas a la administración pública, identificadas por la existencia de efectividad de las acciones estatales por medio de la implementación de políticas públicas hechas a la medida y, por la gobernanza, entendida como la responsabilización (*accountability* en inglés) de los agentes públicos y a la existencia de una red compleja de rendición de cuentas de aquellos que ejercen el poder. Como consecuencia, la integración entre Estado de derecho y Estado social no puede producirse solo en el nivel constitucional, sino también en el nivel administrativo y legislativo. De esa forma, los derechos sociales representarían el camino a través del cual la sociedad entra en el Estado alternando su estructura formal y generando nuevas relaciones entre Estado y sociedad orientadas a la producción de políticas públicas más plurales que consideren el contexto democratizador del momento político.

Así, el Estado asume un papel central en la formulación de las políticas públicas, pero eso no supone una asociación inmediata entre corporativismo y autoritarismo centralizador (Bobbio, 1998), ya que el mismo comparte formatos tanto inclusivos como exclusivos. Estas nuevas formas de ajuste funcional de las relaciones de Estado y sociedad permitirían diferentes conexiones con la democracia. Por un lado, el control autoritario del Estado sobre las representaciones de la sociedad y por otro, el corporativismo societario, entendido como un crecimiento de la sociedad sobre la arena política con el objetivo de lograr la negociación y legitimación de las acciones gubernamentales. Ambos son frutos de la reacción de las elites de gobierno nacional y local a percepciones de crisis de participación y control y de corrientes de

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

proceso de modernización o reforma sectorial, siendo necesario usar el aparato del Estado para generar un nuevo equilibrio en la relación entre sociedad y Estado.

Las posibles relaciones que se establecen entre gobiernos centrales y locales, los mecanismos en que se modifican las estructuras y nexos de poder y los procesos de democratización de los ámbitos locales de gobierno, obligan a realizar un análisis de la trama que se genera entre Estado y sociedad. El predominio del Estado sobre la sociedad y los límites impuestos al ejercicio del poder estatal varían de acuerdo con las vías de transición al capitalismo y así como también las posibles dinámicas entre poder central y local.

De esa forma, la descentralización es entendida como el instrumento a través del cual pueden manifestarse completamente las fuerzas de la nación (Estado-comunidad), en contraposición a las fuerzas del Estado (Estado-persona) que está institucionalmente dominado por el principio de centralización. La descentralización, entonces, sería el medio para poder llegar a través de la repartición de la soberanía a una real libertad política (Bobbio, 1989).

Si bien es cierto que el poder es efectivo solo en tanto está legitimado, es decir, solo cuando se mueve en el ámbito de la ideología que lo justifica y en nombre de la cual puede ser impuesto desde arriba y puede ser aceptado desde las bases, la equivalencia entre bien y descentralización (en tanto garantía de libertad) y mal y centralización (en tanto sinónimo Estado autocrático) se sitúa perfectamente en una época en la que una serie de valores genéricamente sintetizables en el concepto de democraticidad han constituido la base de los cambios institucionales. Si es necesario entender el peso de la noción de democraticidad, también es cierto que las exigencias de igualdad, que también son exigencias de democraticidad son favorecidas por la centralización.

La garantía relativa a las formaciones sociales en las que se desarrolla la personalidad del hombre puede estar vinculada a la descentralización de funciones públicas a entes autónomos y locales, o de otra naturaleza, considerando que su ejercicio puede estar mejor asegurado confiando a aquellos que parecen más directamente interesados y, por lo tanto, más idóneos para conferir el máximo de funcionalidad.

Al valorar las características del Estado moderno, se hace necesario, considerar, además de sus aspectos jurídicos, también lo sustancial de la distribución de poder en el ámbito de la

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

comunidad, adoptando una concepción orgánica del Estado que valore las organizaciones comunitarias destinadas a ampliar los intereses de los individuos.

La descentralización parece así constituirse como el medio jurídico para la afirmación del pluralismo de los centros de poder. Sin embargo, la descentralización puede ser un instrumento para darle cuerpo efectivo al pluralismo, pero la efectividad del pluralismo depende de la introducción en las estructuras políticas y administrativas de los conceptos de “partido” y de órganos o entes que se puedan identificar como exponentes de determinadas fuerzas o intereses.

Muchos de los equívocos surgidos en torno a las nociones de centralización y descentralización se basan en una polarización de valores, en virtud de lo que cada uno ha tratado de encontrar en la descentralización -definida apriorísticamente como buena o positiva- la defensa y desarrollo de su propia ideología. (Bobbio, 1989; De Vries, 2000). Como consecuencia de esto, la descentralización es objeto de controversias ideológicas, pero sólo por los métodos por medio de los cuales se ejerce o en referencia a los objetivos que se plantea, aun así, se halla insertada como fin a seguir en la mayoría de los programas políticos. Esto se debe al hecho de que cada uno halla en la descentralización lo que considera más oportuno hallar en ella (Bobbio, 1998).

Si bien es cierto, que la centralización y descentralización se conciben como tipos distintos y contrapuestos de ordenamientos jurídico y administrativos, también es cierto que se tratan de figuras comparables en su totalidad únicamente en teoría; no existe un sistema político administrativo que esté exclusivamente orientado hacia la optimación de uno o del otro, por lo tanto, muy difícilmente centralización y descentralización están en estado puro, sino que aparecen como centralización y descentralización imperfectos (De Vries, 2000)

En lo que refiere a la descentralización de los sistemas de salud es importante plantear que un sistema de salud está formado por el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales que tienen como función principal la dirección y ejecución de las acciones referentes a la salud de una determinada población. Estas relaciones pueden expresarse en la conformación de organizaciones, reglas y servicios que buscan alcanzar los resultados de salud coherentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad (Lobato & Giovanella, 2008). Es importante destacar que, si bien es común pensar en los sistemas de salud como el conjunto de los tres subsistemas (público, privado y de obras sociales), tales límites no son suficientes para

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

explicar la compleja red de relaciones que se dan entre los actores, los recursos, problemas e intereses puestos en juego dentro del campo de la salud (Spinelli, 2010).

Así, el análisis e interpretación de los efectos y repercusiones de la implementación de políticas descentralizadoras en los sistemas de salud debe hacerse considerando la complejidad en las dinámicas y relaciones entre los componentes que lo conforman. En ese sentido, resulta fundamental para el análisis la incorporación de las relaciones que se pueden establecer entre los propósitos políticos de la implementación de la descentralización, las organizaciones y los métodos para alcanzar los objetivos planteados. Testa (1997) propone que se establecen relaciones de determinación y condicionamiento que influyen en las formas en que se implementa una política, así como también en la comprensión de ésta como forma de distribución de poder. La incorporación de la distribución de poder en los objetivos de diversas estrategias descentralizadoras puede ser un elemento clave en la comprensión de los resultados de la descentralización de los sistemas de salud, en tanto apuesta democratizadora o, como estrategias que se traducen en la reorganización de las funciones y responsabilidades en la prestación de servicios de salud.

3.2 Marco contextual: Brasil

Brasil es un país de grandes dimensiones que comprende el 47% de la superficie del continente suramericano, con una población estimada de 190.732.694 habitantes. Su sistema político está compuesto por varios partidos políticos y tres niveles de gobierno autónomo, el gobierno federal, 26 estados y un distrito federal y 5.563 municipios.

El sistema sanitario del sistema consta de una variedad de organizaciones públicas y privadas que se establecieron y consolidaron a lo largo de diferentes períodos históricos. A inicios del siglo XX, las acciones de salud pública se caracterizaban por la realización de campañas de salud implementadas de manera autoritaria. El modelo del Estado brasileño para la intervención en las políticas sociales data de la década de 1920 y 1930, en ese período la garantía de derechos sociales y civiles dependían en gran medida de su posición en el mercado laboral (Escorel, 1999). El sistema de protección social de Brasil se expandió durante el gobierno del presidente Vargas (1930-1945) y la dictadura militar (1964-1984). Durante estos periodos los procesos de toma de decisiones y gestión se realizaron sin participación pública y se centralizaron

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

en grandes burocracias. El sistema de protección social estaba fragmentado y era desigual. Para la época, el sistema de salud consistía en un ministerio de salud y el sistema de seguridad social, que proporcionó atención médica a través de la jubilación y la pensiones, distribuidas sobre la base de una categorización establecida por ocupación, lo que originó una distribución diferencial de servicios y coberturas. Las personas que contaban con empleo ocasional recibían un servicio inadecuado de salud (Escorel, 1999; J. Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Después de la toma militar en 1964, las reformas realizadas por el gobierno supusieron la expansión de un sistema de salud predominantemente privado, principalmente en los principales centros urbanos. Entre los años 1970 y 1974, se produjo una fuerte intensificación del financiamiento por parte del gobierno federal a la construcción de hospitales privados y el fomento de la expansión de la atención médica del sector privado. Un sistema de salud basado en el pago de honorarios por servicios a proveedores del sector privado dio lugar a una crisis de financiación del sistema de seguridad social que, junto a la recesión económica que caracterizó a la década de 1980, propició un contexto en el que las aspiraciones a una reforma del sector eran necesarias (Escorel, 1999; J. S. Paim, 2008).

El retroceso político que caracterizó al gobierno de Sarney en sus últimos años de mandato, junto con la profundización de la crisis económica, produjo una rediscusión sobre el papel del Estado como garante de derechos sociales, fortaleciendo el discurso conservador y privatista del periodo dictatorial. Durante la 8ª Conferencia Nacional de Salud surgieron las propuestas políticas en el ámbito del "movimiento sanitario" que resultó en un amplio proyecto democrático de salud reconocido como Reforma Sanitaria (J. S. Paim, 2008).

3.2.1 La Reforma Sanitaria en Brasil

Los procesos políticos y sociales que dieron origen al movimiento de Reforma Sanitaria en Brasil ocurrieron durante uno de los períodos más represivos y autoritarios en la historia de Brasil. Según Paim (2008), las interpretaciones y análisis sobre la reforma sanitaria se hacen en términos de una reforma sectorial, reduciendo el valor de las conquistas obtenidas y los objetivos que se planteaba. Paim sostiene el carácter transformador del proceso de Reforma Sanitaria. En ese sentido, destaca las palabras de Sergio Arouca en las que aludía a una “totalidad de cambios”, es decir a la transformación de la situación de salud en Brasil considerando cuatro dimensiones:

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

una dimensión específica, relacionada a los fenómenos de salud y enfermedad de las poblaciones; una dimensión institucional, conformada por las instituciones y organizaciones de salud; una dimensión ideológica, en la que intervienen valores, conceptos y preconcepciones que intervienen en la expresión simbólica de una determinada situación de salud y enfermedad y; la dimensión de relaciones, dada por la organización social y productiva de la sociedad y la manera en que se distribuyen y apropian de los recursos da forma a las situaciones de riesgo o eventos de salud y enfermedad (Arouca, 1988, p.2 *apud* Paim, 2008, p. 13).

Se podría afirmar entonces que la Reforma Sanitaria implicaba un conjunto articulado de cambios y transformaciones profundas, que no pueden ser equiparadas con las reformas sectoriales propuestas por el Estado, sino que, surgían desde la sociedad civil. En ese sentido, Escorel (1998) sostiene que debido a la necesidad de encontrar las bases teóricas y profundizar las discusiones acerca de la Reforma, los actores encontraron en Gramsci el referencial teórico necesario para el abordaje de temas como: la democracia y socialismo; reforma y revolución; corporativismo y la cuestión social; hegemonía y coerción; saber y praxis; Estado y sociedad; dichas dimensiones si bien, no concluyentes, atravesaron las discusiones y producción escrita de los actores parte del movimiento sanitario en Brasil.

Paim propone el análisis del desarrollo de la Reforma Sanitaria desde una perspectiva sociohistórica, para lo que propone abordar el análisis a través de la articulación de los conceptos de idea-propuesta-proyecto-movimiento-proceso (Paim, 2008). Así, la ‘idea’ estaría representada por las contribuciones de Arouca sobre la articulación de la práctica teórica y práctica política en la generación de la conciencia sanitaria; idea introducida por Giovanni Berlinguer y que se puede definir como las acciones, individuales y colectivas, para alcanzar la salud como derecho de las personas (Paim, 2008). Estas ideas se ven reflejadas en las primeras editoriales de la revista *Saúde em Debate*, medio de difusión de las ideas del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) fundado en 1976 y, la creación de la Asociación Brasileira de posgraduación en Salud Colectiva (ABRASCO).

De acuerdo con Paim la propuesta, entendida como un conjunto articulado de acciones políticas y posicionamientos teóricos, se puede identificar en el documento “La cuestión democrática en el área de salud” presentada por el Cebes en 1979 en el marco del I Simposio de Política y Salud. El ‘proyecto’ fue sistematizado en el documento final de la 8ª Conferencia

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Nacional de Salud. El ‘movimiento’, en este caso el movimiento sanitario, tiene como marco la creación del Cebes y, por último ‘el proceso’; entendido como el conjunto de acciones y actividades en distintos momentos y espacios, se verifica a partir de la 8ª Conferencia Nacional de Salud y las acciones llevadas a cabo en diversos espacios políticos (Paim, 2012).

Se puede afirmar entonces que la Reforma Sanitaria en Brasil, constituyó un proyecto y en ese sentido puede ser definida como un cambio de horizonte y de modo de vida, trasciende los límites de los sectores de las políticas públicas del Estado y que en su génesis y desarrollo está atravesada por aspectos relacionados con la democratización de la salud; la formación de la conciencia sanitaria para el reconocimiento de la salud como derecho vinculado al concepto de ciudadanía; acceso igualitarios a los servicios de salud; participación social en la política y la gestión; democratización del Estado y sus instituciones, y democratización de la sociedad y de los espacios de poder y toma de decisiones. La descentralización en la Reforma Sanitaria ha estado atravesada por valores amplios que permiten concebirla como una oportunidad y estrategia para la democratización de las esferas locales, mediante la incorporación de nuevos actores sociales (Fleury, 2014) y también como un aspecto que complementa los principios de universalidad e integralidad, ya que implica la producción de nuevas relaciones entre las distintas esferas de gobierno, lo que a su vez contribuye a la reconfiguración de las reglas que rigen el campo de la salud. Para algunos autores, la descentralización es el único principio del SUS que no es contrario a las políticas reformistas que predominaron en la región en los años noventa, muchas de ellas contrarias a la idea de ampliación del papel del Estado como garante de derechos. Para Paim (2011), los ideales de democratización y la idea de reducción del papel del Estado, aunque antagónicos, encuentran en las múltiples significaciones y definiciones de descentralización los argumentos para su avance en el marco del SUS.

3.2.2 La transición democrática y el Sistema Único de Salud

En 1985 se suceden varios eventos determinantes en el proceso de Reforma Sanitaria, en ese año se hacen nombramientos de representantes del movimiento sanitario a cargos importantes en el Ministerio de Salud, destaca el nombramiento de Sergio Arouca a la presidencia de la Fundación Oswaldo Cruz y de Hésio Cordeiro en el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS). Estos nombramientos representaron verdaderos hitos en el rumbo de la política de salud de Brasil ya que fueron fundamentales en la elaboración de una propuesta de

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

unificación del sistema de salud mediante la propuesta de incorporación del INAMPS al Ministerio de Salud y la creación de un sistema descentralizado de salud. A pesar de conflictos y resistencias para la incorporación INAMPS al Ministerio de Salud y de fuertes tensiones al interior del movimiento sanitario, en julio de 1987 fue aprobado el decreto que crearía los Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud (SUDS). La propuesta de los SUDS supuso la transferencia de los servicios de salud a estados y municipios, la transferencia a los estados y municipios requirió del compromiso de los dirigentes políticos locales con la propuesta, la implementación del SUDS no fue fácil y estuvo atravesada por tensiones entre los intereses de los diversos actores regionales y municipales (Almeida, 2008).

En 1988, la Constitución, en su artículo 194, estableció que la salud es parte de la seguridad social y es considerada como derecho de todos y deber del Estado (artículo 194), adoptando el concepto ampliado de salud formulado en la 8ª Conferencia Nacional de Salud.

El SUS quedó definido según la Ley 8.080 como “el conjunto de acciones y servicios de salud, prestados por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales, de administración directa e indirecta y de las funciones mantenidas por el Poder Público” (Brasil, 1988)¹. En el artículo 198 se delinean los principios y directrices del SUS:

- La universalidad del acceso a todos los niveles de la asistencia.
- La igualdad en la asistencia de salud.
- La integralidad de la asistencia.
- La participación de las comunidades
- La descentralización político-administrativa.

El SUS entonces debe garantizar el derecho a la salud a nivel nacional y al mismo tiempo debe ser descentralizado, es decir, que las responsabilidades de la prestación de servicios de salud deben ser ejecutadas por las esferas locales del gobierno. El proceso de descentralización predominante en el marco del SUS es la descentralización político- administrativa, es decir que supone la transferencia de la gestión de los servicios públicos de salud y del poder decisorio en lo concerniente a los efectores del SUS desde el nivel federal a estados y principalmente los municipios (Paim, 2008).

---

¹ Traducción libre de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

3.2.3 La democracia y el Sistema Único de Salud

La implementación del SUS comenzó en 1990, el mismo año que asume la presidencia de Brasil, Fernando Collor de Mello, el primer presidente elegido por voto popular desde el periodo de la dictadura. Durante el periodo de Collor se persiguió una agenda neoliberal, en consonancia con el contexto ideológico, político y económico en el que la agenda neoliberal se imponía. En este contexto, se implementaron en el sector salud, políticas racionalizadoras propias de un “sanitarismo de resultados”, orientadas a una medicina simplificada para pobres, excluidos del consumo médico, y acciones de salud pública de bajo costo y alto impacto ((J. S. Paim, 2008). Como parte de la lectura coyuntural del momento, se consideraba que grupos orgánicos a las políticas racionalizadoras podrían adherir al proyecto de salud, actuando de manera paralela en un proceso de privatización del sector, aunque utilizando la retórica de la Reforma Sanitaria.

No obstante, en 1990, el Proyecto de Ley Orgánica de Salud fue sancionado por el presidente Collor. Esta ley disponía las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, así como la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes. Regula en todo el territorio nacional, las acciones y servicios de salud ejecutados, de forma aislada o conjunta, en carácter permanente o eventual, por personas naturales o jurídicas de derecho público o privado (Brasil, 1990); es decir, todos los proveedores de servicios están subordinados a esta Ley.

Cabe aquí resaltar que, de Ley 8080/90, 9 artículos fueron vetados en su totalidad y 5 parcialmente, estos artículos estaban relacionados con aspectos de la descentralización, las relaciones entre esferas de gobierno y el control social de la gestión en salud lo que generó movilizaciones con el objetivo de recuperar los contenidos de los artículos vetados en la ley (Faleiros, Silva, Vasconcellos, & Silveira, 2006).

Así, la Ley Orgánica de la Salud fue complementada por la Ley 8142/90 que regula la participación de la comunidad en el SUS, asegurando la existencia de instancias colegiadas como conferencias y consejos de salud en los tres niveles de gobierno, además de orientar las transferencias intergubernamentales de recursos financieros del área de salud y de exigir la formulación de planes de salud y la creación de fondos de salud (Faleiros et al., 2006; J. S. Paim, 2008).

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Luego de las negociaciones que permitieron la incorporación de los artículos que contemplan y regulan la participación y control social en el marco de la implantación del SUS con la Ley 8142/90, el presidente del INAMPS, publicó la Norma Operativa Básica 01/91, en la que se modificaban algunos de los principios establecidos en la Ley 8142/90.

En 1992, posterior al *impeachment* del presidente Collor por hechos de corrupción, resurge el interés en impulsar la reforma del sector salud. Luego de la realización de la 9ª Conferencia Nacional de Salud en 1992, que denunció el incumplimiento de la legislación sanitaria y defendió la municipalización de la salud, el nuevo gobierno del presidente Itamar formuló la Norma Operativa Básica 01/93 (NOB 1993), en ella se plasmaron las directrices que conducirían la descentralización de las acciones y servicios de salud (Faleiros et al., 2006).

A partir de la NOB 1993 se puso en marcha el proceso de descentralización, un proceso de fuerte orientación municipalista, generando una supeditación de la acción coordinadora del nivel de gobierno estadual a las entidades municipales. Para Almeida (2008), las principales características de la NOB 1993 estaban dadas por su capacidad de reconocer la diversidad de las realidades estaduales y municipales; de propiciar las relaciones entre los niveles del gobierno y, de establecer un proceso de asociación intergubernamental, flexible, gradual y negociado. Además, esta norma contemplaba condiciones distintas de gestión para los estados y municipios, con responsabilidades, incentivos financieros y requisitos diferenciados. El mecanismo de implementación de la NOB 1993 estaba representado por la creación de las Comisiones Intergestores Bipartitas (CIB) en los estados, como instancia por excelencia de negociación entre gestores, con el objeto de institucionalizar un comando único sectorial. Por otro lado, esta norma suponía también el establecimiento de medidas reguladoras de las relaciones entre los niveles estadual y municipal. Estableció la centralidad de los municipios como gestores del sistema local, de acuerdo con tres etapas diferentes (gestión incipiente, parcial y semiplena), y a los estados en dos condiciones de gestión (parcial y semiplena), siempre y cuando se cumplieran criterios específicos para su categorización (Faleiros et al., 2006).

La creación de las CIB como instancia deliberativa para esta decisión fue central en la distribución de atribuciones y responsabilidades en términos de las relaciones federales, ya que su posición estratégica suponía el control del poder de los estados sobre las determinaciones de la política nacional (Levcovitz, 2001).

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

En 1995, durante el primer mandato del presidente Fernando Henrique Cardoso, fue creado el Ministerio de la Reforma Administrativa del Estado, cuyo objetivo principal era conducir un proyecto de reforma general del aparato gubernamental. Este período puede caracterizarse por una "reordenación estratégica del Estado" en el que se profundizaron las políticas orientadas a reducir la función y papel del Estado, con una orientación económica tendiente al desplazamiento una matriz desarrollista a una de competencia. En función de eso, el debate de la segunda mitad de la década de 1990 fue centrado en la reforma administrativa del Estado (Faleiros et al., 2006). La propuesta suponía la reforma administrativa dirigida al sistema de atención médico-hospitalaria, aparentemente desconectada del proceso de implementación del SUS.

En ese contexto, la promulgación de la Norma Operativa Básica 1996 (NOB 1996), representó un punto de inflexión en el proceso de reforma sectorial; implicó la reversión de la orientación municipalista, al fortalecer el rol de los estados en la coordinación y conducción de los sistemas estatales de salud, que incluyen los sistemas municipales. El cambio en los mecanismos de asignación de recursos financieros fue el principal instrumento inductor de la NOB 1996, con la institucionalización del PAB –Piso Asistencial Básico– para la atención básica, y de incentivos financieros específicos para los programas de Salud de la Familia (PSF) y de Agente Comunitario de Salud (PACS) (Faleiros et al., 2006).

Las implicaciones más resaltantes de la NOB 1996 fueron, por un lado, la reorganización del modelo asistencial a partir de la atención básica en salud y, por el otro, la reducción de las etapas de habilitación en el nivel municipal –Gestión Plena de Atención Básica (GPAB) y Gestión Plena del Sistema (GPS)– y así lograr la descentralización en el corto plazo de la gran mayoría de los municipios brasileños (Levcovitz, 2001).

A partir de la NOB 1996, se constituye como el recurso financiero con el que se transfiere a los municipios habilitados para la prestación de asistencia básica ambulatoria, aunque también se privilegian los programas como el PACS y se mantienen convenios específicos con programas relacionados con acciones de promoción y prevención de enfermedades como los de VIH, endemias, saneamiento ambiental, entre otros. Para Levcovitz (2001), la rigidez en la asignación

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

de los recursos en los niveles municipal y estadual, repercutió de manera significativa sobre la capacidad decisoria de los gestores subnacionales, es decir, una “recentralización del proceso decisorio”.

Durante el segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, se formuló la Norma Operativa de Asistencia a la Salud (NOAS 2001) a partir del reconocimiento de los avances logrados mediante el proceso de descentralización con la implementación de las NOB anteriores, así como también de los obstáculos para su implementación. Para superar los obstáculos, se propone la regionalización, mediante la organización de sistemas de salud “funcionales” con todos los niveles de atención, no necesariamente confinados a los respectivos territorios, bajo la coordinación de las Secretarías Estaduales de Salud. Así, se concibe el proceso de regionalización como una estrategia de jerarquización de los servicios de salud y de búsqueda de una mayor equidad. Para aumentar la cobertura de la atención básica se instituye en los municipios una nueva etapa de autonomía gerencial, la de Gestión Plena de Atención Básica Ampliada (GPABA), que define “áreas de actuación estratégicas mínimas” detalladas según el tipo de actividad, que agregan procedimientos y acciones al paquete anterior definido por el PAB (Levcovitz, 2001).

La NOAS busca fomentar un mayor protagonismo del nivel estadual en la coordinación de los respectivos sistemas municipales y establece mecanismos de articulación entre esos dos niveles, sin embargo, se refuerza el carácter centralizador del nivel federal, pues la aprobación de los estados y municipios para las diferentes etapas de gestión es realizada por el Ministerio de Salud.

Durante el primer mandato Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006) la participación social en salud se amplió, aunque con límites y ambigüedades. Las relaciones Estado-Consejos municipales de salud presentaron dificultades relacionadas con la falta de capacitación de los consejeros, burocratización, “corporativismo,” partidización y disputa de intereses de los consejos (Faleiros et al., 2006). En enero de 2006, la Comisión Intergestora Tripartita (CIT), aprueba el Pacto por la Salud, este tiene como objetivo reunir los pactos desarrollados anteriormente en uno solo, y de esa forma, disolver la dicotomía existente entre los pactos de la asistencia (acciones individuales) y de la vigilancia en salud (acciones colectivas). Un rasgo resaltante es la eliminación de la habilitación para los estados y municipios. Se plantea, establecer

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

de manera clara, las responsabilidades de las acciones de salud en el marco del SUS, es decir, todos los gestores son considerados plenos de sus responsabilidades, sustituyendo el proceso de habilitación por la adhesión al Término de Compromiso y Gestión (TCG) (J. Paim et al., 2011). Los cambios con respecto a las NOB anteriores, pueden situarse en cinco grandes ámbitos: sustituir el proceso de habilitación por la formalización de términos de compromiso de gestión; señalar la regionalización solidaria como eje de la descentralización; aprobar una propuesta de integración de varias formas de traspaso de recursos federales a estados y municipios en bloques de financiamiento; cobrar la explicitación de los recursos de costeo propios de las esferas municipal y estado; y unificar los procesos de pacto de indicadores a partir de 2007 (Guerreiro & Branco, 2011).

El Pacto por la Salud, por medio de sus tres componentes - el Pacto por la vida, el Pacto en defensa del SUS y el Pacto de gestión, define el TCG como el instrumento formalizador de este pacto. El TCG contiene las metas y objetivos del Pacto por la Salud, las responsabilidades y atribuciones de cada gestor y los indicadores de monitoreo.

La dimensión del Pacto por la vida incluye compromisos y metas relacionadas con la salud del anciano, cáncer de cuello de útero y de mama, mortalidad infantil y materna, enfermedades emergentes y endemias (con énfasis en el dengue, la lepra, tuberculosis, malaria e influenza), promoción de la salud y atención básica. El componente Pacto en defensa del SUS involucra acciones articuladas por las tres instancias federales en el sentido de reforzar el SUS “como política de Estado más que política los gobiernos”; y de defender, los principios constitucionales del SUS.

El tercer componente del Pacto por la salud es el Pacto de Gestión; este establece las responsabilidades de cada ente federado, para fortalecer el proceso de gestión compartida y solidaria del SUS. Para el logro de este objetivo, determina como prioridades: la definición de la responsabilidad sanitaria de cada instancia gestora del SUS, superando el proceso de habilitación; y el establecimiento de directrices para la gestión del SUS, con énfasis en la descentralización, regionalización, financiación, programación pactada e integrada, regulación, participación y control social, planificación, gestión del trabajo y educación, en la salud (Brasil, 2006).

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

En la dinámica de la implementación del SUS, se generaron estructuras de decisión formal y de gestión institucionalizada que acompañaron el proceso de descentralización del sistema: las Comisiones Intergestores y los Consejos de Salud (nacional, estatales y municipales), que actúan articulados con el aparato del Estado. Concebidos desde una perspectiva democratizadora, estos espacios de discusión se constituyen como instancias de participación donde los representantes de los diversos intereses sectoriales expresan su voz y voto.

Cuadro 1. Espacios de participación colegiada en el sistema de salud en Brasil

Espacio de participación	Características
Conferencias de Salud (Ley 8142/1990)	Es convocada por el Poder Ejecutivo o por el Consejo de Salud cada cuatro años, con la representación de varios segmentos sociales. Los delegados son elegidos en cada estado. De carácter consultivo, tiene por función la evaluación de la situación de salud y el establecimiento de directrices para la formulación de la política de salud en los niveles correspondientes.
Consejo Nacional de Salud (CNS)	Es un órgano permanente y deliberativo, a nivel nacional, en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la Política Nacional de Salud. Está compuesto por representantes del gobierno, prestadores de servicio, profesionales de salud y usuarios.
Consejos Estatales de Salud (CES)	Es la instancia permanente que tiene poder deliberativo a nivel estatal. Fiscaliza y concluye las cuestiones establecidas por la Comisión de Intergestores Bipartita.
Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud (CONASS)	Entidad que reúne y representa a los secretarios estatales de salud.
Consejo de Secretarios Municipales de Salud (COSEMS)	Entidad que reúne y representa el conjunto de los secretarios municipales del Estado.
Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS)	Es una entidad que actúa como articuladora de los secretarios municipales de salud, formula y difunde propuestas y estrategias, presta consultorías, realiza estudios, hace contactos nacionales e internacionales sobre políticas de salud.
Comisión de Intergestores Tripartita (CIT) (NOB 01/1993)	Es el principal foro de negociación de las cuestiones relativas a la formulación de la política de salud, tiene por función asistir al Ministerio de Salud en la elaboración de propuestas para la implantación del SUS.
Comisión de Intergestores Bipartita (CIB)	Es el foro de negociación de los Consejos Municipales de Salud, sometándose al poder deliberativo y fiscalizador del Consejo Estadual de Salud.

Fuente: elaboración propia basada en (Brasil. Ministerio da Saude, 1993; J. Paim *et al.*, 2011)

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

4. METODOLOGÍA

El objetivo de esta investigación es analizar el proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil desde la perspectiva de una revisión bibliográfica de artículos científicos indizados en bases de datos bibliográficas. La pregunta que sirve como hilo conductor de esta investigación es: ¿cuáles son los argumentos teóricos que sustentaron los procesos de descentralización del sistema de salud en Brasil entre 1985 y 2015?

Para responder a la pregunta de investigación se eligió realizar una revisión bibliográfica integrativa. La revisión integradora (integrative review en inglés) es un método de revisión bibliográfica que busca recuperar y resumir teorías y conocimiento producido en investigaciones anteriores, permitiendo recuperar diversas perspectivas y teorías sobre un fenómeno, ya que este tipo de revisión permite la incorporación de documentos con diversa metodología (Whitemore & Knalf, 2005; Broome, 2000).

De esa forma, se procedió a realizar búsquedas en bases de datos de bibliografía científica sobre el proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil entre 1985 y 2015.

La conformación del corpus documental para el análisis es precedida de una serie de momentos metodológicos que hacen al proceso de búsqueda y revisión bibliográfica. En primera instancia se seleccionaron las bases de datos utilizadas en la investigación; dicha selección responde a los requerimientos del problema y pregunta de investigación, por lo que se eligieron bases de datos que permitieran el relevamiento de la mayor cantidad de artículos sobre el tema. Por lo antes dicho, las búsquedas de los artículos que formaron parte del corpus de textos científicos se realizarán en las bases de datos digitales Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual en Salud (BVS), PubMed y Scopus. Se eligen dichas bases de datos ya que representan servicios de indización que permiten recuperar una gran cantidad de artículos, sobre todo aquellos artículos publicados en América Latina, tal como los portales SciELO y BVS, los cuales se constituyen como herramientas primordiales de difusión de investigaciones científicas de habla hispana y portuguesa y de países de América Latina, hecho que resulta fundamental para este estudio; además estas bases de indización contienen artículos con un gran amplitud temática, ya que, recuperan artículos de revistas y colecciones de diversas disciplinas del campo socio-sanitario. Además, se seleccionaron las bases de datos PubMed y Scopus.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

PubMed, es una base de indización pionera, fue creada en 1970 y cuenta con una gran cantidad de registros (aproximadamente 27 millones) centrados en temas relacionados a ciencias de la salud. Si bien Scopus no es una base de datos centrada en la temática de ciencias de la salud, es actualmente una de las bases de datos multidisciplinarias con más cantidad de registros, después de Web of Science (Elsevier, 2016).

Para Bates (1990) el proceso de búsqueda en bases de datos está compuesto por dos partes: un proceso de búsqueda que es realizado por las personas y otro proceso que es realizado por el sistema de recuperación de datos. El proceso que realizan las personas está constituido por todas las estrategias y tácticas que utiliza el investigador para realizar las búsquedas considerando los objetivos, preguntas de investigación y referencial teórico que guía la construcción de las estrategias de la búsqueda, la selección de bases de datos, descriptores y/o términos libres a utilizar. La otra parte descrita por Bates corresponde al proceso de búsqueda mediado por el lenguaje de búsqueda de las interfaces de las bases de datos. En esta etapa es fundamental que el investigador explore las características de las bases de datos, estructura de los buscadores, el tipo de documentos que contienen las bases consultadas, el contenido temático, el lenguaje usado en la base de datos, características de los filtros y la forma en que operan, lenguaje booleano, etc.

Si bien es cierto que se describen estas dos etapas por separado, en el proceso de búsqueda estas dos etapas se articulan entre sí, haciendo el proceso de búsqueda complejo y no lineal. Además, intervienen diversos factores; algunos inherentes al investigador, como, por ejemplo, su conocimiento sobre el tema de investigación y su capacidad para entender el lenguaje de los sistemas o interfaces de búsquedas. Todas estas variables confluyen e interrelacionan en el proceso de toma de decisiones del investigador, sobre todo en lo que concierne a la selección de términos y sus combinaciones en la construcción de la estrategia de búsqueda (Spink & Saracevic, 1993).

En este sentido, se exploraron las bases de datos a utilizar, características de las interfaces de búsqueda, la lógica en que operan los filtros y campos de búsqueda de las bases de datos. Cabe destacar que, en este momento del proceso de búsqueda es de vital importancia la recuperación de los términos relevantes al tema de investigación, considerando como parámetros los objetivos y preguntas de investigación. Estos términos luego fueron organizados y jerarquizados para construir las estrategias de búsquedas preliminares. De esa forma, se definieron los términos

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

libres y descriptores que se usarían en las distintas bases de datos. Para ello se realizaron búsquedas exploratorias de descriptores en la base de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y en la base MeSH (*Medical Subject Headings*), además de términos libres que se consideraron pertinentes al tema y preguntas de investigación. En la Figura 1 se pueden apreciar los términos y descriptores seleccionados de acuerdo con los ejes temáticos y la pregunta que orienta la investigación.

Figura 1. Selección de términos libres y descriptores según la pregunta de investigación

Fuente: elaboración propia

Se usaron los términos de búsqueda en idioma inglés, para recuperar la mayor cantidad de artículos dado que los artículos en estas bases de datos deben tener una traducción al inglés de su título y resumen, independientemente del idioma en que estén escritos, esto se cumple para todas las bases de datos.

Se realizaron búsquedas preliminares probando distintas combinaciones de términos libres y descriptores con el objetivo de profundizar las búsquedas y relevar la mayor cantidad de artículos al corpus de análisis de estudio, luego de realizado este proceso se seleccionaron aquellas combinaciones de términos con mejores resultados en función de los objetivos

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

planteandos en esta investigación. Los términos seleccionados para realizar las búsquedas fueron los siguientes:

- a. Descentralización (*decentralization*)
- b. Sistema de salud (*health system**)
- c. Brazil (*Brazil*)

En el Cuadro 2 se presentan las combinaciones de los términos de búsquedas mencionados anteriormente, filtros y cantidad de trabajos encontrados en las diferentes bases de datos.

Cuadro 2. Resultados de las búsquedas en bases de datos electrónicas seleccionadas entre septiembre y noviembre de 2015.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Cantidad de artículos
SciELO	1° campo: Abstract	115
	Descriptor: <i>decentralization</i>	
	Operador lógico: AND	
	2° campo: Abstract	
	Descriptor: <i>health system*</i>	
	3° campo: Abstract	
	Operador lógico: AND	
	Término: <i>Brazil</i>	
	Filtro: Año de publicación: 1985 a 2015 inclusive	
	Filtro: Tipo de documento: artículo	
BVS	1° campo: Título/Resumen/Asunto	452
	Descriptor: <i>decentralization</i>	
	Operador lógico: AND	
	2° campo: Título/Resumen/Asunto	
	Descriptor: <i>health system*</i>	
	3° campo: Título/Resumen/Asunto	
	Operador lógico: AND	
	Término: <i>Brazil</i>	
	Filtro: Año de publicación: 1985 a 2015 inclusive	
	Filtro: Tipo de documento: artículo	

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Continuación Cuadro 2

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Cantidad de artículos
PubMed	1° campo: Title/Abstract Término: <i>decentralization</i> Operador lógico: AND 2° campo: Title/Abstract Descriptor: <i>health system</i> * 3° campo: MeSH Operador lógico: AND Término: <i>Brazil</i> Filtro: From 1985/01/01 to 2015/12/31 Tipo de documento: <i>journal article</i>	58
Scopus	1° campo: article title/abstract/keywords Término: <i>decentralization</i> Operador lógico: AND 2° campo: article title/abstract/keywords Término: <i>health system</i> * 3° campo: article title/abstract/keywords Operador lógico: AND Término: <i>Brazil</i> Filtro: From 1985/01/01 to 2015/12/31 Tipo de documento: <i>article</i>	116
Total		741

Fuente: elaboración propia

U

na vez realizadas las búsquedas se inició el proceso de selección de los artículos que fueron incluidos en el corpus para su análisis. Para ello, fue fundamental el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión. Cabe destacar aquí que, si bien se establecen *a priori* los criterios a partir de los cuales se incluirán o no los artículos en el corpus, estos pueden sufrir cambios durante el proceso de lectura preliminar de los artículos de la revisión; las diferentes estrategias y etapas de la revisión no son siempre lineales, es posible que se inicie con búsquedas más amplias y se refinan los criterios en la medida en que el investigador realiza las primeras lecturas de los documentos relevados (Broome, 2000).

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Para esta revisión se consideraron criterios relacionados a la pertinencia temática de los artículos y los objetivos planteados en esta investigación. La elección del recorte temporal a partir de 1985 radica en que es a partir de ese año que se inicia el proceso de transición democrática en Brasil; en 1985 asume como presidente de Brasil José Sarney (1985-1990); durante este período se dan cambios importantes en la orientación de las políticas de salud en Brasil y la conformación del Sistema Único de Salud. En octubre de 1988 fue aprobada una nueva constitución y en 1989 se celebraron las primeras elecciones directas para elegir el presidente de Brasil. Este período de transición a un sistema político democrático se tradujo en medidas de reforma y ajuste que impactaron y supusieron una ampliación de los canales de participación en el plano local (J. S. Paim, 2008).

En el Cuadro 3 se muestran los criterios de inclusión y exclusión utilizados para la selección de los artículos que conforman el corpus documental.

Cuadro 3. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Los artículos deben abordar la descentralización del sistema de salud en Brasil.	Artículos que aborden la descentralización en otros sectores de las políticas públicas, que no sea los sistemas de salud.
Artículos publicados en el periodo que comprende el 1 enero de 1985 y el 31 de diciembre de 2015.	Artículos periodísticos, editoriales, libros, reseñas de libros o publicaciones de conferencias y revisiones bibliográficas.
Artículos que tengan como objeto de estudios Brasil de manera específica o en conjunto con otros países.	Artículos que a pesar de haber sido publicados en el periodo entre 1985 y 2015 tengan como objeto de estudio otro periodo temporal que no incluya este período.
Artículos que aborden temas relacionados con los procesos descentralizadores en el ámbito de la salud, como por ejemplo en municipios, estados, programas de salud, financiamiento, gestión, perspectivas de los actores involucrados.	Estudios epidemiológicos, estudios ecológicos o de vigilancia epidemiológica centrados en enfermedades específicas, ensayos clínicos y estudios experimentales.
Los artículos deben estar disponibles en texto completo, gratuito o disponible a través de acceso institucional.	

Fuente: elaboración propia

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Para algunos autores los métodos de revisión bibliográfica son considerados como la “investigación de la investigación” (Ganong 1987), lo que supone rigurosidad metodológica en el proceso de ejecución de la revisión. Así, todos los procesos llevados a cabo en la búsqueda deben ser claramente explicitados.

En la Figura 2 se diagrama el proceso de selección de artículos para la conformación del corpus de análisis. En una primera instancia se seleccionaron los artículos que resultaron de las búsquedas descriptas en el Cuadro 2 para iniciar el proceso de revisión bibliográfica y de selección de los trabajos que hacen parte del corpus de análisis.

Una vez eliminados los artículos duplicados, se inició una nueva etapa de la revisión, que comprendió la lectura de los resúmenes de los artículos seleccionados, considerando para la misma los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados (ver Cuadro 3). Concluida esta etapa, aquellos artículos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron seleccionados para su lectura completa en la que también fue necesario la aplicación de los criterios de inclusión, para así garantizar la conformación de un corpus documental representativo y coherente con los objetivos de la investigación. Es importante destacar que en esta etapa también se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados y se incorporaron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión de esta investigación, quedando así conformado el corpus de artículos para su análisis.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Figura 2. Esquema descriptivo de las etapas de la búsqueda bibliográfica exploratoria en las bases de datos electrónicas seleccionadas entre los meses de septiembre y noviembre de 2015.

Fuente: elaboración propia

Para iniciar la etapa de procesamiento y análisis de los artículos del corpus fue necesaria la caracterización de los artículos científicos que lo componen, en esta caracterización se relevó información sobre el tipo de abordaje metodológico de los artículos, el ámbito territorial en donde se inscriben (municipal, regional, federal, e intermunicipal), año de publicación, período de estudio y el eje temático relacionado a la descentralización.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Si bien el relevamiento de datos descriptivos de los artículos, como los mencionados anteriormente, es relevante, no es suficiente cuando el objetivo es interpretar las formas en que se construyen los conceptos, sus raíces teóricas, el modo de abordaje del tema y cuáles corrientes teóricas influyen las explicaciones de los problemas y propuestas. Para el relevamiento de la información del corpus se construyó una matriz de extracción de datos. El proceso de construcción de una matriz de datos muchas veces depende de la creatividad del investigador y objetivos de la investigación (Kopler, Lube & Rugbeer, 2007). En ese sentido, Samaja (1993) sostiene que una matriz de datos es una estructura “invariante” y describe cuatro elementos constitutivos: las unidades de análisis, las variables, los valores y los indicadores o “estímulos”, que permiten distinguir los aspectos operacionables de las definiciones teóricas o variables (Samaja, 1993; Ynoub, 2015).

De esa forma, resulta necesario incorporar variables de análisis del corpus que permitan indagar en profundidad los abordajes teóricos de las investigaciones objeto de estudio, para lo cual es requerido un exhaustivo proceso de análisis y reflexión además de la mera descripción de los componentes de los artículos. Por ello, la organización y tratamiento del corpus obtenido se orientó según la técnica del análisis de contenido (Bardin, 1991). Esta técnica permite la interpretación de textos escritos a través de su clasificación y descomposición (Abela, 2001). Siguiendo a Bardin (1991) el análisis de contenido apunta a:

...obtener, por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, indicadores (cuantitativos o no) que permiten inferir conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (variables inferidas) de estos mensajes (Bardin *apud* Gomes, 2012, p. 89)

El análisis de contenido supone, entonces, la aplicación de técnicas sobre el material a analizar, señalando de este modo, que existen varios modos de abordaje. En este sentido, en este estudio se eligió el análisis de contenido temático de abordaje cualitativo. En el análisis de contenido temático, el tema, es central y se constituye como la unidad de significación identificable en un texto al ser analizado según criterios establecidos (Gomes, 2012). Asimismo, el abordaje cualitativo del análisis de contenido supone la interpretación del sentido latente en el texto, se trata de identificar los núcleos de sentido que componen el mensaje, su frecuencia de aparición, usos y formas puede ser relevante para el objetivo de investigación planteado (Marradi, Archente & Piovani, 2007; Gomes, 2012).

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

En el análisis de contenido desde la perspectiva cualitativa es necesaria la realización de ciertos procedimientos, dentro de los cuales se destacan: la categorización, inferencia, descripción e interpretación, cabe aquí señalar que estos procesos no necesariamente ocurren de manera secuencial y dependen de la naturaleza del material a ser analizado (Gomes, 2012).

Siguiendo a Bardin (1991), el proceso de categorización puede realizarse a partir de criterios que pueden ser: semánticos (categorías temáticas); sintácticos (categorías relacionadas con verbos, adjetivos, adverbios); léxicos (relacionados con el ordenamiento interno de las oraciones) y expresivos (relacionados a aspectos del lenguaje).

En esta investigación se realizó el proceso de categorización considerando, por un lado, características descriptivas de los artículos que hacen parte del corpus de análisis. De esa forma, se procedió a agrupar y analizar el contenido de los artículos, de acuerdo con el tipo de abordaje metodológico de los artículos, el ámbito territorial en donde se inscriben (municipal, regional, federal, e intermunicipal), año de publicación, período de estudio y el eje temático relacionado a la descentralización.

Por otro lado, se identificaron los principales ejes temáticos, los argumentos sobre la descentralización presentados, articulando los objetivos analíticos de esta investigación, de forma tal de establecer convergencias y divergencias en los argumentos y controversias encontradas en los artículos. Esto con el objetivo de confirmar la clasificación de los artículos del corpus propuesta y actualizar las categorías en función de lo encontrado en el análisis de los artículos. En esta etapa del proceso de análisis de contenido es de mucha importancia la inferencia, entendida como la deducción de algo de manera lógica en el contenido que se está analizando (Gomes, 2012). Esta etapa del análisis corresponde a una fase intermedia entre la descripción y la interpretación (significación concedida a dichas características), en la cual se acepta una proposición en virtud de su relación con proposiciones ya aceptadas (Bauer, 2002).

Para identificar los argumentos sobre la descentralización en el contenido de los artículos seleccionados se partió de premisas iniciales sobre la descentralización y los argumentos que la sustentan. Los argumentos o razones sobre los cuales se sustenta la descentralización de los sistemas de salud son variados y provienen de diversas corrientes teóricas y campos de saberes que exceden al campo de la salud. Entonces, es posible encontrar argumentos relacionados con el funcionamiento del Estado moderno, como la democratización de los procesos de toma de

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

decisiones, el empoderamiento de los gobiernos locales, la ampliación de la equidad en el acceso a servicios y políticas sociales, la eficiencia en la asignación de recursos, modelos de coordinación y estructuras de modelos gerenciales más flexibles, entre otros (Borja, 1987; De Vries, 2000; Saltman, 2007; Ugalde & Homedes, 2008). A pesar de tal amplitud teórica, algunos autores proponen que los principales argumentos empleados para sustentar los procesos de descentralización son de naturaleza política, económica y de gestión (Falleti, 2005; Teixeira, 2014).

Los argumentos de naturaleza política que sustentan la descentralización se basan en que los gobiernos locales con mayor autonomía propician espacios para el ejercicio democrático (Borja, 1987). Esta autonomía es entendida como una oportunidad para promover la movilización de diversos actores políticos y ampliar su capacidad de articulación con otros actores, agregación de intereses, organización y capacidad de respuesta colectiva. Además, los sistemas políticamente descentralizados permiten que los ciudadanos definan su identidad e intereses sobre la base de la dinámica del campo local, compuesto por organizaciones, movimientos, partidos que operan localmente y se articulan en torno a la resolución de los problemas locales (Schneider, 2003). La autonomía hace que la dinámica local sea propicia para la implementación de políticas más innovadoras y cercanas a las necesidades de la población (Saltman, 2007).

De acuerdo con los argumentos de naturaleza económica, en los sistemas descentralizados de las políticas públicas se asignan recursos con más eficiencia que en aquellos sistemas centralizados y esto se traduce en mejores condiciones de bienestar y mayor equidad (Bossert, Larrañaga, & Ruiz Meir, 2000). Esta idea parte de la perspectiva de que los gestores buscan estrategias de mayor eficiencia en la asignación de recursos ya que los gobiernos de ámbitos locales poseen mejores capacidades para adaptar sus servicios a las características, preferencias, problemas y necesidades de sus beneficiarios (Shah & Shah, 2007).

Los argumentos de carácter gerencial o de la gestión que favorecen la implementación de procesos de descentralización hacen énfasis en las capacidades de los gobiernos locales para desarrollar estructuras de gestión más ágiles, adaptables y responsables ante el control de la sociedad. De Vries (2000) destaca como argumentos que favorecen la descentralización la capacidad para reducir niveles de coordinación, la construcción de procesos de planificación más inclusivos y plurales, ampliar la capilaridad en la implementación de programas y simplificar el

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

proceso de monitoreo y evaluación de resultados. Además, se describen argumentos relacionados a la mejora de la calidad de información generada a nivel local y su utilización para la toma de decisiones y la ampliación de la responsabilidad de los gestores con la calidad de los servicios que se proveen (Rondinelli, 1983).

Si bien es cierto que los autores presentan argumentos válidos para la implementación de acciones descentralizadoras, es importante enfatizar la importancia de la discusión crítica de los argumentos que favorecen la descentralización ya que en ellos convergen propósitos e ideologías diversas que muchas veces se expresan en resultados dispares. La descentralización, entonces, no puede resolver ni ocultar los dilemas políticos e institucionales relacionados con los objetivos de la descentralización y las estrategias a través de las cuales se plantea alcanzar los objetivos (Homedes & Ugalde, 2005; Saltman, 2007).

Así, el proceso de análisis de los artículos se realizó considerando las premisas sobre los argumentos que sustentan la descentralización señaladas anteriormente. Para identificar los argumentos sobre la descentralización en los artículos del corpus fue necesaria su lectura completa y en profundidad, la extracción de partes o fragmentos de textos para identificar los núcleos de sentido

Las posturas o propuestas sobre la descentralización y su posterior categorización dentro del modelo de análisis propuesto. En el Cuadro 4 se muestra el esquema de análisis de los artículos para la identificación de los argumentos sobre la descentralización.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Cuadro 4. Modelo de análisis de los argumentos que sustentan la descentralización

Argumento	Razones	Criterios para el análisis
Respuesta al marco regulatorio	Las leyes y normativas buscaban dar un marco jurídico y regulatorio al proceso de transferencia de las atribuciones y responsabilidades desde el poder central a los niveles regionales (estados) y municipios.	Constitución de 1988, Ley 8.080, 8.142, Norma Operativa Básica 1991, Norma Operativa Básica 1993, Norma Operativa Básica 1996, Norma Operacional de Asistencia 2001, Norma Operacional de Asistencia 2002, reforma psiquiátrica 2001, comisión bipartita, comisión tripartita, Pacto por la salud, Pacto por la gestión
Promueve la participación	La descentralización estimula la participación local en espacios de formulación y gestión de políticas de salud, esto empodera a los ciudadanos y promueve que las políticas de salud estén orientadas a incidir sobre las necesidades y problemas de la población.	participación comunitaria, participación, asociativismo, organización comunitaria, control social, colectivismo, consejos de salud
Promueve la democracia	La descentralización está asociada a la idea de la democratización del campo de las políticas públicas. El centralismo en la formulación y gestión de las políticas públicas es comúnmente asociado al período dictatorial.	democracia, ciudadanía, democratización, derecho, derecho a la salud, autonomía
Incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	A través de la integración de los servicios de salud ofrecidos y mejores sistemas de información. Mejoras en el acceso a los servicios de salud de grupos vulnerables.	financiamiento descentralizado de salud, financiamiento público y privado, cooperación, financiamiento federal, ecualización, distribución equitativa de recursos
Mejora las capacidades y prácticas de gestión	Al tener menos niveles de burocracia y mayor costo de conciencia en el nivel local. Los gestores locales conocen mejor las necesidades de la población, responden más eficientemente a las necesidades locales y evitan los costosos errores que pueden cometerse al tomar decisiones en esferas más altas desconociendo el escenario local.	gestión de la salud; gestión de recursos humanos en salud, Programación pactada integrada y gestión compartida del SUS, determinantes de la gestión, interdependencia y autonomía en la gestión pública de la salud, organización y gestión participativa, <i>accountability</i> , capacidades de gestión, gobernanza, innovación en la gestión, presupuesto participativo, uso de sistemas de información para la gestión.

Fuente: elaboración propia basada en (Saltman, 2007; Ugalde & Homedes, 2008)

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Características de los artículos científicos seleccionados

El primer objetivo específico de esta investigación propone describir el corpus de análisis conformado. En ese sentido, se relevaron variables descriptivas de los artículos considerando el objetivo general que orienta la revisión. Así, se obtuvo información sobre el año publicación, período que se estudia en los artículos, ejes temáticos, dimensión territorial que se estudia y el abordaje metodológico que se emplea en los artículos. Las variables descriptivas y las referencias para cada artículo se encuentran detalladas en el Apéndice A.

5.1.1 Año de publicación

En lo que refiere al año de publicación de los artículos del corpus, se destaca que hay un aumento del número de artículos en la medida en que se avanza en el período de estudio. Se evidencia un claro aumento en la cantidad de artículos en el periodo 2001-2006. En la Tabla 1 se muestra la cantidad de artículos de acuerdo con la división del período temporal del estudio y su distribución porcentual.

Tabla 1. Año de publicación y artículos incluidos en el corpus		
Año de publicación	Cantidad de artículos	Porcentaje (%)
1985-1990	10	9,0
1991-1995	12	11,0
1996-2000	11	10,0
2001-2005	18	16,4
2006-2010	30	24,5
2011-2015	29	26,4
Total	110	100

Fuente: elaboración propia basada en Apéndice A.

5.1.2 Período que estudian los artículos

En lo que refiere al período temporal que se aborda en los artículos incluidos en este corpus, se evidencia que, en la mayoría de los casos el periodo que se aborda está dentro del recorte temporal propuesto para esta revisión, salvo en aquellos artículos que estudian periodos

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

anteriores al recorte temporal propuesto, como, por ejemplo, el artículo de Mello y Viana (2011) en el que se estudia el periodo comprendido entre 1925 a 2010.

5.1.3 Dimensión territorial

Una de las variables descriptivas relevadas de los artículos es la dimensión territorial sobre la cual se basan los artículos. En ese sentido, se agruparon los artículos según la unidad territorial abordada en el artículo. Se agruparon según tres dimensiones territoriales: “federal”, “estado”-entendida como unidad subnacional de primer orden- y “municipio”. En la Tabla 2 se muestra la cantidad de artículos incluidos en el corpus según la dimensión territorial analizada en los artículos.

Tabla 2. Dimensión territorial de los artículos incluidos en el corpus		
Dimensión territorial	Cantidad de artículos	Porcentaje (%)
Federal	38	34,5
Estado	09	8,2
Municipio	63	57,3
Total	110	100
Fuente: elaboración propia basada en Apéndice A		

Cabe destacar que la dimensión territorial sobre la que en su mayoría se basan los artículos incluidos en este corpus documental es el municipio (57,3%), esta característica del corpus puede estar relacionado con los ejes temáticos de los artículos y los objetivos de la revisión. En el proceso de descentralización de los sistemas de salud, el municipio, adquirió un papel de suma relevancia como unidad territorial sobre la que recaía la transferencia de las responsabilidades y atribuciones concernientes a la atención de salud (Riutort & Cabarcas, 2006). Si bien, el municipio es la dimensión territorial que predomina en los artículos del corpus, también es importante destacar aquellos artículos que abordan la descentralización en el contexto federal (34,5%), en esta investigación, se encontraron artículos que evaluaban el proceso de descentralización en el marco de programas federales y las relaciones entre los niveles de gobierno federal y municipal.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

5.1.4 Eje temático

Otras de las variables relevadas para el análisis del corpus fue el eje temático del artículo. En este sentido, cabe aclarar que el objetivo de esta revisión es la descentralización de los sistemas de salud, por lo que en los artículos que constituyen el corpus, la descentralización es central. Sin embargo, se identificaron como ejes temáticos del artículo el contexto en el cual se analizaba la descentralización, de esa forma se obtuvieron 18 siguientes ejes temáticos. En la Tabla 3 se muestran los ejes temáticos identificados.

Tabla 3. Eje temático de los artículos incluidos en el corpus

Eje temático	Cantidad de artículos	Porcentaje (%)
Municipalización en el proceso de implantación del SUDS/SUS*	27	24,5
Gestión	23	20,9
Regionalización	11	10,0
Acciones de promoción y prevención en salud	6	5,5
Organizaciones de gestión de salud (Consejos Municipales de Salud y Comisiones Intergestoras bipartitas)	6	5,5
Financiamiento	6	5,5
Relaciones intergubernamentales (intermunicipales y federales)	5	4,5
Vigilancia epidemiológica	5	4,5
Vigilancia sanitaria	4	3,7
Normas Operativas Básicas y Pactos de Salud	4	3,7
Accesibilidad	2	1,8
Salud mental	2	1,8
Servicios odontológicos	2	1,8
Sistemas de información	2	1,8
Equidad	2	1,8
Democracia	1	0,9
Ciudadanía	1	0,9
Participación	1	0,9
Total	110	100

Fuente: elaboración propia basada en Apéndice A

*SUDS/SUS: Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud/ Sistema Único de Salud

Como se puede apreciar en la Tabla 3, la municipalización en el marco del proceso de implantación del SUDS y posteriormente del SUS, es el eje temático predominante en los artículos incluidos en el corpus documental. La gestión, como eje temático de los artículos es también relevante (20,9%). La regionalización, entendida como una instancia de reorganización

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

del sistema de salud brasileño, que supondría además, una reconfiguración de las relaciones entre distintas esferas de la gestión de la salud, tales como los municipios y los estados (Brasil, 2007).

5.1.5 Abordaje metodológico

Otro aspecto sobre los artículos que fue relevado es el abordaje metodológico propuesto en los artículos. En ese sentido, se destaca el abordaje cualitativo (56,3%) y el ensayo teórico (30%); con menor frecuencia se encontraron artículos con abordaje cuantitativo y cualitativo-cuantitativo.

Por otro lado, las técnicas de recolección de datos que se usaron en los artículos fueron: la entrevista a informantes clave (semiestructurada), encuestas, análisis de datos secundarios, etnografía, grupos focales, análisis de hechos históricos, investigación sociohistórica. En aquellos artículos con abordaje cuantitativo se usaron técnicas de análisis estadístico de datos secundarios, análisis multivariable y análisis factorial de agrupamiento. En la Tabla 4 se muestra la distribución de los artículos del corpus documental según el abordaje metodológico empleado.

Tabla 4. Abordaje metodológico de los artículos incluidos en el corpus

Abordaje metodológico	Cantidad de artículos	Porcentaje (%)
Cualitativo	62	56,3
Ensayo teórico	33	30,0
Cuantitativo	09	8,2
Cualitativo-cuantitativo	06	5,5
Total	110	100

Fuente: elaboración propia basada en Apéndice A

Tabla 5. Abordaje metodológico de los artículos del corpus por año de publicación

Año de publicación	Abordaje cualitativo	Abordaje cuantitativo	Abordaje cualitativo y cuantitativo	Ensayo teórico
1985-1990	0	0	0	12
1991-1995	4	0	0	8
1996-2000	9	0	0	3
2001-2005	15	2	1	0
2006-2010	18	4	3	3
2011-2015	16	3	2	7

Fuente: elaboración propia basada en Apéndice A

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Al analizar el abordaje metodológico de los artículos que componen el corpus documental y los años de publicación, se evidencia un predominio de los artículos tipo ensayo teórico durante el periodo 1985-1990 y 1991-1995. Por otro lado, se destaca un aumento en el número de artículos con abordaje cualitativo a partir del periodo 2001-2005 y en ese mismo periodo se pueden encontrar artículos con abordaje cuantitativo y cualitativo y cuantitativo. En la Tabla 5, se muestran los artículos que componen el corpus según el abordaje metodológico empleado y el año de publicación.

Las variables descriptivas relevadas en este corpus dan cuenta de algunas tendencias relacionadas con la producción científica y publicación de investigaciones sobre dimensiones específicas de las políticas de salud. A finales de la década de 1980, en el marco de la consolidación jurídico y legal del SUS, se inicia un proceso de reflexión acerca de las implicaciones de la implantación del SUS en el ámbito municipal, con predominio de publicaciones de tipo ensayo, se inicia un periodo en el que el interés está volcado a la investigación sobre las estrategias de planificación y gestión del SUS. Surgen los estudios sobre evaluación de programas, análisis de políticas de salud y la discusión acerca de la organización del sistema de salud (J. Paim et al., 2011; Viana, Baptista, Lobato, Noronha, & Carvalho, 2014).

A partir de la última mitad de la década de 1990 se evidencia un crecimiento en la producción científica en el campo de la salud colectiva brasileña, con una clara tendencia a la realización de estudios de análisis de política en salud con énfasis en el ámbito local o municipal y el acompañamiento del proceso de descentralización y su implementación en el ámbito municipal con muy pocos estudios en el ámbito nacional o estadual (Viana et al., 2014). De manera consecuente con el contexto político y administrativo de Brasil y la región, durante este periodo se verifica una intensificación de las discusiones acerca de la implementación de las políticas de reforma sectorial. En ese sentido, surgen debates en el campo académico sobre el rol del Estado en las políticas de protección social, ciudadanía y derechos sociales. Al respecto, Viana (2014) plantea que, si bien estos temas eran fuertemente discutidos en distintos ámbitos académicos, no eran estos los temas que orientaban las investigaciones del periodo. A partir del 2002 se produce un aumento discreto de la producción científica sobre políticas de salud, se verifica en este periodo la realización de estudios que analizan algunas dimensiones de la gestión

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

de las políticas de salud. Además expresa que se incorporan temas en la agenda académica relacionados con análisis de las políticas con foco en el sistema público de salud, las relaciones intergubernamentales en el contexto de la organización federal del Estado de una manera más amplia, no se trata de estudiar solo el municipio, pero si las relaciones entre los niveles de gobierno, en busca de una comprensión de los dilemas y desafíos en la construcción de las políticas públicas de salud (Viana et al., 2014).

5.2 ARGUMENTOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN

En este apartado se presentan los argumentos de la descentralización identificados en los artículos del corpus. La identificación de estos argumentos se hizo considerando el modelo de análisis que se muestran en el Cuadro 4. Cabe aquí señalar que en el proceso de análisis de los artículos del corpus se identificó un argumento (la respuesta al marco regulatorio), que no se encontraba en la propuesta de análisis inicial; esto representa en esta revisión un aspecto relevante, asociado al contexto político e histórico del proceso de descentralización de los sistemas de salud en Brasil. En la Tabla 7 se muestran los argumentos y la cantidad de artículos en que fueron identificados. Es importante aclarar que en cada artículo se identificaron más de un argumento; en el Apéndice B se muestran los argumentos identificados en cada artículo del corpus.

Tabla 6. Argumentos de la descentralización y artículos incluidos en el corpus

Argumento	Cantidad de artículos
Respuesta al marco regulatorio	78
Promueve la participación	37
Promueve la democracia	36
Incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	37
Mejora las capacidades y prácticas de gestión	24

Fuente: elaboración propia basada en Apéndice B.

Como se puede observar en la Tabla 6, el argumento Respuesta al marco regulatorio fue identificado en la mayoría de los artículos (70,9%); seguido por el argumento sobre e incremento de la eficiencia en la asignación de recursos (33,6%), con 32,7% el argumento “Promueve la participación”, con un porcentaje similar (31,8%) el argumento “Promueve la democracia” y finalmente con un 21,8% el argumento sobre la mejora en las capacidades y prácticas de gestión.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Al analizar los períodos de publicación de los artículos y los argumentos identificados se encontró que el argumento “Respuesta al marco regulatorio” es el argumento que predomina en los artículos de este corpus y se evidencia un ascenso en el número de artículos en los que fue identificado a partir del año 2006. El argumento “Promueve la participación” presenta un incremento en la cantidad de artículos en los que es identificado a partir del período de publicación 1991-1995, sin embargo, la cantidad de artículos en los que es identificado se mantiene constante a lo largo del período estudiado. Por otro lado, el argumento “Promueve la democracia” es identificado de manera variable en los artículos durante los distintos periodos de publicación, llama la atención que durante el periodo 2001-2005 es encontrado en solo un artículo y luego se evidencia un aumento en los artículos en los que es identificado a partir del período 2006-2010. El argumento “Incrementa la eficiencia en la asignación de recursos” presenta un aumento en la cantidad de artículos en los que se le identifica a medida que se avanza en los períodos de publicación, con un claro incremento durante el periodo 2006-2010. Lo contrario sucede con el argumento “Mejora las capacidades y prácticas de gestión”, ya que es identificado en mayor cantidad de artículos en el período 2001-2005 y luego desciende el número de artículos en los que se le encuentra en los periodos de publicación posteriores. En la Tabla 7 se muestra la cantidad de artículos en los que se identifica cada argumento por el periodo de publicación.

Tabla 7. Argumentos sobre la descentralización y cantidad de artículos por año de publicación

Año de publicación	Respuesta al marco regulatorio	Promueve la participación	Promueve la democracia	Incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	Mejora las capacidades y prácticas de gestión
1985-1990	11	3	8	2	2
1991-1995	9	7	3	1	6
1996-2000	7	6	6	6	2
2001-2005	11	6	1	4	7
2006-2010	20	7	11	13	4
2011-2015	20	8	7	11	3

Fuente: elaboración propia basada en Apéndice A y Apéndice B

A continuación, se muestran las unidades de registro más representativas de cada argumento que fueron extraídas de cada artículo que forma parte del corpus.

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

5.2.1 Respuesta al marco regulatorio

La orientación descentralizadora de los sistemas de salud en Brasil quedó expresada en la Constitución de 1988. El Sistema Único de Salud, entonces, es dotado de un marco jurídico-normativo, que se traduce en una arquitectura institucional que moldea y media las relaciones intergubernamentales y sus mecanismos de coordinación dentro del SUS, así como también regula la participación de diferentes actores de la sociedad civil. Estos aspectos jurídicos-normativos están presentes en la mayoría de los artículos, y se plantean como los ejes que orientan las estrategias descentralizadoras.

El conjunto de normativas creadas a partir de 1990 buscaron articular las respuestas a la necesidad de tomar decisiones en torno al proceso de descentralizador, como por ejemplo, aquellas decisiones referentes a la naturaleza de los entes descentralizados, la extensión y características de las atribuciones y responsabilidades a ser transferidas, la naturaleza de relaciones entre las esferas centrales y los entes descentralizados, las relaciones entre los niveles de gobierno, federal, estatal, municipal, entre otras (Saltman, 2007).

En gran parte de los artículos del corpus de análisis se hace referencia a la orientación normativa o regulatoria del proceso de descentralización y al rol determinante que cumplen en la ejecución de las políticas descentralizadoras y sus resultados. A continuación, se mostrarán algunas de las unidades de registro identificadas en los artículos que reflejan la orientación normativa en el proceso de descentralización.

En el artículo de Aires y Venuto (1995) sobre el proceso de descentralización en el marco de implementación del SUS en el estado de Minas Gerais, señalan que el proceso de descentralización, en el marco de la implementación de la municipalización de las responsabilidades de las acciones de salud obedecen a una orientación constitucional, al respecto expresan:

La orientación jurídica básica de este sistema consiste en la siguiente determinación:

"La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas destinadas a reducir el riesgo de enfermedad y otros agravios y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación" (artículo 196 de la Constitución Federal, 1988). Añade, además, la Constitución, en su art. 198: "Las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerárquica y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices:

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

- descentralización, con dirección única en cada esfera de gobierno;
- atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales;
- participación de la comunidad. (Aires & Venuto 1995, p.95)²

El proceso de democratización de Brasil durante la década de 1980 juega un rol preponderante en la orientación constitucional de la descentralización del sistema de salud brasileño. Este contexto propició el debate político sobre el derecho a la salud y se expresa en los avances de la Constitución de 1988 que orientaron una serie de cambios del sistema de salud, entendidas como necesarias para transformar un sistema altamente centralizado. Así lo expresan Trevisan y Junqueira (2007):

No es posible desplazar el fuerte espíritu de descentralización vigente en la Constitución de 1988 del momento histórico de su elaboración y promulgación. Los excesos centralizadores del período después de 1964 generaron fuertes presiones descentralizadoras (Trevisan & Junqueira, 2007, p.896)³.

Al respecto Sergio Arouca resalta la importancia de la Reforma Sanitaria y cómo esta se tradujo en las diferentes estrategias de institucionalización:

En síntesis, me parece que en lo fundamental se pusieron en práctica dos estrategias durante los últimos tres años: una estrategia de reforma sanitaria que convino en llamar “desde arriba”, que significa intentar impulsar cambios en la misma organización de la estructura del Estado brasileiro, tomando como campo de lucha fundamentalmente la Asamblea Nacional Constituyente (Arouca, 1989).

Pero además afirma que la estrategia de disputa de poder no se dio solo en términos constitucionales o normalizadores, sino que también fue necesario llevar la Reforma y sus reivindicaciones a otras esferas de la vida pública. En ese sentido, expresa:

Una segunda estrategia, llamada de reforma sanitaria “desde abajo”, significó el intento de comenzar a poner en práctica todo aquello que fuera posible en términos de proceso de reforma sanitaria, incluso antes de la aprobación de las propuestas de la Asamblea Nacional Constituyente. Evidentemente eran estrategias que presentaban características y posibilidades muy diferentes, también desde el punto de vista de la forma de trabajo (Arouca 1989).

---

² Traducción libre de la autora

³ Traducción libre de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

La idea de la descentralización como estrategia superadora del centralismo característico del período de régimen militar es entendida como una posible explicación al auge de las estrategias descentralizadoras y cómo estas orientaron los mecanismos e instrumentos de institucionalización del sistema de salud. Al respecto, Viana, Ferreira y Lima comentan, en un artículo que analiza las condicionantes estructurales del proceso de regionalización municipal, lo siguiente:

Las razones para el privilegio de la estrategia de descentralización pueden ser explicadas por el propio momento de constitución del SUS, cuando la descentralización de los recursos, las competencias y responsabilidades para las esferas subnacionales de gobierno se identificaron en el discurso contra el régimen militar y el autoritarismo, con la ampliación de la democracia y una mayor eficiencia gubernamental (p. 2318)⁴.

La intensa normalización del proceso de descentralización en el marco de las reformas del sector salud, caracterizada por la promulgación de una gran diversidad de normas operativas y ordenanzas que regulaban y pautaban los procesos de traspaso de recursos financieros desde niveles federales o regionales a los municipios, es fundamental para entender la consolidación de las estrategias descentralizadoras, especialmente en la década de 1990, momento en el que también se profundizaban reformas sectoriales de salud en América Latina (Ugalde & Homedes, 2008). En el caso de Brasil, este proceso estuvo atravesado no solo por los ideales democráticos de la Reforma Sanitaria, sino también por la consolidación de un proceso de constitucionalización de los ideales democráticos y de derechos materializados en normas que conforman un marco legal para garantizar el derecho a la salud. En esa perspectiva, Fleury propone:

El modelo de reforma del Estado inmerso en la institucionalización del SUS fue sustentable tanto por haber conseguido mantener una coalición reformadora orgánica y actuante, como por hacer avanzar el proceso basándose en la legislación existente, o sea, en lo que se conoce como "el desafío de hacer cumplir la ley". En este sentido, subjetivación, institucionalización y constitucionalización funcionaron de manera sinérgica y complementaria (Fleury, 2007).

Si bien es cierto que el marco regulatorio del proceso de descentralización fue determinante en el proceso de implantación de un nuevo sistema de salud en Brasil, la reiterada creación de normativas, y con ellas responsabilidades de parte de los gestores del ámbito local, no es garantía de la democratización del ámbito local. Al respecto, Fleury opina:

---

⁴ Traducción libre de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

En una etapa intermedia de la reforma hubo una creciente normalización del proceso de descentralización, con un enmarañado de normas operacionales y mecanismos de traspaso de recursos financieros que terminaron por asegurar a la burocracia central la preservación del poder, aunque esto haya implicado la pérdida del fervor político (Fleury, 2007)

Además, añade con respecto al proceso de constitucionalización que:

...la hipertrofia de la constitucionalización tiene como consecuencia la judicialización de la política, y la hipertrofia de la institucionalización implica la burocratización de los procesos sociales. (Fleury, 2007, p. 154)

Si bien es cierto que el proceso de descentralización estuvo marcado por etapas de intensa normalización, es importante destacar el carácter democrático y participativo orientado a reforzar la idea de ciudadanía. Esto queda claramente expresado en la Constitución de 1988, no solo porque en ella se reconoce a la salud como un derecho, sino que también se incluyen principios que valoran la dignidad humana por sobre cualquier otro aspecto. Los valores expresados en la Constitución y también en las directrices que rigen la creación del SUS refuerzan la idea de ciudadanía, siendo las directrices de descentralización, integralidad y participación los medios y las acciones para organizar el sistema de salud brasileño de acuerdo con estos principios (J. S. Paim, 1994)

5.2.2 Promueve la participación

La descentralización puede ser asociada a las ideas de democratización del Estado, es decir a la idea de la ampliación del campo de derechos y libertades, a la incorporación de sectores de la población a las instituciones de representación y mayor participación en los espacios decisorios de las políticas públicas. (Borja, 1987). Esta concepción de la descentralización trasciende la desconcentración de atribuciones administrativas y fiscales, cuando se incorporan transformaciones en la estructura y red de relaciones en el campo local a través de la participación de la población en la formulación y gestión de políticas públicas de salud. Estas modificaciones en la estructura de relaciones permiten la construcción de nuevas formas de colectivización, socialización, organización solidaria y coordinación social para abordar las problemáticas de salud de las comunidades.

En los artículos del corpus documental se pudo identificar la participación de distintos actores en las decisiones sobre las políticas de salud, como una derivación del proceso de descentralización, ya que este implicó una transferencia de competencias a esferas locales, los

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

municipios especialmente, lo que propició la creación de nuevos espacios de discusión y decisión permeables a otros actores. Así, Motta, en un artículo sobre experiencias de descentralización administrativa y participación en los procesos de gestión y toma de decisiones, expresa la contribución de la descentralización al proceso democratizador al promover la participación de distintos actores:

La descentralización constituiría el primer paso para conceder más poder a los actores políticos locales antes sumisos y dependientes del poder central. Además, la descentralización facilitaría nuevas formas de participación democrática por permitir la articulación y la agregación de intereses comunitarios antes desconsiderados por el sistema político. Así, las propuestas de descentralización se presentaban atractivas, pues insinuaban que los ideales democráticos serían mejor alcanzados (Motta, 1994, p.1).⁵

Borges y do Nascimento (2004) describen el proceso de descentralización del sistema de salud municipal desde la perspectiva de la inserción y participación de las enfermeras en el proceso. En el artículo proponen que:

...la participación de la enfermera en municipalización contribuye con la mejora de la atención prestada la población en una perspectiva de la totalidad de la asistencia y amplía su participación y autonomía, conforme el testimonio siguiente: [...] *El enfermero entonces era quien hacía la consulta, nosotros hemos tenido la participación de los enfermeros en los consejos locales de salud. Entonces fue muy importante la enfermera en esa parte del proceso, de ofrecer acciones más integrales para la población. Entonces, la enfermera asume este papel ahora en término de evaluación incluso de calidad de servicio ¿entendió? (Punto 1, grupo I).* (Borges & do Nascimento, 2004, p.)⁶

En Brasil el proceso de descentralización también amplió los espacios de participación popular en el área de las políticas públicas de salud, los consejos de salud son los espacios que mejor reflejan esta apertura. El período de transición democrática produjo grandes avances en términos de profundización del debate político y grandes movilizaciones populares en torno a la lucha por los derechos. Al respecto, de Labra y Figueiredo comentan:

El producto de estos procesos fue la creación del Sistema Único de Salud, de cuya ingeniería institucional son parte los Consejos de Salud, hoy funcionando en prácticamente todo el país. Estas arenas deliberativas se distinguen por uno diseño que las califica como espacios formales de democracia semidirecta, en la medida en que de ellos deben formar parte representantes de organizaciones de la sociedad civil. (Labra & Figueiredo, 2002, p.546)⁷

---

⁵ Traducción libre de la autora

⁶ Traducción libre de la autora

⁷ Traducción libre de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Además, sugieren que estos espacios tienen gran potencialidad al generar prácticas más democráticas y participativas. En tal sentido, señalan:

...la participación de la ciudadanía en los CS⁸ fomenta un círculo virtuoso que tiende a inculcar valores propios de una comunidad cívica al incentivar la acumulación de capital social que concurre, en última instancia, al fortalecimiento de la democracia (Labra & Figueiredo, 2002)⁹

Aunque se plantean las potencialidades de estos espacios, también se reconocen sus limitaciones y la persistencia de prácticas burocráticas. Así, Labra y Figueiredo afirman:

De hecho, el mencionado círculo virtuoso todavía es débil, puesto que no consigue romper el círculo inverso, vicioso, alimentado por políticos y burócratas e intereses particulares comprometidos a impedir que se alcance el objetivo más importante - el acceso de los ciudadanos a información vital, como son las relativas a cuánto, dónde y cómo se gasta el dinero de sus impuestos en lo que se refiere a las acciones destinadas a cuidar de la salud de la población (Labra & Figueiredo, 2002, p.546)¹⁰

Motta señala que, aunque los espacios de participación de la comunidad son reconocidos como espacios de expansión democrática, estas estrategias descentralizadoras y participativas pueden ser limitadas por la dinámica de las estructuras de poder tradicional. Así, señala algunas limitaciones encontradas en el caso de la implantación del SUDS en Sertãozinho:

- a) la motivación para participar está normalmente restringida a algunos problemas que, cuando razonablemente enfrentados y resueltos, sirven para desmovilizar el esfuerzo participativo;
- b) la eficacia de nuevos movimientos participativos es altamente dependiente de unos pocos líderes que conocen bien el significado de determinados temas para las personas involucradas; Sin embargo, cuando se introducen nuevos temas, estos líderes tienen dificultades para la gestión posterior del movimiento;
- c) la movilización de personas, de forma rápida e inmediata en el tono de un tema, genera la impresión de que tienen más poder de lo que realmente poseen; el hecho de organizarse para influenciar no significa necesariamente que los objetivos están siendo alcanzados;
- d) las reivindicaciones siempre parecerán algo inconexas o incoherentes debido a la forma variada con que las comunidades definen sus problemas a partir de las situaciones reales;
- e) las nuevas formas participativas tienden a ser vistas con desconfianza, a causa de la experiencia democrática frágil en agregar intereses y expresar opiniones; y

---

⁸ Consejos de Salud

⁹ Traducción libre de la autora

¹⁰ Traducción libre de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

f) en situaciones de recesión económica, autoritarismo político, inflación y de distancia social, cualquier espacio democrático será inmediatamente utilizado para canalizar reivindicaciones diversas, no procesadas por el sistema político (Motta, 1994, p.20)¹¹.

La participación, planteada como un argumento sobre el cual se sustenta la descentralización, se orientaba a la democratización de los servicios y decisiones con relación a la salud (J. Paim et al., 2011). No obstante, es necesario considerar que la participación de la población en espacios deliberativos es compleja y está atravesada por otros aspectos, por lo que la descentralización puede representar una oportunidad o generar espacios de participación, pero no garantiza que estas relaciones democráticas y participativas sucedan (Homedes & Ugalde, 2005).

5.2.3 Promueve la democracia

La descentralización del sistema de salud brasileño en el contexto de la reforma sanitaria en Brasil es entendida como una estrategia de democratización e inclusión de nuevos actores, asociada también a los ideales democratizadores expresados en la Asamblea Constituyente de 1987 (J. S. Paim, 1994). En ese sentido, Dourado y Elias relación a las políticas de descentralización y la situación de Brasil previa a su implementación, afirman:

La ideología de la nueva propuesta para el sector nacional de salud, reflejada en los principios doctrinales de universalidad, integralidad, equidad y participación social, tiene la política de descentralización como la base necesaria para superar la fragmentación social, territorial y de comando que era actual en ese momento (Dourado & Elias, 2011).¹²

Sobre la relación entre las políticas de descentralización y el proceso de democratización en Brasil, Cohn afirma:

...el tema de la descentralización tiene a emerger en las coyunturas de transición y consolidación de regímenes democráticos hibernando en los períodos autoritarios y dictatoriales (Cohn, 1994).¹³

Por su parte, Gerschman (2001) apunta:

El proceso de descentralización de políticas públicas que se inicia en Brasil a partir de los años 1970 y que culmina con los cambios legales incorporados en la Constitución de 1988 está profundamente marcada por la coyuntura de apertura política y de oposición al

---

¹¹ Traducción libre de la autora

¹² Traducción libre de la autora

¹³ Traducción libre de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

régimen militar. Esta se caracteriza por la presencia de viejos y nuevos actores políticos y por la configuración de amplias alianzas en la democracia (Gerschman, 2001).¹⁴

Para estas autoras las políticas descentralizadoras de las políticas de salud son concebidas como una especie de antídoto a las políticas centralizadoras que caracterizaron los períodos anteriores a la democratización, hecho que puede explicar la adhesión de distintos actores con diferentes posicionamientos ideológicos y políticos del campo de salud y la política de Brasil a la propuesta de descentralización.

Junqueira e Inojosa (1990) en un artículo que analiza el proceso de descentralización que se da en la implantación del SUDS en São Paulo afirman:

La palabra "descentralización", en ese momento, asume el significado de la transferencia de poder, y no más de lo que de ella hicieron los gobiernos autoritarios, que preconizaban la "descentralización" de la ejecución y la centralización normativa y de mando, proponiendo, de hecho, sólo la desconcentración del poder. Así, crecía la reivindicación de los gobiernos regionales y locales por la descentralización de los recursos, a través de una reforma tributaria que permitiría una mayor autonomía de los estados y de los municipios.(Junqueira & Inojosa, 1990)¹⁵

Queda claro que la descentralización se asume como una instancia de transferencia de poder, que, en el período posterior a los gobiernos dictatoriales, es valorizada como un medio para lograr objetivos democráticos. Sin embargo, este aspecto, que parece ventajoso, no es capaz de ocultar las desigualdades, tensiones y conflictos entre los actores de los distintos niveles de gobierno. Al respecto, Souza y Melo afirman:

...la descentralización es, sobre todo, redistribución de poder, condición que favorece la democracia, por un lado, y por otro genera y potencializa conflictos derivados de los intereses de las unidades de la federación, las cuales representan distintos poderes y recursos (Souza & Melo, 2008, p.21)¹⁶.

5.2.4 Incrementa la eficiencia en la asignación de recursos

El proceso de descentralización del sistema de salud brasileño, en el contexto del proceso de democratización, generó discusiones acerca de las posibilidades de autogestión de los municipios. En este sentido, la implementación de políticas de descentralización en salud suponía un medio para la obtención de autonomía político-administrativa, lo que se traduciría en la oportunidad de gestionar recursos con independencia del poder federal. Cabe aquí destacar que,

---

¹⁴ Traducción libre de la autora

¹⁵ Traducción libre de la autora

¹⁶ Traducción libre de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

en el período anterior a la Constitución en 1988, el 44% de los recursos públicos correspondían al nivel federal, el 37% al estadual y el 18% al municipal (Gerschman, 2001; Teixeira, 2014), estas cifras sirven para ilustrar el estado de centralización de los recursos por el nivel central, que se esperaba fueran redistribuidos mediante la implementación de las políticas descentralizadoras, reguladas por un conjunto de normas que reglamentarían la ejecución de dicha transferencia.

La descentralización de los recursos y de la autonomía de los gobiernos locales para gestionarlos se expresaría en una gestión más eficiente, en la medida en que, al estar más próximos a las personas y problemáticas, habría una mejor correspondencia de los servicios y políticas ofrecidas con las referencias locales.

La idea de autonomía y capacidad de decisión sobre los recursos financieros es central en la discusión sobre la descentralización y la distribución de poder, aspectos que marcaron la agenda de la Reforma Sanitaria. Al respecto Arouca afirma que:

Tengo la sensación de que, en la historia de la administración pública brasilera, y pienso que tal vez en la historia de la administración pública en América Latina no existe un hecho semejante. Encuentro inclusive que cuando se planteó en este proyecto del SUDS el proceso de descentralización realmente fue una reforma extremadamente valiente, tanto al asumir, en la práctica, de manera concreta, la descentralización financiera (Arouca 1989).

Sobre este aspecto, en un artículo de Fleury *et al.*, (2011) sobre el impacto de la descentralización sobre los gobiernos locales de salud, afirman que:

Además del fortalecimiento de la capacidad de planificación del Estado, que aseguraría la prevalencia del interés público en la compra de servicios de agentes privados, la regionalización del sistema de salud contribuye decisivamente para la realización de la integralidad de la atención y la eficiencia de la política por la mayor racionalidad sistémica en la utilización de los recursos (Fleury S, Ouverney L, Kronemberger TS, & Zani FB, 2011)¹⁷

Sobre el papel de las Normas Operativas Básicas en la regulación del financiamiento de manera equitativa, Mendes y Santos expresan que:

Como la descentralización de la salud es un instrumento para que se pueda seguir un camino más eficiente y eficaz en la construcción del "SUS para todos", el compromiso de los tres niveles de gobierno en la financiación del sistema debe seguir la lógica equitativa, esto es, quien dispone de más recursos, debe colaborar con la mayor parte de

---

¹⁷ Traducción libre de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

la financiación, para que todos los ciudadanos puedan disfrutar de mejores condiciones de salud (Mendes & Santos, 2000)¹⁸

Con respecto a las repercusiones de la autonomía para gestionar los recursos en las acciones de vigilancia epidemiológica, Maragon, Scatena y Costa, añaden:

Se concibe la descentralización como la incorporación, por el municipio, de la responsabilidad por la gestión, de la ejecución de parte o de todas las acciones de salud a sus munícipes, disponiendo de autonomía administrativa, técnica, financiera y política para ello, compartiendo la gestión y haciéndola más cercana al ciudadano, considerando sus necesidades y sometiendo a su control social (Marangon, Scatena, & Costa, 2010).¹⁹

Del mismo modo, Fleury *et al.* (2010) destacan las repercusiones positivas de las políticas de descentralización sobre una gestión más eficiente y efectiva, señalan:

Los datos presentados mostraron una tendencia de consolidación del modelo de gobernanza local en salud con el proceso de descentralización, en el que el parecer del cuerpo técnico sobre el establecimiento de las prioridades en salud es valorado en los municipios, lo que evidencia una gestión de política de salud orientada a la eficiencia y la eficacia de las políticas públicas (Fleury, Ouverney, Kronemberger, & Zani, 2010)²⁰

Aunque son evidentes las valorizaciones positivas en torno a la descentralización y su importancia en la obtención de autonomía por parte de los gobiernos locales, y su repercusión sobre la eficiencia en la asignación y utilización de los recursos, no hay que olvidar que los buenos resultados en términos de eficiencia no solo están determinados por la disponibilidad o no de los recursos. En ese sentido, Maragon, Scatena y Costa afirman:

Se comprobó que la cuestión de la autonomía en la utilización de los recursos no se relaciona simplemente con el traspaso, pero a la posición del gestor en la dirección que da a dichos recursos para el servicio o hacer participativa la decisión sobre su aplicación.

Los efectos esperados de la descentralización siguen siendo poco visibles el municipio de Várzea Grande. Incluso con la capacitación del equipo técnico y aporte de recursos, permanecen profundas deficiencias con pocos signos de evolución. (Marangon et al., 2010)²¹

5.2.5 Mejora las capacidades y prácticas de gestión

Se puede afirmar que la descentralización es un medio para la democratización de las esferas locales y esto supondría el perfeccionamiento de la gestión de los ámbitos de gestión local, modificando la composición y direccionalidad del poder. Entonces, este proceso ampliaría

¹⁸ Traducción libre de la autora

¹⁹ Traducción libre de la autora

²⁰ Traducción libre de la autora

²¹ Traducción libre de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

el espectro de intereses y necesidades a ser atendidas por el sistema local de salud, propiciando de esta manera, la introducción de nuevas y más eficaces prácticas de gestión.

En ese sentido, Hortale, Pedroza y Rosa (2000) en su artículo sobre la operacionalización de las categorías de descentralización y acceso a la salud, señalan:

Consideramos que un sistema de salud descentralizado, en una dinámica de transferencia de recursos y autoridad a las distintas instancias del sistema de salud, causa un impacto positivo en la gestión y en las diferentes modalidades de atención y oportunidad para que los procesos de reforma permitan la generación y el diseño de nuevos modelos de atención, papeles y funciones, modalidades de capacitación, sistemas de remuneración y nuevas formas de participación de las instituciones, sindicatos y sectores académicos (Hortale, Pedroza, & Rosa, 2000)

En el artículo publicado en 2007 por Vieira-da-Silva *et al.*, en el que se analiza el grado de implementación de los componentes de la descentralización de la gestión en 5 municipios del estado de Bahía, los autores destacan el rol del gestor municipal en modificaciones de las prácticas de gestión a nivel local. Además, destacan que la generación de prácticas de gestión innovadoras y más efectivas, muchas veces dependen de la capacidad de los gestores de articular las condiciones de gobernabilidad, el proyecto de gobierno y sus propias capacidades de gobierno, tomando como referencia teórica la propuesta del triángulo de gobierno de Carlos Matus. Al respecto, indican:

La concordancia encontrada entre las características de gobierno y la gestión de la salud revela el papel de los agentes responsables de la dirección, tanto del gobierno municipal y de la salud, así como la necesidad de un "triángulo de gobierno" articulado para que las condiciones favorables propiciadas por el proceso de descentralización que resulten en modificaciones de la gestión de la salud. En particular, cabe destacar el papel del liderazgo del gestor municipal de la salud como factor aglutinador y movilizador de la incorporación de innovaciones en la gestión (Vieira-da-Silva, Hartz, Chave, da Silva, & Paim, 2007).²²

En el contexto de la descentralización, la transferencia de competencias y responsabilidades a organizaciones locales y de la distribución de recursos federales en el ámbito local, como mecanismo de incentivo para la ejecución de programas y acciones de prevención de salud a nivel local, propició la emergencia de innovaciones en la gestión (da Silva, Souza, & Barreto, 2014). Sin embargo, la emergencia de prácticas de gestión innovadoras y creativas está también relacionada con los grados de autonomía decisoria que tengan los gestores y del carácter

---

²² Traducción propia de la autora

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

más o menos inductor de los instrumentos o dispositivos legales que se encuentren en vigor. La capacidad de tomar decisiones con autonomía, están también asociadas a la capacidad de tomar decisiones de manera informada, con evidencias confiables y oportunas sobre la situación de salud de la población. Por lo tanto, la capacidad de generar mejores prácticas y más innovadoras se asocia a la capacidad que se tienen en los ámbitos locales de generar sistemas de información confiables que sirvan de soporte para la gestión y sistemas de rendiciones y petición de cuentas que promuevan la participación y prácticas de gestión más horizontales y confiables (Vieira-da-Silva *et al.*, 2007)

Los argumentos identificados luego del análisis de los artículos coinciden con aquellos expuestos por varios autores (Bremner, 2011; De Vries, 2000; Saltman, 2007; Ugalde & Homedes, 2008). Los argumentos sobre los que se sustenta la descentralización son variados, sin embargo, se puede encontrar en ellos aspectos comunes relacionados con el carácter de la descentralización, si es de naturaleza fiscal, administrativa o política (Falleti, 2005).

El proceso de descentralización del sistema de salud brasileño supuso una nueva configuración constitucional y normativa de las políticas sociales universales, esto como resultado de procesos de democratización que provocaron la apertura a derechos sociales como condición de ciudadanía (Fleury, 1997). Con la apertura de derechos surgen espacios de articulación y participación de forma institucionalizada, tal es el caso de los Consejos de Salud, eje temático principal de algunos artículos relevados. Aunque, en los artículos se marcaron algunas limitaciones de estos espacios, tales como persistencia de estructuras de poder y relaciones verticalistas, dificultades para que nuevos actores integren estos espacios, la participación social en ámbitos decisorios en salud es tomada como un argumento sobre el que se sustenta el proceso de descentralización de los sistemas de salud. En la medida en que las políticas sociales se centran en la construcción de ciudadanía, se hace necesario el fortalecimiento de los gobiernos locales, en el sentido de aumentar sus capacidades técnicas y políticas, de ese modo se encuentran en condiciones más favorables de articular con otros actores y generar espacios más democráticos y participativos. Además, el proceso de descentralización es entendido como un incentivo para la generación de prácticas más innovadoras, esto relacionado con la autonomía derivada de la transferencia de competencias, que, si bien puede ser un

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

obstáculo, si no se poseen capacidades y recursos de gestión, algunos autores sostienen que la autonomía puede ser una oportunidad para el desarrollo de estas (Cohn, 1994).

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

6. CONSIDERACIONES FINALES

En esta investigación se analizó el proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, a través del análisis de artículos científicos publicados desde 1985 a 2015, periodo temporal que abarca diferentes eventos políticos e históricos que marcan y moldean las relaciones del Estado y la sociedad civil en Brasil. La emergencia del movimiento por la Reforma Sanitaria, la promulgación de la Constitución de 1988 reformula el papel de los estados y municipios ante el poder federal, redefiniendo las relaciones entre los poderes estatales, municipales y federales, teniendo como eje de dicha relación la descentralización de las acciones de salud, de los recursos financieros y de ámbitos decisorios. Todas estas acciones estaban orientadas a enfrentar profundas desigualdades entre las regiones y, por lo cual se hizo necesario una regulación y normalización del proceso, con un fuerte control federal. Además, el proceso de descentralización, en sus primeros años de implementación, se llevó a cabo bajo el cobijo del auge y crecimiento del movimiento municipalista y de una fuerte adherencia al proceso de descentralización de diversos actores del campo político y de la salud del momento. Resulta de suma importancia considerar estos aspectos al tratar de abordar el proceso de descentralización de los sistemas de salud, que, si bien es cierto, fue característico en varios países de América Latina durante el periodo de estudio, tuvo y tiene repercusiones diversas. Por un lado, se identificaron argumentos sobre la descentralización que coinciden con varios autores como (Bremner, 2011; De Vries, 2000; Saltman, 2007; Ugalde & Homedes, 2008), quienes expresan que los argumentos que orientaron los procesos de descentralización en varios países estaban relacionados con el alcance de mayor eficiencia en la gestión de los recursos; la descentralización supondría una mayor participación social en ámbitos decisorios relacionados a la salud de las poblaciones; la transferencia de competencias y responsabilidades además propiciaría la democratización y fortalecimiento de los gobiernos locales, lo que repercutiría en las capacidades técnicas y políticas de los actores locales. Si bien, estos argumentos se identificaron en los artículos del corpus, en el caso de Brasil, se destaca el papel institucional de la descentralización, en el sentido en que es entendido como un valor o directriz que hace parte a la Constitución de 1988 y que además es entendido como un medio para lograr la democratización del país y de las políticas sociales, fruto a su vez de una amplia discusión sobre los derechos y la salud en el marco de la

Montoya J. Proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, una revisión de artículos científicos de 1985 a 2015 [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología y Gestión de Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2018

Conferencia Nacional de Salud, hito del movimiento de la Reforma Sanitaria. Es decir, el significado del proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil, no se reduce solo a la transferencia de competencias administrativas, sino que supuso una nueva forma de relaciones dentro del Estado y actores de la sociedad civil. El carácter democratizador con el que se asumió el proceso de descentralización fue determinante en las experiencias de descentralización y la valoración de la descentralización por los actores del campo de la salud.

Resulta importante destacar la importancia del análisis de este tipo de procesos, que si bien, en este caso, se enfocó en la descentralización del sistema de salud, su alcance sobrepasa los límites del sector de las políticas de salud; se trata también de las posibilidades de creación de nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad civil, de ampliación de derechos como parte de un proceso histórico concreto en la construcción de ciudadanía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela J. (2001). Técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Sevilla: Centros de Estudios Andaluces
- Almeida C. (2008). Reforma de Sistemas de Saúde. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. (organizadoras). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ p.871-923.
- Almeida CM, Bazzani R, Pittman P. (Org.). (2001) Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Washington: OPS/ IDRC
- Banco Mundial. (1988). Financing health services in developing countries: an agenda for reform (No. PUB6563). The World Bank. Recuperado a partir <http://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/Financing-health-services-in-developing-countries-an-agenda-for-reform>
- Bardin, L. (1991). Análisis de contenido. Madrid: Ediciones AKAL.
- Bates M. (1990). Where should the person stop and the information search interface start? Information Processing and Management. 26(5):575-591.
- Bobbio N, Mateucci N, Pasquino G. (1998) Descentralización. En: Bobbio N, Mateucci N, Pasquino G. Diccionario de Política. 11ª Edición. México: Siglo Veintiuno
- Borja. (1987). Descentralización del Estado: Movimiento social y gestión local. Santiago de Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Bossert, T., Larrañaga, O., & Ruiz Meir, F. (2000). Decentralization of health systems in Latin America. Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1-2), 84–92.
- Brasil (2007). Política nacional de atenção Básica (3a ed). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1990). Lei 8.080. Brasília. Recuperado a partir de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil. (1993). Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministerio da Saude
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Recuperado 3 de junio de 2018, a partir de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
- Bremner, J. (2011). The complexities of decentralization. Euro Observer The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, 13(1), 1-3.
- Broome, M. (2000). Integrative Literature Reviews for the Development of Concepts. En: Rodgers BL, Knafl KA, (Editores). Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications, Philadelphia: W. B. Saunders Company

- Cohen JM, Peterson SB. (1999) Administrative Decentralisation: Strategies for Developing Countries. West Hartford: Kumarian Press
- Dahl, R. (1989). La Poliarquía. Madrid: Tecnos
- De Vries, M. S. (2000). The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries. *European Journal of Political Research*, 38(2), 193-224. <https://doi.org/10.1111/1475-6765.00532>
- Elsevier. (2016). Scopus: Content Coverage Guide. Elsevier. Recuperado a partir de https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0007/69451/scopus_content_coverage_guide.pdf
- Escorel, S. (1999). Reviravolta na saúde origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413616>
- Faleiros, V. de P., Silva, J. de F. S. da, Vasconcellos, L. C. F. de, & Silveira, R. M. G. (2006). A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
- Falleti, T. G. (2005). A sequential theory of decentralization: Latin American cases in comparative perspective. *American Political Science Review*, 99(3), 327–346.
- Fleury S. (2014) Democracia e inovação na gestão local da saúde. Rio de Janeiro: Cebes/Editora FIOCRUZ
- Fleury, S. (1997). Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ganong L.(1987). Integrative reviews of nursing research. *Research of Nursing & Health*. 10(1):1-11.
- Gomes R. (2012). Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa. En: Minayo, M. C. de S. Investigación social: teoría, método y creatividad (2º). Buenos Aires; Lugar, p.85-113
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 71(1), 83-96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- Jordana J, Gomà R. (2004). Introducción: Democracia, descentralización y política social. En: Gomà R, Jordana J, editores. Descentralización y Políticas Sociales en América Latina. Barcelona: Fundació CIDOB
- Jordana J. (1995). El análisis de los policy networks: ¿una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas pública y Estado? *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*. 3(2):223.
- Jordana J. Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: una perspectiva institucional. Serie Documentos de Trabajo I-22UE. Recuperado a partir <https://goo.gl/tQszQt>

- Klopper R, Lubbe S, Rugbeer H. (2007). The matrix method of literature review. *Alternation*. 14(1): 262-276.
- Levcovitz, E. (2001). Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas, 23.
- Lobato LVC, Giovanella L. (2008). Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. (organizadoras). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 107-140.
- Marradi A, Archenti N, Piovani J. (2007). Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Emecé Editores
- Paim J. (2012). Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI: Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- Paim, J. (2008). Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: SciELO Books - Editora FIOCRUZ.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 377(9779), 1778-1797.
- Riutort M, Cabarcas, F. (2006). Descentralización y equidad: una revisión de la literatura Latinoamericana. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 5(11): 22-36.
- Rondinelli A, McCullough J, Johnson R. (1989). Analyzing decentralization policies in developing countries: a political economy framework. *Development and Change*, 20(1):57-87.
- Rondinelli, D. (1983). Decentralization in developing countries : a review of recent experience (No. SWP581) The World Bank. Recuperado a partir de <http://documents.worldbank.org/curated/en/868391468740679709/Decentralization-in-developing-countries-a-review-of-recent-experience>
- Saltman, R. B. (Ed.). (2007). Decentralization in health care: strategies and outcomes. Maidenhead: Open Univ. Press.
- Samaja J. (1993). Epistemología y metodología. Buenos Aires: Eudeba
- Schneider, A. (2003). Decentralization: Conceptualization and measurement. *Studies in comparative international development*, 38(3), 32–56.
- Shah, A., & Shah, F. (2007). Citizen-centred Local Governance: Strategies to combat democratic deficits. *Development*, 50(1), 72–80.
- Spinelli H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3):275-293.
- Spink A, Saracevic T. Dynamics of search term selection during mediated online searching. 56° ASIS Annual Meeting. Columbus Proceedings. New York: 1993.
- Telles, V da Silva. (1998) Direitos sociais: afinal do que se trata? *Revista USP*,(37): 34-45.

Testa M. (1997). *Saber en Salud: La construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Ugalde, A., & Homedes, N. (2008). La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colectiva*, 4(1), 31-56. <https://doi.org/10.18294/sc.2008.315>

Viana, A. L. d'Ávila, Baptista, T. W. (2014). *Análise de políticas de saúde*. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. (organizadoras). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ

Whittemore R., Knafl K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5): 546-553.

Ynoub R. (2015). *Cuestión de Método: Aportes para una metodología crítica*. México: CENGAGE Learning

APÉNDICES

APÉNDICE A - Descripción del corpus documental	75
APÉNDICE B - Argumentos de la descentralización identificados en el corpus	80
APÉNDICE C - Referencias bibliográficas del corpus documental	87

APÉNDICE A

Descripción del corpus documental				
Artículo	Período que se estudia	Dimensión territorial	Eje temático	Abordaje metodológico
(Viana Costa Olavo, 1987)	1986-1987	federal	implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Cohn, 1987)	1987	federal	implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Arouca, 1989)	1989	federal	Implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Paim, 1989)	1987-1989	municipal	implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Teixeira, 1990)	1983 -1989	federal	implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Junqueira & Inojosa, 1990)	1987-1989	estadual	implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Inojosa, 1990)	1980-1990	estado	implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Cyrino, Henriques, & Teixeira, 1990)	1990	estado	implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Levcovitz, Yamamoto, & Silveira, 1990)	1988-1990	municipios	implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Campos, 1990)	1988-1990	municipio	gestión	ensayo teórico
(Carvalho De Noronha, Pereira, & Levcovitz, 1990)	1990	federal	implantación del SUDS - municipalización	ensayo teórico
(Muller Neto, 1991)	1991	federal	municipalización	ensayo teórico
(Pinto & Donini, 1991)	1990-1991	federal	gestión	ensayo teórico
(Elias, 1992)	1990	municipal	municipalización	ensayo teórico
(M. C. S. de S. Campos & Redigolo, 1992)	1980-1990	estado	implantación del SUDS	ensayo teórico

APÉNDICE A

Continuación Descripción del corpus documental				
Artículo	Período que se estudia	Dimensión territorial	Eje temático	Abordaje metodológico
(Azem, Santos, & Moyses, 1991)	1988-1991	estado	municipalización	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios
(Junqueira & Inojosa, 1992)	1992	municipal	municipalización	ensayo teórico
(Merhy & Queiroz, 1993)	1993	federal	implantación SUS	ensayo teórico
(Azevedo Mercadante, Yunes, & Chorny, 1994)	1994	municipal	descentralización y participación	abordaje cualitativo: estudio de caso, entrevistas
(Queiroz, 1994)	198	federal	descentralización y ciudadanía	ensayo teórico
(Motta, 1994)	1994	estado	descentralización y sistemas de información	Abordaje cualitativo: estudio de caso
(Cohn, 1994)	1994	municipal	implantación del SUS	ensayo teórico
(Ausse <i>et al.</i> , 1995)	1995	municipal	Consejos Municipales de Salud	abordaje cualitativo: estudio de caso
(Aires, 1996)	1990-1993	federal	Normas Operativas Básicas	abordaje cualitativo: entrevistas
(Barros, 1996)	1989-1994	federal	Municipalización - reforma sanitaria	ensayo teórico
(Elias, 1996)	1994-1996	municipal	municipalización	ensayo teórico
(Pinheiro, 1996)	1995-1996	municipal	gestión	abordaje cualitativo: estudio de caso
(Junqueira & Inojosa, 1997)	1997	municipal	municipalización	ensayo teórico
(Almeida, 1998)	1994-1998	municipal	Sistemas de información	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios
(Figueiredo, <i>et al.</i> , 1998)	1995-1997	municipal	gestión	abordaje cualitativo: estudio de caso
(Hortale, Pedroza & Rosa, 2000)	2000	federal	accesibilidad	abordaje cualitativo: análisis teórico

APÉNDICE A

Continuación Descripción del corpus documental				
Artículo	Período que se estudia	Dimensión territorial	Eje temático	Abordaje metodológico
(Mendes & Santos, 2000)	1995-1997	municipal	financiamiento	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios
(Collins, Araujo, & Barbosa, 2000)	1996-1999	federal	financiamiento	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios
(Gerschman, 2000)	1997-1998	municipal	municipalización	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios
(Gerschman, 2001)	1990-2000	municipal	gestión	abordaje cualitativo: entrevistas, análisis documental
(Scatena & Tanaka, 2001)	1998-2000	federal	Normas Operativas Básicas	abordaje cualitativo: investigación documental
(Lima, 2001)	1993-1998	municipal	Comisiones intergestoras bipartitas	abordaje cualitativo: estudio de caso
(Atkinson, 2002)	2001	municipal	gestión	abordaje cualitativo: entrevistas, etnografía
(Labra & Figueiredo, 2002)	2002	municipal	Consejos Municipales de Salud	abordaje cualitativo: encuestas
(Costa, 2002)	1989-2000	municipal	financiamiento	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios
(Arretche & Marques, 2002)	1993-2000	municipal	municipalización	abordaje cuantitativo: análisis estadístico de datos secundarios
(Borges & Fernandes, 2002)	1995-1999	municipal	municipalización	abordaje cuantitativo: análisis de datos secundarios
(Viana <i>et al.</i> , 2002)	1990-2000	municipal	gestión	abordaje cuali-cuantitativo: análisis multivariable
(Elias & Cohn, 2003)	2001- 2003	municipal	implantación del SUS	Abordaje cualitativo: investigación documental

APÉNDICE A

Continuación Descripción del corpus documental				
Artículo	Período que se estudia	Dimensión territorial	Eje temático	Abordaje metodológico
(Alves Sobrinho & Capucci, 2003)	2001-2003	municipal	implantación del SUS	Abordaje cualitativo: investigación documental
(Atkinson & Haran, 2004)	2002	municipal	gestión	abordaje cualitativo: etnografía comparativa, encuestas
(Gerschman, 2004)	2004	municipal	Consejos Municipales de Salud	abordaje cualitativo: abordaje cualitativo: entrevistas
(Borges & do Nascimento, 2004)	1980-1999	municipal	gestión	abordaje cualitativo: entrevistas
(Guimarães & Giovanella, 2004)	1990-2000	municipal	promoción y prevención	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios
(Atkinson <i>et al.</i> , 2005)	2005	municipal	acciones de promoción y prevención de la salud	abordaje cualitativo: estudio de caso
(Atkinson, Cohn, Ducci, & Gideon, 2005)	1990-2000	municipal (municipios de Brasil y Chile)	acciones de promoción y prevención de la salud	abordaje cualitativo: estudio de caso comparativo
(J. de C. Lima & Rivera, 2006)	1999-2002	municipal	gestión	abordaje cualitativo: entrevistas, análisis de datos secundarios
(Vieira-da-Silva <i>et al.</i> , 2007)	1997-2001	municipal	gestión	abordaje cualitativo: estudio de caso comparativo
(Chaves & Vieira-da-Silva, 2007)	1998-2003	municipal	servicios odontológicos	abordaje cualitativo: estudio de caso comparativo
(Solla & Costab, 2007)	1998-2005	municipal	financiamiento	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios
(Fonseca, 2007)	1999-2006	estadual	Acciones de promoción y prevención	abordaje cuantitativo: análisis de datos secundarios
(Miranda, 2007)	2001-2002	federal	relaciones intergubernamentales	abordaje cualitativo: análisis estratégico

APÉNDICE A

Continuación Descripción del corpus documental				
Artículo	Período que se estudia	Dimensión territorial	Eje temático	Abordaje metodológico
(Trevisan & Junqueira, 2007)	2001-2006	municipal	Normas Operativas Básicas	ensayo teórico
(Santos & Melo, 2008)	2002	municipal	vigilancia epidemiológica	abordaje cualitativo: estudio de evaluación
(de Souza & Stein, 2008)	2005	municipal	vigilancia sanitaria	Abordaje cualitativo: análisis documental, entrevistas semiestructuradas.
(Mayo, Alves, Oliveira, & Donalísio, 2008)	2000-2003	municipal	vigilancia sanitaria	abordaje cualitativo: entrevistas semiestructuradas
(Cohen, 2009)	2002-2006	municipal	vigilancia sanitaria	ensayo teórico
(M. K. B. de Souza & Melo, 2009)	2006	municipal	gestión	abordaje cualitativo: estudio de caso. Análisis documental, entrevistas
(Viana & Machado, 2009)	1990-2002	federal	relaciones intergubernamentales	abordaje cualitativo: entrevistas y análisis documental
(Moreira & Escorel, 2009)	1990-2007	federal	Consejos Municipales de Salud	abordaje cualitativo: análisis documental, encuestas
(Marangon, Scatena, & Costa, 2009)	1998-2005	municipal	vigilancia sanitaria	abordaje cualitativo: estudio de caso. Análisis documental, entrevistas
(S. G. de Barros, Vianna, & Chaves, 2009)	1999-2006	municipal	servicios odontológicos	abordaje cuantitativo: estudio ecológico
(Spedo, Pinto, & Tanaka, 2009)	2005-2008	municipal	relaciones intergubernamentales	abordaje cualitativo: estudio de caso
(Monteiro, Ferreira, & Teixeira, 2009)	1998-2005	municipal	gestión	abordaje cuantitativo: Índice de Gestión Descentralizada
(Coriolano <i>et al.</i> , 2010)	2004	municipal	implantación del SUS	abordaje cuantitativo: estudio ecológico

APÉNDICE A

Continuación Descripción del corpus documental				
Artículo	Período que se estudia	Dimensión territorial	Eje temático	Abordaje metodológico
(d'Avila Viana, de Lima, & Ferreira, 2010)	2010	federal	regionalización	abordaje cuanti-cualitativo, modelo de análisis factorial y de agrupamientos
(Fuzikawa, De Acúrcio, Velema, & Cherchiglia, 2010)	2010	federal	acciones prevención y promoción	abordaje cualitativo: grupos focales
(Fleury <i>et al.</i> , 2010)	1996-2006	federal	gestión	abordaje cualitativo: encuestas
(Cunha & Vieira-da-Silva, 2010)	1998-2005	municipal	accesibilidad	abordaje cuanti-cualitativo: estudio de caso
(Barbosa, Costa, Teixeira, Mota, & Pereira, 2010)	2000-2006	municipal	vigilancia epidemiológica	abordaje cuantitativo: estudio longitudinal retrospectivo de datos secundarios
(Molesini, Formigli, Guimarães, & Melo, 2010)	2002-2005	municipal	gestión	abordaje cualitativo: análisis documental, entrevistas semiestructuradas.
(Amaral, Tamaki, Sales, & Renovato, 2010)	2003-2006	municipal	vigilancia epidemiológica	abordaje cualitativo: estudio de evaluación normativa
(Coelho & Shankland, 2011)	1998-2010	federal	equidad	ensayo teórico
(Pierantoni & Garcia, 2011)	2008-2011	federal	gestión	abordaje cuanti-cualitativo: encuestas a Triangulación de métodos.
(Guerreiro & Branco, 2011)	2011	federal	pactos	ensayo teórico
(Leite, de Vasconcelos, & Lima, 2011)	2011	federal	federalismo	ensayo teórico
(Barreto <i>et al.</i> , 2011)	1980-2000	municipal	implantación del SUS	abordaje cualitativo: análisis de hechos históricos
(Balista, Santiago, & Corrêa Filho, 2011)	1990-2006	federal	regionalización	abordaje cualitativo: análisis documental
(Dourado & Elias, 2011)	1990-2006	federal	regionalización	ensayo teórico

APÉNDICE A

Continuación Descripción del corpus documental				
Artículo	Período que se estudia	Dimensión territorial	Eje temático	Abordaje metodológico
(Fleury <i>et al.</i> 2011)	1996-2006	municipal	gestión	abordaje cualitativo: encuestas
(Brito e Silva & Bezerra, 2011)	1997-2008	intermunicipal	gestión	abordaje cualitativo: estudio de caso, entrevistas semiestructuradas
(V. Junqueira <i>et al.</i> , 2011)	2005-2008	municipal	gestión	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios, entrevistas semiestructuradas
(Lanza & Lana, 2011)	2007-2008	municipal	acciones de prevención y promoción	abordaje cualitativo: análisis de datos secundarios, entrevistas semiestructuradas
(Leite <i>et al.</i> , 2011)	2011	federal	federalismo	abordaje cualitativo: estudio de casos comparados
(Mello & Viana, 2011)	1925-2010	federal	equidad	abordaje cualitativo: investigación sociohistórica
(L.D. de Lima, de Queiroz, Machado, & d'Ávila Viana, 2012)	2006-2010	federal	regionalización	abordaje cuanti-cualitativo: análisis documental y análisis cuantitativo de datos secundarios
(L.D. de Lima <i>et al.</i> , 2012)	2007-2010	federal	regionalización	abordaje cualitativo: institucionalismo histórico
(Santos <i>et al.</i> , 2012)	2011	estadual	vigilancia epidemiológica	abordaje cuantitativo: cuestionario
(Medeiros & Atkinson, 2013)	1996-2000	municipal	gestión	abordaje cualitativo: etnografía
(Avelino, Barberia, & Biderman, 2014)	2004-2010	municipal	gestión	abordaje cuantitativo: regresión multivariada transversal de datos secundarios

APÉNDICE A

Continuación Descripción del corpus documental				
Artículo	Período que se estudia	Dimensión territorial	Eje temático	Abordaje metodológico
(da Silva <i>et al.</i> , 2014)	2014	estado	gestión	abordaje cualitativo: análisis documental (leyes y normas)
(Jesus, & Teixeira, 2014)	2007-2010	federal	descentralización y regionalización	abordaje cualitativo: entrevistas y análisis documental
(Duarte <i>et al.</i> , 2015)	1990-2010	federal	regionalización	ensayo teórico
(L. Santos & Campos, 2015)	2015	federal	regionalización	ensayo teórico
(Vargas <i>et al.</i> , 2015)	2010-2011	federal	regionalización	abordaje cualitativo: entrevistas y análisis documental
(Filippon, Kantorski, & Saeki, 2015)	1989-2007	municipal	salud mental	abordaje cualitativo: observaciones, entrevistas
(Mazon, Mascarenhas, & Dallabrida, 2015)	2015	federal	regionalización	ensayo teórico
(Barreto Junior, 2015)	2011-2013	intermunicipal	regionalización	abordaje cuantitativo: análisis de datos secundarios, indicadores hospitalarios).
(Albuquerque <i>et al.</i> , 2015)	2001-2010	municipal	vigilancia epidemiológica	abordaje cualitativo: investigación documental, entrevistas semiestructuradas con informantes clave, estudio ecológico espacial de serie temporal de indicadores seleccionados.

Fuente: elaboración propia

APÉNDICE B

Argumentos de la descentralización identificados en el corpus

Artículos	respuesta al marco regulatorio	promueve la participación	promueve la democracia	incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	mejora las capacidades y prácticas de gestión
(Viana Costa Olavo, 1987)	x				
(Cohn, 1987)	x		x		
(Arouca, 1989)	x		x		
(Paim, 1989)	x		x		
(Teixeira, 1990)	x		x		
(Junqueira & Inojosa, 1990)	x			x	
(Inojosa, 1990)	x		x		
(Cyrino, Henriques, & Teixeira, 1990)	x	x	x		
(Levcovitz, Yamamoto, & Silveira, 1990)	x			x	x
(Campos, 1990)	x	x	x		x
(Carvalho De Noronha, Pereira, & Levcovitz, 1990)	x	x			
(Muller Neto, 1991)	x	x	x		
(Pinto & Donini, 1991)	x				
(Elias, 1992)	x	x			x
(M. C. S. de S. Campos & Redigolo, 1992)	x				
(Azem, Santos, & Moyses, 1991)		x	x		x

APÉNDICE B

Artículos	respuesta al marco regulatorio	promueve la participación	promueve la democracia	incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	mejora las capacidades y prácticas de gestión
(Junqueira & Inojosa, 1992)	x				
(Merhy & Queiroz, 1993)	x				x
(Azevedo Mercadante, Yunes, & Chorny, 1994)	x	x			x
(Queiroz, 1994)	x			x	x
(Motta, 1994)		x			x
(Cohn, 1994)		x	x		
(Ausse <i>et al.</i> , 1995)	x				
(Aires, 1996)	x		x		
(Barros, 1996)		x	x	x	
(Elias, 1996)	x	x	x	x	
(Pinheiro, 1996)		x	x		
(Junqueira & Inojosa, 1997)	x	x			
(Almeida, 1998)		x			
(Figueiredo, <i>et</i> <i>al.</i> , 1998)			x	x	
(Hortale, Pedroza & Rosa, 2000)	x				x
(Scatena, 2000)	x	x		x	
(Mendes & Santos, 2000)	x			x	

APÉNDICE B

Artículos	respuesta al marco regulatorio	promueve la participación	promueve la democracia	incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	mejora las capacidades y prácticas de gestión
(Gerschman, 2000)			x		x
(Gerschman, 2001)	x				x
(Scatena & Tanaka, 2001)					
(Lima, 2001)				x	
(Atkinson, 2002)		x		x	x
(Labra & Figueiredo, 2002)		x	x		
(Costa, 2002)				x	
(Arretche & Marques, 2002)	x				
(Borges & Fernandes, 2002)	x				
(Viana <i>et al.</i> , 2002)	x				
(Elias & Cohn, 2003)	x				x
(Ugá <i>et al.</i> , 2003)	x			x	
(Alves Sobrinho & Capucci, 2003)	x				
(Atkinson & Haran, 2004)	x	x			x
(Gerschman, 2004)	x	x			
(Borges & do Nascimento, 2004)	x	x			x

APÉNDICE B

Artículos	respuesta al marco regulatorio	promueve la participación	promueve la democracia	incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	mejora las capacidades y prácticas de gestión
(Atkinson <i>et al.</i> , 2005)					x
(Atkinson, Cohn, Ducci, & Gideon, 2005)		x			x
(J. de C. Lima & Rivera, 2006)			x		
(Vieira-da-Silva <i>et al.</i> , 2007)	x			x	
(Chaves & Vieira- da-Silva, 2007)	x				
(Solla & Costab, 2007)	x			x	
(Fonseca, 2007)	x				
(Miranda, 2007)	x	x	x		
(Fleury, 2007)		x	x		
(Trevisan & Junqueira, 2007)	x		x		
(Santos & Melo, 2008)	x		x		
(de Souza & Stein, 2008)	x			x	
(Mayo, Alves, Oliveira, & Donalísio, 2008)				x	
(Cohen, 2009)		x			x

APÉNDICE B

Artículos	respuesta al marco regulatorio	promueve la participación	promueve la democracia	incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	mejora las capacidades y prácticas de gestión
(Viana & Machado, 2009)	x		x		
(Marangon, Scatena, & Costa, 2009)	x			x	
(S. G. de Barros, Vianna, & Chaves, 2009)	x			x	
(Spedo, Pinto, & Tanaka, 2009)	x				
(Monteiro, Ferreira, & Teixeira, 2009)		x		x	x
(Coriolano <i>et al.</i> , 2010)	x		x	x	
(da Silva Junqueira <i>et al.</i> , 2010)	x			x	
(d'Avila Viana, de Lima, & Ferreira, 2010)	x	x		x	
(Fuzikawa, De Acúrcio, Velema, & Cherchiglia, 2010)	x				
(Fleury <i>et al.</i> , 2010)			x		x
(Cunha & Vieira-da-Silva, 2010)	x		x		
(Barbosa, Costa, Teixeira, Mota, & Pereira, 2010)	x			x	
(Amaral, Tamaki, Sales, & Renovato, 2010)				x	
(Pierantoni & Garcia, 2011)		x	x	x	

APÉNDICE B

Artículos	respuesta al marco regulatorio	promueve la participación	promueve la democracia	incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	mejora las capacidades y prácticas de gestión
(Guerreiro & Branco, 2011)	x				
(Leite, de Vasconcelos, & Lima, 2011)	x		x	x	x
(Barreto <i>et al.</i> , 2011)		x			
(Balista, Santiago, & Corrêa Filho, 2011)	x			x	
(Dourado & Elias, 2011)	x	x	x		
(N. do R. Costa, Siqueira, Uhr, Silva, & Molinaro, 2011)	x	x			
(Fleury <i>et al.</i> 2011)	x	x			
(Brito e Silva & Bezerra, 2011)	x	x		x	
(Lanza & Lana, 2011)	x				
(Leite <i>et al.</i> , 2011)	x				
(Mello & Viana, 2011)	x				
(Santos <i>et al.</i> , 2012)			x		
(Medeiros & Atkinson, 2013)	x				x

APÉNDICE B

Artículos	respuesta al marco regulatorio	promueve la participación	promueve la democracia	incrementa la eficiencia en la asignación de recursos	mejora las capacidades y prácticas de gestión
(Avelino, Barberia, & Biderman, 2014)	x				
(Gerigk & Pessali, 2014)		x	x		
(da Silva <i>et al.</i> , 2014)	x				x
(Jesus, & Teixeira, 2014)	x				
(Duarte <i>et al.</i> , 2015)	x				
(L. Santos & Campos, 2015)					
(Vargas <i>et al.</i> , 2015)	x	x		x	
(Filippon, Kantorski, & Saeki, 2015)	x				
(Mazon, Mascarenhas, & Dallabrida, 2015)				x	
(Barreto Junior, 2015)	x	x		x	
(Albuquerque <i>et al.</i> , 2015)	x			x	

Fuente: elaboración propia

APÉNDICE C

Referencias bibliográficas del corpus documental

- Aires, I. C. (1996). O processo de implantação do Sistema Unico de Saúde: perspectiva dos atores da SES/MG. *Rev. adm. pública*, 30(6), 21-36.
- Albuquerque, A. C. de, Mota, E. L. A., & Felisberto, E. (2015). Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(4), 861-873. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102214>
- Almeida, M. F. (1998). Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. *Inf. epidemiol. SUS*, 7(3), 28-33.
- Alves Sobrinho, E. J. M., & Capucci, P. F. (2003). Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. *Estudos Avançados*, 17(48), 209-227. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000200018>
- Amaral, A. S. do, Tamaki, E. M., Sales, C. de M., & Renovato, R. D. (2010). Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 794-802.
- Arouca, S. (1989). Implementación de la reforma sanitaria a través de los sistemas unificados y descentralización de salud. *Cuad. méd. soc. (Ros.)*, (47), 27-32.
- Arretche, M., & Marques, E. (2002). Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 455-479. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300006>
- Atkinson, S. (2002). Political cultures, health systems and health policy. *Soc Sci Med*, 55(1), 113-124.
- Atkinson, S., Cohn, A., Ducci, M. E., & Gideon, J. (2005). Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil. *Health Promot Int*, 20(2), 167-175.
- Atkinson, S. J., & Haran, D. (2004). Back to basics : does decentralization improve health system performance? : evidence from Ceará in North-East Brazil / Sarah Atkinson and Dave Haran. Recuperado a partir de <http://www.who.int/iris/handle/10665/72499>
- Ausse, J., Omar, M. A., Mamede, S., Mecedo, M. C., Pinto, A., & Campos, J. S. (1995). Developing an information system to support the pursuit of decentralization. The perspective of Ceará State in Brazil. *J Manag Med*, 9(4), 35-43.
- Avelino, G., Barberia, L. G., & Biderman, C. (2014). Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities. *Health Policy Plan*, 29(6), 694-702.

APÉNDICE C

Azem, E. P., Santos, M. M. P. C. A. dos, & Moyses, N. M. N. (1991). O SUDS/RJ e a municipalização: um processo em andamento. *Rev. adm. pública*, 25(2), 4-30.

Azevedo Mercadante, O., Yunes, J., & Chorny, A. H. (1994). Descentralización y municipalización de los servicios de salud en Sao Paulo, Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*, 116(5), 381-396.

Balista, S. R. R., Santiago, S. M., & Corrêa Filho, H. R. (2011). A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4), 759-768.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400015>

Barbosa, M. C. L., Costa, M. da C. N., Teixeira, M. da G., Mota, E. L. A., & Pereira, S. M. (2010). Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 19(4), 347-354. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742010000400005>

Barreto, I. C. de H. C., de Andrade, L. O. M., Moreira, A. E. M. M., Costa, É. D., de Lima Gonçalves, F., Maia, L. A., ... de Alencar Irineu, R. (2011). Reforma Sanitária no Ceará: lutas e conquistas em um cenário adverso. *Saúde em Debate*, 35(90), 387-395.

Barreto Junior, I. F. (2015). Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 461-471.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200006>

Barros, S. G. de, Vianna, M. I. P., & Chaves, S. C. L. (2009). Descentralização da saúde e utilização de serviços odontológicos em 11 municípios da Bahia. *Rev. baiana saúde pública*, 33(3). Recuperado a partir de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a006.pdf>

Barros, E. (1996). Política de Saúde no Brasil: a Universalização Tardia como Possibilidade de Construção do Novo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1), 5-17.
<https://doi.org/10.1590/1413-812319961100692014>

Borges, D. F., & Fernandes, K. C. (2002). A Descentralização das ações e serviços de saúde do SUS na cidade de Natal: democratização ou privatização. *Revista de Administração Pública*, 36(4), 565-585.

Borges, M. A. S. F., & do Nascimento, M. A. A. (2004). A enfermeira no processo de descentralização do sistema de saúde. *Rev Bras Enferm*, 57(6), 666-670.

Brito e Silva, K. S., & Bezerra, A. F. B. (2011). The conception of administrators regarding the formation of a healthcare consortium in Pernambuco, Brazil: A case study. *International Journal of Health Planning and Management*, 26(2), 158-172.
<https://doi.org/10.1002/hpm.1041>

Campos, G. W. de S. (1990). Reflexões sobre uma proposta de gestão de sistema local de saúde. *Rev. adm. pública*, 24(4), 46-52.

APÉNDICE C

- Campos, M. C. S. de S., & Redigolo, M. A. (1992). A reforma administrativa da secretaria da saúde do Estado de São Paulo e a implantação do sistema unificado. *Revista de Administração de Empresas*, 32(1), 16-30.
<https://doi.org/10.1590/S0034-75901992000100003>
- Carvalho De Noronha, J., Pereira, T. R., & Levcovitz, E. (1990). Strategies for setting up local health systems in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Boletim - Oficina Sanitaria Panamericana*, 109(5-6), 529-534.
- Chaves, S. C. L., & Vieira-da-Silva. (2007). Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(5), 1119-1131.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500014>
- Coelho, V., & Shankland, A. (2011). Making the right to health a reality for Brazil's indigenous peoples: innovation, decentralization and equity. *MEDICC Review*, 13(3), 50-53.
- Cohen, M. M. (2009). Dilemmas of the process of decentralized management of health surveillance in Rio de Janeiro State. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 867-901. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300018>
- Cohn, A. (1987). O sistema unificado e descentralizado de saúde: descentralização ou desconcentração. *São Paulo perspect*, 1(3), 55-58.
- Cohn, A. (1994). Descentralização, saúde e cidadania. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (32), 5-16.
- Collins, C., Araujo, J., & Barbosa, J. (2000). Decentralising the health sector: Issues in Brazil. *Health Policy*, 52(2), 113-127. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00069-5](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00069-5)
- Coriolano, M. W. de L., Albuquerque, G. A., Oliveira, M. A. de, Lima, M. de M., & Araújo, N. de S. (2010). Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). *Ciênc. saúde coletiva*, 15(5), 2447-2454.
- Costa, R. C. R. da. (2002). Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev. sociol. polít*, (18), 49-71.
- Costa, N. R., Siqueira, S. V., Uhr, D., da Silva, P. F., & Molinaro, A. A. (2011). Psychiatric reform, federalism, and the decentralization of the public health in Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 16(12), 4603-4614.
- Cunha, A. B. O., & Vieira-da-Silva, L. M. (2010). Health services accessibility in a city of Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 725-737.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>

APÊNDICE C

- Cyrino, A. de P. P., Henriques, C. M. P., & Teixeira, R. R. (1990). Perspectiva da descentralização no estado de São Paulo. *Saúde debate*, (29), 37-42.
- da Silva Junqueira, T., Cotta, R. M. M., Gomes, R. C., de Fátima Ramos Silveira, S., Siqueira-Batista, R., Pinheiro, T. M. M., & Sampaio, R. F. (2010). Labor relations under decentralized health management and dilemmas in the relationship between work expansion and casualization in the Brazilian Unified National Health System. *Cadernos de Saúde Publica*, 26(5), 918-928.
- da Silva, S. F., Souza, N. M., & Barreto, J. O. M. (2014). Boundaries of the autonomy of local health administration: Innovation, Creativity and evidence-based decision-making. *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(11), 4427-4438.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.16612013>
- d'Avila Viana, A. L., de Lima, L. D., & Ferreira, M. P. (2010). Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet*, 15(5), 2317-2326.
- de Lima, L. D., de Queiroz, L. F. N., Machado, C. V., & Viana, A. L. d'Ávila. (2012). Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*, 17(7), 1903-1914.
- de Souza, J. S., & Stein, A. T. (2008). Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. *Cien Saude Colet*, 13 Supl 2, 2225-2238.
- de Souza, L. E. P. F. (2009). O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Cien Saude Colet*, 14(3), 911-918.
- Dourado, D. de A., & Elias, P. E. M. (2011). Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 204-211.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>
- Duarte, L. S., Pessoto, U. C., Guimarães, R. B., Heimann, L. S., Carvalheiro, J. da R., Cortizo, C. T., ... Ribeiro, E. A. W. (2015). Regionalization of health in Brazil: an analytical perspective. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 472-485.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>
- Elias, P. E. (1996). Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde Soc*, 5(2), 17-34.
- Elias, Paulo Eduardo M., & Cohn, A. (2003). Health Reform in Brazil: Lessons to Consider. *American Journal of Public Health*, 93(1), 44-48.
- Elias, Paulo Eduardo Mangeon. (1992). A municipalização de saúde em São Paulo: dimensões políticas e econômicas. *São Paulo perspect*, 6(4), 77-83.

APÊNDICE C

Figueiredo, A. M. de, Abreu, D. M. X. de, França, S. B., Somarriba, M. das M. G., & Belisário, S. A. (1998). Descentralização da saúde e poder local em Minas Gerais. *Rev. adm. pública*, 32(4), 27-41.

Filippon, J. G., Kantorski, L. P., & Saeki, T. (2015). Democracia e conquista: Saúde Mental como política pública municipal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 187-208. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100011>

Fleury, S. (2007). Salud y Democracia en Brasil: Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud colectiva*, 3(2), 147-157.

Fleury, S., Ouverney, A. L. M., Kronemberger, T. S., & Zani, F. B. (2010). Local governance in the decentralized health care system in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(6), 446-455. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010001200006>

Fleury S, Ouverney L, Kronemberger TS, & Zani FB. (2011). Impactos da Descentralização do SUS sobre o Processo de Modernização dos Governos Locais. *Contabilidade, Gestão e Governança*, 14(3), 100-109.

Fonseca, F. (2007). Democracia e participação no Brasil: descentralização e cidadania face ao capitalismo contemporâneo. *Revista Katálysis*, 10(2), 245-255. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000200013>

Fuzikawa, P. L., De Acúrcio, F. A., Velema, J. P., & Cherchiglia, M. L. (2010). Factors which influenced the decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. *Lepr Rev*, 81(3), 196-205.

Gerigk, W., & Pessali, H. F. (2014). The promotion of cooperation in healthcare consortia in Paraná, Brazil. *Revista de Administração Publica*, 48(6), 1525-1543. <https://doi.org/10.1590/0034-76121779>

Gerschman, S. (2000). A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. *Revista de Administração Pública*, 34(4), 147–170.

Gerschman, S. (2001). Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 417-434. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200011>

Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1670-1681. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600026>

Guerreiro, J. V., & Branco, M. A. F. (2011). Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(3), 1689-1698.

Guimarães, L., & Giovanella, L. (2004). Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 16(4), 283-288.

APÊNDICE C

Hortale, V. A., Pedroza, M., & Rosa, M. L. (2000). Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saude Publica*, 16(1), 231-239.

Inojosa, R. M. (1990). A municipalização nos sistemas unificados e descentralizados de saúde. *Rev. adm. pública*, 24(4), 26-45.

Jesus, W. L. A. de, Teixeira, C. F., Jesus, W. L. A. de, & Teixeira, C. F. (2014). Government health planning in the state of Bahia, Brazil: political actors, social interaction and institutional learning. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3839-3858. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.11962013>

Junqueira, L. A. P., & Inojosa, R. M. (1990). Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. *Rev. adm. pública*, 24(4), 7-25.

Junqueira, L. A. P., & Inojosa, R. M. (1992). Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. *Rev. adm. pública*, 26(2), 20-31.

Junqueira, L. A. P., & Inojosa, R. M. (1997). O processo de municipalização na política de saúde em São Paulo. *Revista de Administração Pública*, 31(5), 130-152.

Junqueira, V., Cortizo, C. T., Vieira, N. P., Santos, A. P. L. dos, Santos, F. S. dos, & Lacaz, F. A. de C. (2011). The Health Pact and workforce management within the Unified Health System's Primary Care: a portrait of the situation in some municipalities in São Paulo state, Brazil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 675-693. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200018>

Labra, M. E., & Figueiredo, J. S. A. de. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 537-547. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300011>

Lanza, F. M., & Lana, F. C. F. (2011). Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 187-194. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100025>

Leite, V. R., de Vasconcelos, C. M., & Lima, K. C. (2011). Federalism and decentralization: impact on international and Brazilian health policies. *Int J Health Serv*, 41(4), 711-723.

Levcovitz, E., Yamamoto, E. K., & Silveira, T. R. P. (1990). Praticando a descentralização: desenvolvimento gerencial e institucional na SES-RJ 1988/89. *Saúde debate*, (29), 30-36.

Lima, L. D. de. (2001). The Comissão Intergestores Bipartite (CIB) in Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 11(1), 199-252. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312001000100005>

APÉNDICE C

Lima, J. de C., & Rivera, F. J. U. (2006). Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*, 22(10), 2179-2189.

Marangon, M. S., Scatena, J. H. G., & Costa, E. A. (2009). The decentralization of health surveillance services in the city of Várzea Grande, MT, Brazil (1998-2005). *Revista de Administração Pública*, 43(2), 457-479. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000200009>

Mayo, R. C., Alves, M. J. C. P., Oliveira, V. L. M., & Donalísio, M. R. (2008). Descentralização do atendimento da malária na região de Campinas, São Paulo, Brasil, 2000 a 2003. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)*, 5(50), 04-11.

Mazon, L. M., Mascarenhas, L. P. G., & Dallabrida, V. R. (2015). Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde Soc*, 24(1), 23-33.

Medeiros, R. L. R., & Atkinson, S. (2013). Performance of the local health system and contingent influences in Northeast-Brazil: breaking vicious and virtuous circles. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 18(11), 3431-3442.

Mello, G. A., Ibañez, N., & Viana, A. L. d'Ávila. (2011). Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 853-866. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400004>

Mendes, Á. N., & Santos, S. B. de S. (2000). Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde Soc*, 9(1/2), 111-125.

Merhy, E. E., & Queiroz, M. S. (1993). Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(2), 177-184. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000200009>

Miranda, A. S. (2007). Intergovernmental health policy decisions in Brazil: Cooperation strategies for political mediation. *Health Policy and Planning*, 22(3), 186-192. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm004>

Molesini, J. A., Formigli, V. L. A., Guimarães, M. do C. L., & Melo, C. M. M. de. (2010). Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. *Rev. baiana saúde pública*. Recuperado a partir de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1876.pdf>

Monteiro, D. A. A., Ferreira, M. A. M., & Teixeira, K. M. D. (2009). Determinantes da gestão do Programa Bolsa Família: análise do índice de gestão descentralizada em Minas Gerais. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 214-226. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200005>

APÊNDICE C

Moreira, M. R., & Escorel, S. (2009). Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of the UHS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 795-806. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300015>

Motta, P. R. (1994). Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. *Rev. adm. pública*, 28(3), 174-194.

Muller Neto, J. S. (1992). Política de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores, 43-59.

Paim, J. S. (1989). A gestão do SUDS no Estado da Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, 5(4), 365-375. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1989000400002>

Pierantoni, C. R., & Garcia, A. C. P. (2011). Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. *Human Resources for Health*, 9. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-12>

Pinheiro, R. (1996). A dinâmica dos conselhos municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso (Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana. *Revista de Administração Pública*, 30(5), 64–100.

Pinto, A. L., & Donini, W. G. (1991). O contexto institucional e operacional do setor saúde e sua relevância para o SUDS. *Rev. adm. pública*, 25(3), 139-154.

Queiroz, M. S. (1994). O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas. *Rev. adm. pública*, 28(4), 27-37.

Santos, L., & Campos, G. W. S. (2015). SUS Brazil: The health region as a way forward. *Saude e Sociedade*, 24(2), 438-446. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>

Santos, S. S. B. D. S., & De Melo, C. M. M. (2008). Evaluation of the decentralization of epidemiologic surveillance to the Team of the Family Health Program. *Ciencia e Saude Coletiva*, 13(6), 1923-1932. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600028>

Santos, S. S. B. da S., Melo, C. M. M. de, Costa, H. O. G., Tanaka, O. Y., Ramos, F. M., Santana, M. C. C. de, & Trindade, B. G. (2012). Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 873-882. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400010>

Scatena, J.H.G., & Tanaka, O. Y. (2000). Decentralization of the health care system in the state of Mato Grosso, Brazil: Financing and the model of care. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 8(4), 242-249.

Scatena, João Henrique Gurtier, & Tanaka, O. Y. (2001). The basic operational norms (NOB) in the health decentralization process. *Saúde e Sociedade*, 10(2), 47-74.

APÉNDICE C

Solla, J. J. S. P., & Costab, E. A. (2007). Evolução das transferências financeiras no processo de descentralização da vigilância sanitária no SUS.

Spedo, S. M., Tanaka, O. Y., & Pinto, N. R. da S. (2009). O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*, 25(8), 1781-1790.

Teixeira, S. M. F. (1990). Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*, 24(2), 78–99.

Trevisan, L. N., & Junqueira, L. A. P. (2007). Construindo o «pacto de gestão» no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. saúde coletiva*, 12(4), 893-902.

Ugá, M. A., Piola, S. F., Porto, S. M., & Vianna, S. M. (2003). Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 417-437. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008>

Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., Unger, J.-P., da-Silva, M. R. F., De Paepe, P., & Vázquez, M.-L. (2015). Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*, 30(6), 705-717.

Viana, A. L. A., & Machado, C. V. (2009). Federative coordination and decentralization: Brazilian experience in health. *Ciencia e Saude Coletiva*, 14(3), 807-819.

Viana Costa Olavo, O. A., Maria Elena. (1987). A saúde no Brasil: paradoxos e dilemas, 1, 59-63.

Viana, A. L. d'Avila, Heimann, L. S., Lima, L. D. de, Oliveira, R. G. de, & Rodrigues, S. da H. (2002). Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*, 18(supl.1), 139-151.

Vieira-da-Silva, L. M., Hartz, Z. M. A., Chave, S. C. L., da Silva, G. A. P., & Paim, J. S. (2007). Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*, 23(2), 355-370.