

Diseño de Políticas y el Sistema de Salud en Argentina

Lic. Cristina Bramuglia 1), Lic. Rosana Abrutzky 2), Dra. Cristina Godio 3)

1) Licenciada en Economía. Estudios de postgrado en la Universidad de California, Los Angeles Profesora Adjunta de la Facultad de Ciencias Sociales. cbramuglia@sociales.uba.ar

2) Licenciada en Sociología de la Universidad de Buenos Aires. rabruztky@gmail.com

3) Farmacéutica, Magister en Salud Pública, Profesional Asistente del CONICET. cgodio@gmail.com

Este trabajo surge como un producto adicional de un proyecto de investigación aprobado por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Proyecto de Reconocimiento Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Agosto Res CD3407/08) con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani “Los sistemas de salud en los países del MERCOSUR” .

Resumen: Este trabajo delinea los rasgos y características del sistema de salud en la Argentina haciendo referencia a otros países de América Latina y de Europa. La investigación está basada en la noción de la salud como un bien “tutelar” o “meritorio”, es decir un bien indispensable para el desarrollo humano, cuya provisión al conjunto de la sociedad constituye una de las funciones del Estado.

A partir del análisis se ponen de manifiesto las dificultades de elaborar políticas adecuadas para enfrentar los desafíos que plantea la situación social y sanitaria del país en el contexto de un sistema fragmentado por jurisdicciones y altamente inequitativo. Mientras una pequeña parte de la población tiene hasta una cuadruple cobertura de salud, el 40% de la misma tiene sólo acceso al sistema público de salud que debe atender demandas de servicios del sistema de seguridad social, del propio sistema público y hasta del sistema privado.

Finalmente, el trabajo se plantea la posibilidad del fortalecimiento de una red de laboratorios públicos para abastecer al sistema público de salud y centros de atención primarios

Palabras clave: Sistema de Salud, Composición institucional, financiamiento del sistema público de salud

Abstrac: This research outlines main features and characteristics of the health system in Argentina in relation to other Latin American and European countries. Our theoretical frame assumes the notion of health as “merit good”, seen as those goods and services indispensably required for human development, that is a duty of the State to provide or assure to the society as a whole.

This country's health system is very fragmented and inequitable. Only a small part of the population has to a fourth coverage of health, while the 40% of the population have only access to the public health system that must meet the demands of the system of social security, the public system and even the private system services system.

Finally, the feasibility of the Governmental building a network of public laboratories to provide for public health and primary care centers has been suggested.

Keywords: health system, institutional composition, the financing question in public health system

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar el sistema de salud de la Argentina haciendo referencia a los sistemas de América Latina y reflexionar sobre el desafío que significa el diseño de políticas en salud.

Dada la dinámica de las economías mixtas la intervención de los Estados es una condición necesaria pero no suficiente para que exista equilibrio macroeconómico. La intervención pública se torna crucial en la provisión de un bien como salud en la cual existe información asimétrica (Boldrin y Levine 2008) entre los proveedores del servicio de salud y los consumidores, los pacientes, o sea, en forma “potencial”, el conjunto de la sociedad.

El diseño de políticas de salud es complejo en el conjunto de los países de América Latina, en los que coexiste una variedad de modalidades de provisión de servicios de salud (Anllo y Cetrángolo 2007; Cetrángolo, 2008, 2009; Maceira 2002, 2003; Maceira y Murillo 2001).

Además existen tensiones institucionales específicas en países con sistemas federales de gobierno, como es el caso de la Argentina. El sistema de salud se financia con fondos públicos nacionales y provinciales. Existen brechas significativas en el origen de los recursos fiscales de las diversas jurisdicciones en relación a las jurisdicciones que consumen esos fondos, y se crean disputas por el uso de los mismos.

Existen serias dificultades para que los sistemas de salud sean similares y accesibles para todos los grupos sociales.

Este trabajo intenta realizar una descripción de las características específicas del sistema de salud de la Argentina resaltando las dificultades de elaborar políticas públicas adecuadas para enfrentar los desafíos que plantea la situación social y sanitaria del país. El análisis está basado en la literatura económica especializada en salud, que incluye actividades múltiples y diversas (Azpiazu, 1999; Katz, Bisang; Cetrángolo, 2002, 2009, Maceira y Peralta Alcat, 2008; Arrow, 1967; Nelson y Winter; Rosemberg, 1993; Stephan, 1996), particularmente caracterizadas por información asimétrica y ausencia de competencia y existencia de “externalidades” por el lado de los oferentes de los servicios de salud. En general, el paciente tiene insuficientes conocimientos acerca de la naturaleza de su enfermedad y de los posibles tratamientos para la misma, lo que le otorga al médico un gran poder de comportamiento oportunista (*teoría de la agencia*, Pauly 1980). Desde la óptica de la teoría económica la existencia de “fallas del mercado” requiere la participación del Estado en un campo complejo de fuerte interacción entre el Estado, los centros de provisión de servicios de salud e instituciones de aseguramiento social. Las modalidades e interacciones entre las mismas conforman un sistema de salud tan complicado que limita las posibilidades del Estado de realizar una intervención efectiva logrando sus objetivos (Anllo y Cetrángolo 2008, Bisang y Maceira 1999, Cetrángolo y Devoto 2002 y 2009, Katz 1997,1995, 1993 y 1990, Maceira 2003, Tobar 2002)

El trabajo prioriza la descripción de las instituciones y el análisis sobre la cuestión de cómo el Estado financia el sistema público y el sistema de aseguramiento social, los orígenes de los fondos y el destino de los mismos por jurisdicciones. Destaca los dilemas que plantea el diseño de políticas de salud con estas características y los problemas sociales ocasionados por dicho sistema. Finalmente sugiere algunas líneas de políticas públicas tendientes a solucionarlos.

El sistema de salud en Argentina

El sistema de salud de la Argentina está fundamentalmente orientado hacia la atención médica reparativa de la enfermedad y centrado en la institución hospitalaria. En la mayoría de las jurisdicciones en las que se impulsó en los últimos años, la estrategia de la atención primaria de salud se organizó como "programas" del primer nivel de atención.

En Argentina el sistema de salud se ideó de acuerdo a un modelo de estado de bienestar que construyó su estructura de protección social en el supuesto de la existencia de una "sociedad del trabajo" que estuvo vigente desde fines de la segunda guerra mundial hasta mediados de la década del setenta. Es decir, una situación ideal de pleno empleo "formal" en la cual la protección social se consolidaría con prestaciones progresivas a la fuerza laboral. La ciudadanía social dependía del mercado de trabajo y el Estado era el agente a cargo de la cobertura de servicios básicos y educación, en base al sistema bismarckiano financiado por tres fuentes: el propio Estado, los empleadores y los trabajadores. El trabajador, como jefe de familia, aseguraba a todo el grupo familiar con sus ingresos y protección social. La consolidación y expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo de toda la actividad privada relacionada con la salud ya que su demanda se orientó a prestadores privados de servicios de salud tales como las empresas farmacéuticas y las productoras de equipamiento médico.

La red de servicios de salud del Estado, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema bismarkiano, pasó a quedar reservada a partir de los años cincuenta básicamente a la atención de la población más carenciada, sin cobertura de la seguridad social. Sin embargo, el sector público también suele brindar cobertura adicional a los asociados a otros esquemas y personas de ingresos altos, dando lugar a casos de múltiple cobertura con las obvias consecuencias negativas en materia de eficiencia.

A grandes rasgos el sistema de salud de la Argentina está formado por el sistema público abierto a todos los habitantes del país, extranjeros e inmigrantes. Esta no es una característica usual en los países de la región con excepción de aquellos países que tienen sistemas públicos como Brasil. Por otra parte, entre el 55% a 60% de la población está cubierto por las Obras Sociales. Estas pueden ser Nacionales, para trabajadores por rama de actividad y sus familias, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP), que brindan cobertura a los empleados públicos dependientes de cada una de las 23 provincias argentinas y la ciudad de Buenos Aires, y otras Obras sociales como las correspondientes al personal de la Fuerzas Armadas, Seguridad y Universitarias. Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales activos, monotributistas, pasivos y sus grupos familiares. Existe también el Programa de Adultos Mayores Integrados (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) que recibe aportes

del Tesoro Nacional, de los trabajadores activos y de las contribuciones de los mismos jubilados. Por último, y por fuera de todo mecanismo de aseguramiento social se encuentran las empresas de seguro privado o prepagas, con una cobertura de aproximadamente el 9% de la población. Los aportes personales (3% del salario) y contribuciones patronales (6% del salario), obligatorios para todos los trabajadores en relación de dependencia, son la fuente principal de los ingresos de las OSN y representan aproximadamente el 87%, mientras que el 13% restante tiene otras fuentes como pagos directos, cuotas de adherentes, cuotas voluntarias por planes superadores, etc. La mayoría de los trabajadores que cotizan en el sistema lo hacen en su condición de trabajadores formales en relación de dependencia, los beneficiarios con regímenes especiales (trabajadores de tiempo parcial, empleados domésticos, otros) rondan el 10%.

Hubo dos series de reformas importantes en las dos últimas décadas en la Argentina, cada una de ellas con características diferentes.

Las reformas realizadas hacia fines de la década de los setenta, constituyen básicamente modificaciones en la reorientación y papel del Estado en función de los procesos de federalización y descentralización (Cetrángolo y Devoto 2002). Se puso énfasis en la reconversión de las obras sociales, y se pusieron en marcha el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, el Programa de Hospitales Públicos de Autogestión y el Plan Médico Obligatorio (PMO). Se modificó el sistema de previsión social, que se basó en la creación de un sistema mixto con dos componentes, el obligatorio y el voluntario. El primero de ellos presenta a su vez dos modalidades: una administración estatal, con objetivos de redistribución y seguro, que garantiza un beneficio mínimo uniforme y se denomina régimen de reparto, y una administración privada, con objetivos de ahorro y seguro, ya sea mediante un plan de ahorro individual en el que sólo contribuye el asegurado a un plan auspiciado por una empresa, en el que aportan tanto el asegurado como el empleador, con capitalización plena e individual y regulado por el Estado. El componente voluntario, se financia sólo con las contribuciones del asegurado.

En los noventa el gasto en salud de la Nación representó (Anllo y Cetrángolo 2007) menos del 0,3% del total de los Gastos del Gobierno, mientras que los gastos en salud de las Provincias y Municipios fueron cercanos al 90% de los Gastos de dichas jurisdicciones. Existe una asimetría entre el origen de los fondos y el destino de los gastos del presupuesto. Mientras que los fondos provienen básicamente del estado nacional, alrededor del 80% de los gastos del mismo son la mitad de los gastos totales. Los recursos provinciales constituyen sólo el 18% de los recursos y los gastos alcanzan el 40% de los gastos. Por otra parte, la literatura señala algunos rasgos específicos de los gastos en salud: la tercera parte lo realizan las obras sociales centralmente, la parte privada de servicios de atención de salud aumentó su participación en la provisión de los mismos, mientras la contribución del subsector público y de las obras sociales disminuyó a causa de la contracción fiscal, el descenso de los niveles salariales, el desempleo y la reducción de los aportes patronales. Se produjeron graves problemas de equidad y eficiencia en la provisión de salud en la Argentina.

El sector público, profundamente descentralizado, se organiza a nivel provincial, con excepción de los fondos y programas especiales a cargo del Gobierno Nacional. Existe una asimetría presupuestaria entre el origen de los fondos presupuestarios: casi el 80% de los ingresos fiscales son de origen

nacional, sin embargo, el destino principal de los fondos está formado por las provincias. Dada la limitación de fondos provinciales propios, los Ministerios de Salud, máxima autoridad en materia de salud de sus jurisdicciones, la calidad de los servicios de salud es muy deficiente, con fuertes inequidades según los ingresos de la región (Anllo y Cetrángolo 2007). Las autoridades de cada distrito establecen las prioridades de salud y dirigen sus propias redes de prestadores. Por otra parte, la falta de coordinación entre el sector público y el subsistema de obras sociales, permite la existencia de subsidios cruzados entre sectores de la población con diferentes niveles de ingreso, ineficiencias de gestión y de formas de asignación de recursos, profundizando la brecha de equidad entre distintos grupos poblacionales.

A principios de los 2000, tal como se observa en el trabajo mencionado (Cetrángolo y Devoto 2002 y Cetrángolo 2009) el estado sanitario del país es preocupante. La población cubierta por el sector público supera holgadamente el 40% de la total. Están incluidos los habitantes más pobres de las zonas urbanas marginales y de las áreas rurales de nuestras provincias más atrasadas. Sin embargo, los presupuestos del agregado de todos los niveles de gobierno escasamente alcanza la quinta parte del gasto en salud del país.

Existe, para una porción pequeña y decreciente de la sociedad argentina múltiple cobertura médica y es sustantiva su carencia en franjas crecientes de la población. (Cetrángolo 2009) efectivamente, la cobertura social y voluntaria que representaba en el año 2001 52% mientras que en 1990 su peso era del 63%. Asimismo se observan agudas diferencias entre las provincias, dependen de los niveles de empleo formal por provincia. El porcentaje de aseguramiento social en el año 2001 se estimó en el 52%, mientras una década atrás era del 63%. Por otra parte hay provincias como Chaco, Formosa Y Corrientes con un 35% de población asegurada, mientras en la Ciudad de Buenos Aires, Chubut y Santa Cruz la proporción de población con seguro ascendía en ese año al 70%.

Por otra parte, la mitad del gasto de las familias se destina a la salud porque su atención requiere compra de medicamentos la adquisición de servicios no provistos por los servicios de salud como emergencias, consultas a médicos clínicos, consultas o servicios de medicina alternativa, atención odontológica o adhesiones a medicina prepaga. Respecto a la población que se atiende en forma privada, la información disponible no es confiable. De acuerdo con la estimación realizada en esta investigación serían alrededor de seis millones de personas las que tienen servicios privados de salud. Este sector de la población corresponde a los grupos de altos ingresos que tienen acceso a múltiples recursos. Acceden a los servicios que financian con sus ingresos de bolsillo, además de las opciones que les brindan los esquemas alternativos de los cuales no están excluidos.

A fines de los noventa se inició una crisis macroeconómica muy profunda de la economía argentina, caracterizada por graves deficits de las cuentas fiscales, desempleo y nuevas modalidades de contratación de empleo. La “informalidad” del empleo que afectó singularmente el acceso de la población a los servicios de salud.

La falta de acceso de un porcentaje importante de la población fue tan significativa que el informe de la Organización Mundial de la Salud ubicó a la Argentina en 75 puesto del ranking de nivel de atención de la salud muy por

debajo de Chile, Costa Rica, Colombia y Paraguay y declaró que la Argentina se lo denominó “fracaso sanitario argentino” (Giordano y Colina, 2000)¹

Posteriormente, como respuesta a la crisis económica, social y sanitaria iniciada en el año 2000 se hicieron modificaciones en sector salud destinadas a mejorar el acceso de la población a los servicios de la salud. Se diseñó la Política Nacional de Medicamentos (PNM), implementada a partir de 2002. Esta política se basó en tres pilares fundamentales: la Ley N° 25.649 de Prescripción por Nombre Genérico, el Programa Médico Obligatorio de Emergencia y el Plan Remediar.

El principal objetivo de la Ley de Prescripción por nombre Genérico permite a los consumidores prescindir de la marca comercial sugerida o indicada por el médico y acceder a otra marca de menor precio que contiene la misma droga. Asimismo, el Plan Remediar consiste en la creación de Centros de Atención Primaria de Salud en los cuales se atiende en forma gratuita a la población, estimada en 15 millones de personas, recibiendo la medicación que cubren la casi totalidad de las patologías ambulatorias y algunas crónicas por el término de dos años en todo el país.

Un interrogante que esta línea de investigaciones se propone responder consiste en evaluar si la producción pública de medicamentos puede constituir una herramienta de política pública asegurando el abastecimiento de medicamentos a un segmento de la población no cubierto por los sistemas de seguridad social en el sistema público de salud: PAMI, hospitales públicos y Seguridad Social. .

Reflexiones para el diseño de políticas públicas

1- El grado de fragmentación del sector salud en la Argentina es elevado, aún para los niveles de los países de la región. Esta segmentación se observa en el interior de cada subsistema. El sistema de salud del país carece mecanismos de coordinación eficaces que perjudican la provisión de salud para el conjunto de la sociedad.

2- Existen asimetrías muy marcadas en los grados de cobertura de servicios de salud directamente relacionados con la posición individual en el mercado de trabajo y con el nivel de ingresos de las familias. El sistema provee una múltiple cobertura de servicios de salud para una porción muy pequeña de la población y una creciente proporción de la misma que tiene acceso sólo a la salud pública. Puede existir una triple y hasta cobertura si los diferentes miembros de un grupo familiar tienen derecho a diferentes tipos de instituciones y, aún peor, cuando se agrega la afiliación voluntaria a seguros privados.

3- La desigualdad social se traslada de la distribución del ingreso a la distribución de la cobertura en salud y esta desigualdad se acentuó a partir de los noventa y se concentra en los sectores rurales y en el sector informal de la economía

El desalentador diagnóstico sobre el sistema de salud de la Argentina nos enfrenta al desafío de analizar herramientas de política que atemperen la magnitud de los problemas planteados. En primer lugar, es indispensable

¹ Beltramino, Susana “Los valores vinculados a la equidad en la atención médica en la Argentina” Revista Aportes para la el Estado y la Administración Gubernamental. N° 17 . 2004

fortalecer los sistemas públicos de salud, en especial, expandiendo la atención primaria e implementar una adecuada coordinación de servicios descentralizados que incluya la compensación de brechas entre regiones. Esto requiere la revisión y modificación de los mecanismos de gestión del Ministerio de Salud de la Nación, la máxima autoridad sanitaria del país. El magro peso de su presupuesto, 0,3% del producto nacional constituye una seria limitación. La alternativa propuesta por esta línea de investigaciones nos ha llevado a analizar la producción pública de medicamentos como una herramienta de abastecimiento de medicamentos al sector público de salud y las instituciones de la seguridad social. Esta propuesta está siendo analizada dado que es indispensable conocer el costo de producción y distribución de medicamentos frente a políticas alternativas.

En segundo lugar, se requiere aumentar significativamente los segmentos de población con aseguramiento social. Esta consiste, en esencia, en que las políticas públicas incentiven simultáneamente inducir el empleo formal en la economía.

Finalmente, el Estado debería enfrentar el desafío de transparentar los mecanismos de gestión de las instituciones públicas, instituciones de aseguramiento social y privadas involucradas en la provisión de servicios de salud.

Bibliografía

- Un Análisis Comparativo de la Experiencia Latinoamericana” CEPAL (serie Reformas de Política Pública, N° 47). 1997
- Boldrin Michele and Levine David “Against Intellectual Monopoly” New York, NY: Cambridge University Press, ISBN 978-0-521-87928-6. 2008
- Burijovich, J., Pautassi, L. “Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas.” Serie Mujer y Desarrollo n° 60. CEPAL. Centro de Economía. Ministerio de Relaciones internacionales y Culto. 2005
- Cetrángolo, O. y Jiménez, J. P. “La Descentralización de la Educación y la Salud: Un Análisis Comparativo de la Experiencia Latinoamericana” y Cetrángolo, O. y Jiménez, J. P. “Las relaciones entre diferentes niveles de gobierno en Argentina”, *Revista de la CEPAL* N° 84, Santiago de Chile.2004
- Cetrángolo, Oscar” Nota sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto sobre Bibliografía.
- Abrutzky, Rosana”Salud y vulnerabilidad ante el cambio climático. Estudio de indicadores para la Argentina”. Universidad Nacional de San Martín y Fundación Bariloche.2008
- Abrutzky, Rosana; Bramuglia, Cristina; Godio, Cristina. Aspectos de la Política Nacional de Medicamentos Ley de Prescripción de Medicamentos por su nombre genérico y Plan Remediar. [en línea]. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2008 [Citado 00-00-00]. (IIGG Documentos de Trabajo, N° 51). Disponible en la World Wide Web: <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/Publicaciones/DT/dt51.pdf>
- Anllo, Guillermo y Cetrángolo Oscar Capítulo X. “Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos” en CEPAL – Colección de Documentos de proyectos Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina. 2007
- Apella, Ignacio “Acceso a Medicamentos y la producción pública de Medicamentos. Caso argentino. CEDES 2006
- Azpiazu, Daniel (compilador) “La desregulación de los mercados. Paradigmas e inequidades de las políticas del neoliberalismo. Las industrias láctea, farmacéutica y automotriz”. Grupo Editorial NORMA/FLACSO, Buenos Aires, 1999
- Beltramino, Susana “Los valores vinculados a la equidad en la atención médica en la Argentina” Revista Aportes para la el Estado y la Administración Gubernamental. N° 17. 2004

Bibiloni, A.; Capuano, C.; De Sarasqueta, P.; Moyano, G.; De Urza, P.; Santamarina, A.; Roberts, L.; Capdevielle, A.; Milazzo, C. Innovación tecnológica y política de medicamentos. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Exactas y Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina- 2004 y Arugute Natalia <http://www.pagina12.com.ar/diarios/suplementos/cash.3> de agosto de 2008.

Bisang, R., Cetrángolo, O. "La Descentralización la equidad, con especial referencia al caso argentino" CEPAL. Mayo 2009.

Cetrángolo, Oscar y Devoto Florencia "La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad", Montevideo, 2006.

Cetrángolo, Oscar y Devoto Florencia "Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad", *Serie de Estudios* Numero 27, CECE, Buenos Aires, 1998,

Cetrángolo, Oscar y Lima Quintana y San Martín, "Situación del Sector Salud en Argentina. Análisis en el contexto de un sistema descentralizado", Mimeo, 2007.

CILFA:<http://www.cilfa.org.ar/archivos/File/biblioteca/planestrategico/Plan-estrategico%20CILFA.pdf>

¹Decreto N° 2.135/08, publicado en el Boletín Oficial el 4 de enero de 2008

Heymann, Daniel y Bramuglia, Cristina. Enfoques del desarrollo: temas generales y el caso de la Argentina. En el libro "Salida de crisis y estrategias alternativas de desarrollo. La experiencia argentina". CEIL-PIETTE. 2007.

Heymann, Daniel "Progresos en Macroeconomía" Asociación Argentina de Economía Política. 2008

Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística. 1998. "Acceso y Utilización de los Servicios de Salud". Brasilia.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INDEC: <http://www.indec.gov.ar>. Serie anual de Distribución del Ingreso 1993-2007

Gasparini y Cruces. Desigualdad en Argentina, 2008 – CEDLAS

Lindemboim, Javier "Distribuir y redistribuir: he ahí la cuestión."(CEPED) en Laboratorio N22 instituto de investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales.

Lima de Magalhães Jorge; Núbia Boechat Andradell; Adelaide Maria de Souza Antunes. "Principales desafíos de la producción pública de medicamentos en Brasil y panorama del sistema de salud" Revista Cubana Salud Pública v.34 n.3 Ciudad de La Habana. Julio-Septiembre. 2008

Lindenboim, J., D. Kennedy y J. M. Graña, Apuntes Sobre La Coyuntura Actual: El Cambio De Fase En La Etapa Económica: De La Desaceleración Al Estancamiento- Laboratorio N22 Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. 2006

Lozano Claudio. Cambio de fase en la etapa económica: de la desaceleración al estancamiento. Instituto de Estudio y Formación CTA . Marzo 2009

Maceira, Daniel; Peralta Alcat, Martín "El Financiamiento Público de la Investigación en Salud en Argentina. Fortalecimiento del Foro de Investigación en Salud en Argentina. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Marzo 2008.

Maceira, Daniel. "Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur: Experiencias y Desafíos" Centro de Estudios de Estado y Sociedad: Buenos Aires. 2003

Maceira, Daniel y Murillo Victoria "Social Sectors Reform in Latin America and the Role of Unions". Social Policy Forum Washington, DC,. 2001

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Marzo 2008.

Organización Panamericana de la Salud.(OPS) "Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Uruguay".2002

Organización Panamericana de la Salud.(OPS). "Sistema de Salud de Uruguay" 2002

Organización Panamericana de la Salud. (OPS) . "Perfil del Sistema de Salud de Brasil". Brasilia. 2005

Organización Panamericana de la Salud.(OPS) "Perfil de Los Sistemas de Salud de Paraguay. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma" 2008

Rossi, Alejandro. "Diferentes procesos de transformación en Argentina y Chile".

Sanson, César “ El Sistema Unico de Salud cumple 20 años en el Brasil” Investigador del Centro de Investigación y Apoyo a los Trabajadores y doctorando de Ciencias Sociales. Universidad Federal de Paraná (UFPR)

Robinson "Physician Hospital Integration and the Economic Theory of the Firm". Medical Care Research and Review 54 1: 3-24, 1997. <http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/Physician.doc>

Salvia Agustín et al: Cambios en la estructura social del trabajo bajo los regímenes de convertibilidad y post-devaluación. Una mirada desde la perspectiva de la heterogeneidad estructural”, En: Mercado de trabajo

www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/programa/biblioteca/bolsa/p100_08.doc

Agradecimientos.

Agradecemos muy especialmente los detallados comentarios al texto original de Lic. Daniel Azpiazu, y Dr. Oscar Cetrángolo y el constante aliento y sugerencias de Dr. Daniel Heymann, Dra. Ana María Mendes Diz y al Instituto de Investigaciones Gino Germani que nos permite realizar nuestros trabajos de investigación.

Nota del Editor: este trabajo junto con la Editorial se refieren a la necesidad de un Plan de Salud para la República Argentina. Nos interesaría mucho abrir un debate. La Revista está abierta a todas las opiniones, que serán publicadas, para intentar armar un foro de ideas que puedan servir para mejorar la salud de los argentinos.