

Impacto de la Reforma de Salud sobre la práctica de los médicos de atención primaria en Argentina

Argentina's health reform impact on physicians working in the primary care setting

Nanci Giraudo* y Adolfo Rubinstein.

Resumen

Antecedentes: La reforma de Salud de la década del noventa en Argentina implicó mayor descentralización desde el nivel central a los niveles subnacionales, desregulación de la Seguridad Social, falta de control del sector privado, y una multiplicidad de programas públicos verticales orientados a la atención primaria de la salud (APS) financiados por el Estado y por organismos multilaterales, lo que modificó los modelos de financiamiento, organización y entrega de servicios, profundizando la fragmentación institucional del Sistema de Salud.

Objetivo: Describir y analizar como este proceso de reforma afectó la práctica de los médicos de atención primaria (MAP) en seis jurisdicciones argentinas.

Diseño: Investigación cualitativa con utilización de entrevistas semiestructuradas a informantes clave. Lugar: Neuquén, Rosario, Salta, Mendoza, Córdoba y Ciudad de Buenos Aires.

Participantes: 42 entrevistas a Directivos de instituciones de los tres subsistemas de salud.

Resultados y conclusiones: La década de los noventa fue signada por el debilitamiento del rol de rectoría del Estado y el aumento de la influencia del Mercado en la conducción de los procesos de Reforma, lo que profundizó la desintegración en todos los subsectores y el crecimiento no regulado de programas y planes del sector público; influyó el ámbito de desempeño de los MAP, afectando sus modelos de contratación y pago, deteriorando las condiciones de su práctica y contribuyendo a una mayor precarización laboral. Estas consecuencias pueden ser una barrera que dificulte los procesos de Reforma orientados a la APS.

Abstract

Background: The Nineties' Health Reform drove Argentina to a greater decentralization to the sub-national levels, deregulation of the Social Security sector, lack of control of the private sector, and multiple governmental programs vertically oriented to the primary care attention financed by the State and multilateral organisms. These have changed the models of financing, organizing and delivering health services, deepening the institutional fragmentation of the Health System.

Objective: To describe and analyze how this reform process affected primary care practice in six Argentine jurisdictions.

Design: Qualitative investigation using semi-structured interview to "key informants".

Setting: Neuquen, Rosario, Salta, Mendoza, Cordoba and the Federal District, Buenos Aires.

Participants: 42 interviews to different Institutions' Directors within the three health subsystems.

Results and conclusions: The Nineties were marked by the weakening of the rectorship roll of the State and the increase of the Market influence in the Reform leading process. These have worsened the lack of coordination in between the health sub-sectors and promoted unregulated growth of plans and programs within the public sector. It also influenced the primary care physician's work setting, affecting work contracts and payment agreements, as thus, damaging their work conditions leading to precarious work. All these factors can be barriers that make the primary health care oriented processes of the reform even more difficult.

Palabras Clave: reforma de salud, atención primaria. **Key words:** health reform, primary care.

Fuente de financiamiento: Comisión Nacional de Proyectos de Investigación en salud (CONAPRIS). Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Argentina.

* Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires / Fundación MF para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud. J D Perón 4272. CP 1199 Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina. Teléfono y Fax: 0054-11-4959-0381. nanci.giraudo@hospitalitaliano.org.ar ; adolfo.rubinstein@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCION

Los países de América Latina están introduciendo reformas que pueden influenciar profundamente, tanto la forma de financiar como de entregar y recibir servicios de salud. Estas reformas se han implementado con la intención de reducir inequidades, mejorar la calidad de atención y corregir ineficiencias de los sistemas de salud^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}. En el proceso de reforma participaron diversos actores, con especial protagonismo de las agencias financieras internacionales -Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo- entre otras, además de la propia profesión médica y el Estado⁸. Los resultados del proceso de transformación en cada país se fueron ajustando a las condiciones demarcadas por sus propias reformas, implicando en la mayoría de los casos un cambio profundo de los modelos preexistentes^{10,11}.

Hasta los años cuarenta, el sistema de salud Argentino era relativamente simple y se estratificaba por subsistemas de acuerdo a la población que atendiese. Las clases medias y altas recurrían a la medicina privada que financiaban de su bolsillo, mientras que los trabajadores inmigrantes y sus familias acudían a las mutuales y a las asociaciones de socorros mutuos de acuerdo al país de origen. A partir de la década del cuarenta, el sistema público de salud privilegió al hospital como articulador de los servicios de salud, transformándolo en una unidad prestadora de alta complejidad organizacional. Este Modelo "hospitalocéntrico" de asignación de recursos y provisión de servicios fue en desmedro del desarrollo de programas en Atención Primaria (AP) puerta de entrada natural y más costo-efectiva al sistema de atención médica¹².

Paralelamente y como consecuencias de las reformas laborales, se fortalecieron las organizaciones sindicales, quienes crearon estructuras encargadas de atender la salud de sus afiliados y sus familias, las Obras Sociales (OS). El desarrollo de las OS fue por rama de actividad ligadas a los sindicatos, con un funcionamiento autónomo y poco articulado con el resto del sistema de seguridad social, creando diferencias de financiamiento y heterogeneidad prestacional entre ellas.

A principios de la década del setenta, el modelo de atención médica cambió dramáticamente, con la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (IN-

OS) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). Esto dio origen a la cobertura médica obligatoria, tanto para los trabajadores en relación de dependencia, como para los jubilados, pensionados y discapacitados (alrededor del 70% de la población). A su vez, se estableció un Fondo Solidario de Redistribución manejado por el IN-OS, antecesor de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) destinado a equiparar las OS de menores ingresos con las de mayores. A este esquema de seguro social cerrado y de carácter gremial, le siguieron los seguros de salud estatales a cargo de los gobiernos provinciales que brindan cobertura a los empleados públicos.

Ha mediados de la década del setenta comenzaron a desarrollarse los seguros privados, brindando cobertura a los sectores medios y altos. Las empresas de medicina prepaga, como se las conoce desde entonces, se desarrollaron en algunos casos a partir de las viejas mutuales, apoyándose en instituciones sin fines de lucro, pero en su mayoría constituyeron seguros comerciales, especialmente a partir de los años ochenta y noventa. Este mercado de seguros privados de carácter prepago funciona hasta hoy sin un marco regulatorio específico.

La consolidación en los ochenta del sistema de tercer pagador en la seguridad social y los seguros privados, indujo la aparición de los Colegios de Profesionales y de las Cámaras de Clínicas y Sanatorios, como fijadores de precios y determinantes de las condiciones de acreditación por el lado de la oferta de los servicios. Paralelamente, se creó el Nomenclador Nacional que fijó las tarifas de las prestaciones de los distintos tipos de servicios médicos a través del pago por prestación. Este instrumento privilegió las prestaciones por procedimientos tecnológicos y servicios especializados, a través de tarifas más altas en detrimento de los cognitivos -consulta médica-. Más aún, los servicios preventivos no fueron ni siquiera considerados en dicho Nomenclador. La consecuencia fue la consolidación de un modelo de atención fragmentada, hegemonizado por la medicina especializada y orientado a los procedimientos tecnológicos¹³.

En la década del cuarenta y cincuenta en Argentina, la mayoría de los médicos podían ser definidos como "generalistas". Los especia-listas eran pocos y se con-

centraban en los hospitales académicos o en el sector de alto poder adquisitivo. Sin embargo, un modelo que sólo compensa por los servicios que se brindan, obviamente no ofrece ningún incentivo para el desarrollo de la APS como base para la integración y la coordinación de los mismos^{14,15}. Esto, sumado a la ausencia de regulación de la matrícula y de adecuados procesos de certificación profesional, determinó que el porcentaje de médicos generalistas se redujera drásticamente respecto de los especialistas. Se estima en la Argentina una relación de dos a tres especialistas por cada médico generalista, cuando los países con mayor grado de equidad, universalidad y eficiencia en sus servicios de salud tienen alrededor del 50% de sus profesionales practicando exclusivamente APS^{16,17}.

En los años ochenta y noventa la reforma en salud implicó la profundización del proceso de descentralización iniciado a mediados del setenta. Esto significó, por parte del Estado, la transferencia de su estructura prestacional y de financiamiento hacia las provincias, dejando de ejercer la capacidad normativa, regulatoria y de orientación en cuanto a políticas sanitarias⁹.

Los noventa trajeron a nuestro país una nueva ola de reformas alentadas y sustentadas por organismos de créditos multilaterales e impulsadas por el Estado Nacional, como la desregulación de las obras sociales y la libre elección por parte del beneficiario, con el objeto de mejorar la eficiencia y reducir la corrupción estructural, que sólo alcanzó al sector de las OS Nacionales; el desarrollo de hospitales públicos de autogestión con el propósito de descentralizar su gestión y parte de su financiamiento, articulándolo con los demás subsectores, que en casos muy puntuales se pudo lograr; y el programa médico obligatorio (PMO) que se constituyó casi como un paquete de servicios, ideal muy lejano de lo que la Seguridad Social puede realmente financiar. Muchas de las Reformas orientadas al fortalecimiento de la APS, aún con serios déficit e inconsistencias en su diseño e implementación, fueron discontinuadas o reformuladas a razón de la explosión de la crisis en Argentina a principios del año 2002^{12, 14}.

Sin embargo, los cambios también afectaron profundamente al sector asegurador y prestacional privado, impactando sobre la práctica clínica a través de nuevas estrategias de gestión y micro-management y sobre las formas de contratación y de pago a los profesionales e instituciones prestadoras de servicios. Si las refor-

mas anteriores buscaban aproximar el sistema de salud argentino a un modelo universal y de seguro único, las reformas de los noventa lo orientaron hacia un mercado de seguros con modelos de atención gerenciada. En síntesis, hoy Argentina tiene un sistema de salud fragmentado, dual y desarticulado, conformado por tres subsectores: público, obras sociales y privado, que interactúan con distinta intensidad y cuyos servicios se hallan distribuidos heterogéneamente en 24 distritos y en cientos de municipios que gozan de gran autonomía para organizar y ejecutar acciones sanitarias.

PLANTEO DEL PROBLEMA

El proceso de reforma del sistema de salud argentino ocurrido en la última década, así como la crisis económica y financiera estructural que está viviendo el país, han modificado las características de financiamiento, compra y provisión de servicios de salud en Atención Primaria afectando los modelos de contratación y pago, así como las características de la práctica médica, en particular a los Médicos de Atención Primaria (MAP).

OBJETIVOS

Objetivo general: describir y analizar como el proceso de reforma del sistema de salud en la década del noventa afectó la práctica de los MAP en seis jurisdicciones argentinas.

Objetivos específicos: 1) comparar las diferencias y similitudes en los proceso de Reformas de Salud experimentados en cada distrito; 2) explorar y describir la influencia de la Reforma en el desarrollo de modelos de Atención Médica Primaria; 3) identificar los mecanismos de pago y de contratación de los MAP y su potencial influencia sobre las características de su práctica.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: descriptivo con utilización de una técnica de investigación cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas individuales en profundidad a informantes clave.

Ámbito: Neuquén, Rosario, Salta, Mendoza, Córdoba y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

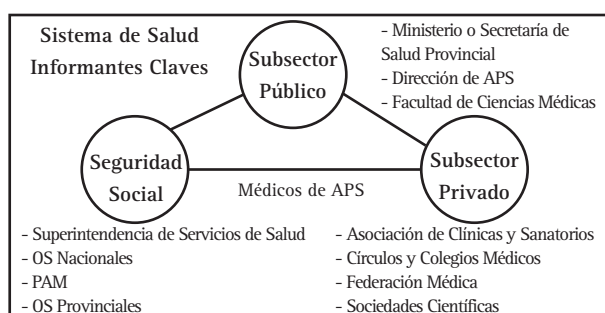
Fuente de información: entrevistas semiestructuradas a informantes clave utilizando técnicas de investigación cualitativa. Se recurrió a esta metodología por su carácter abierto y flexible en el diseño¹⁸. La técnica utilizada permitió comprender los procesos que subyacen en el marco de la Reforma del Sistema de Salud, que va más allá del análisis de fuentes de información secundaria y documental.

Selección de los informantes: el número de informantes involucrados en el estudio se definió en cada lugar de acuerdo a las necesidades específicas y dependiendo de la complejidad del actor, se seleccionó dentro de él, a uno o más informantes. Se consideraron "informantes calificados" a aquellas personas que ocuparan un cargo directivo o gerencial dentro de las instituciones seleccionadas de los tres subsectores de salud y médicos que trabajaran en APS (figura 1). En total se realizaron 42 entrevistas.

Recopilación de la información: las guías de entrevistas estuvo centrada en la siguiente premisa: *¿cómo las diferentes reformas impulsadas desde el gobierno central en la década del noventa, incidieron en los tres subsectores de salud: público, seguridad social y privado?*

Las dimensiones exploradas fueron las siguientes: 1) financiamiento y organización del sistema de salud, 2) influencia de la reforma en el desarrollo de la APS como estrategia 3) modelos de contratación, modo de pago e incentivos financieros a los MAP, y características de la práctica médica.

Figura 1: Instituciones seleccionadas en los subsectores de salud



Fuente: elaboración propia.

ANÁLISIS DE DATOS

Primera etapa:

a) transcripción a texto de la información (audio) obtenida de las entrevistas.

b) análisis temático de los textos utilizando el programa Nud-ist (QSR N6 For Windows 98, NT4, 2000, ME & XP)¹⁹.

Para incrementar la confiabilidad de la información cada investigador hizo de manera independiente el siguiente trabajo:

1) pre-análisis del contenido de las entrevistas, para lograr compenetración en el curso del diálogo y evitar interpretaciones descontextualizadas.

2) categorización de las entrevistas.

3) comparación de las respuestas y tipificación del contenido.

4) comparación de la información provista por los informantes calificados²⁰.

Segunda etapa:

a) interpretación de los textos por áreas definidas y triangulación entre los investigadores para asegurar la confiabilidad de las categorizaciones e interpretaciones²¹,

b) conclusiones.

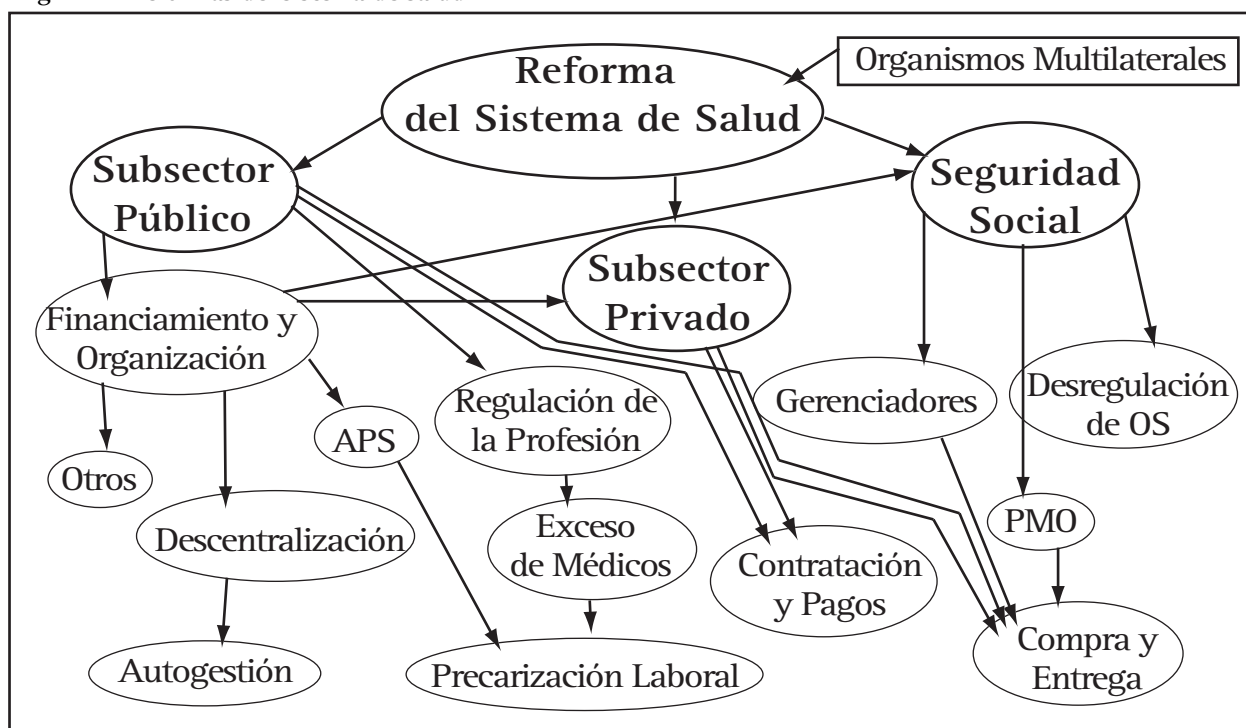
c) elaboración del informe final.

RESULTADOS

La interpretación de la información obtenida de las entrevistas realizadas en cada jurisdicción se realizó a partir de las dimensiones exploradas en los tres subsectores de salud: público, seguridad social y privado. Ver figura 2.

Para este trabajo se consideró como REFORMA a todo cambio e innovación en los tres subsectores de salud, propuestos por el gobierno central.

Figura 2: Reformas del sistema de salud



* PROFE, PROMIN, PROAPS, Plan Médicos de Cabecera, Remediar, etc.

FINANCIAMIENTO Y ORGANIZACION

Todas las jurisdicciones incluidas en el trabajo presentan un sistema de salud fragmentado y heterogéneo. Los distintos subsectores (público provincial y municipal, seguridad social y privado) al interior de cada distrito carecen en general de puntos de contacto, articulación y acuerdos mínimos para planificar, programar y ejecutar acciones integradas.

Según datos del último Censo Nacional de 2001, la cobertura de salud en dichas jurisdicciones era similar. Ver figura 3. Se observa predominio de la cobertura por parte de la seguridad social en la mayoría, poca cobertura del sector privado en Neuquén y mayor cobertura de este último sector y seguridad social en Rosario y fundamentalmente en la Ciudad de Buenos Aires, distritos con alta proporción de población con empleo formal y mayores recursos. En Rosario, a diferencia de Buenos Aires, las aseguradoras privadas son locales y no nacionales.

[..] ... La población de Rosario, se caracteriza por que las grandes prepagas nacionales tienen poca inserción, es totalmente inverso a capital. Swis Medical, Medicus, son prepagas de baja cobertura en al ciudad de Rosario. Tienen mucho desarrollo las prepagas de los propios

sanatorios. ... [Rosario - ASCLISAN]

En la década del noventa con la ola de reformas del Estado, llamadas de "segunda generación", se aceleró la transferencia de los servicios de salud de "Nación" a las "Provincias", en un modelo de descentralización tipo devolución que había comenzado a mediados de los setenta. Este proceso se replicó en el interior de algunos distritos con una descentralización de las provincias a los municipios, siendo este proceso más evidente en Rosario y en Córdoba.

[..] ... El sistema de salud municipal tiene la particularidad de ser un sistema en red, donde hay 50 centros de AP, e1 centro de especialidades médicas ambulatorias, donde solo se deriva lo ambulatorio desde el primer nivel, seis hospitales (tres de mediana complejidad, una maternidad, un hospital de emergencias y un hospital de niños) que son referencia de todo el sur de la provincia y un centro de rehabilitación. [Rosario - Secretaría de Salud]

La descentralización no solo implicó que, tanto la nación y en algunos caso las provincias, dejaran de prestar los servicios de salud de la población "devolviéndolos" a los niveles subnacionales, sino que también se perdiera la capacidad del Estado de articular políti-

cas desde los niveles centrales. Esto en muchos casos se tradujo en falta de coordinación e integración entre los sistemas con la consecuente duplicación y superposición de servicios y recursos. Por ejemplo, en Rosario cabalgan dos subsectores públicos: el municipal y el provincial. Según los entrevistados, el sistema de salud municipal cubre aproximadamente al 50% de la población, correspondiendo la misma a grupos sociales de bajos ingresos.

[...] ... En Rosario tenemos coexistiendo dos sistemas públicos, el provincial y el municipal, además de las obras sociales y las prepagas, la fragmentación del sistema es como en todo el país. Dentro de lo público, con la provincia tenemos un muy bajo grado de articulación, a pesar de que ellos cumplen funciones tanto de supervisión, como de dirección política... El municipio de Rosario no recibe ninguna diferencia por tener este sistema de salud. ... [Rosario - Secretaría de Salud]

[...] ... La integración de los tres subsectores público, seguridad social y privado no ocurre y tampoco hay integración entre el nivel provincial y municipal, además de que en general se superponen recursos. Esto sucede cuando no se trabaja con un enfoque sistémico, condición básica para que un sistema funcione. [Córdoba - Ex secretario de Salud]

Dentro del marco de la reforma, Córdoba también intensificó el proceso de descentralización, pero sólo del primer nivel de atención. Los centros de atención en el subsector público de salud se dividen en dos categorías: 1) centros de APS de la municipalidad de la Ciudad de Córdoba y 2) hospitales públicos de nación, provincia y municipalidad. Por otro lado, también se encuentran el sector de obras sociales y en menor proporción, el sistema de seguros privados. A comienzos del año 2000 y siguiendo con los cambios, Córdoba adhirió al Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) del Ministerio de Salud de la Nación, subvencionado por el BID.

[...] El sistema público de salud está descentralizado, al primer nivel lo manejan los municipios, mientras que la provincia quedó a cargo del segundo y el tercer nivel de complejidad... [Córdoba - Médica de Familia 2]

[...] ... Con crédito del BID y del Banco Mundial se estuvo trabajando en el tema de reforzar la atención pri-

maria y por otro lado, la integración de los municipios con la Provincia, para lo cual se hizo un relevamiento de todos los recursos disponibles en la provincia... [Córdoba - Ex secretario de Salud]

Ante la evidencia de escasez de recursos destinados a servicios de salud pública, las iniciativas para reformar el sector fueron escasas y focalizadas. Las principales medidas implantadas fueron en el ámbito administrativo-financiero, la creación de los hospitales de autogestión y la profundización de la descentralización hospitalaria con la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las provincias. También se implementaron nuevos programas financiados por organismos multilaterales, como el PROMIN (Programa Materno Infantil), PROAPS (Programa de Atención Primaria de la Salud), Programa Nacional de Médicos de Cabecera, PROFE (Programa Federal de Salud), PLAN REMEDIAR (de distribución de medicamentos esenciales a los centros de APS públicos del país a partir de 2002), etc.

El Hospital de Autogestión es un modelo de delegación que comenzó a instrumentarse a partir de los noventa, al cual fueron ingresando los principales hospitales provinciales. Con el objeto de maximizar la eficiencia y equidad, el objetivo fue movilizar recursos provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de pacientes de menores recursos. La experiencia fracasó parcialmente, ya que los principales hospitales que ingresaron al sistema después de 1992 no lograron alcanzar resultados aceptables debido a las profundas limitaciones gerenciales y a la falta de adecuados sistemas de registros y de procesamiento de la información, específicamente en lo concerniente a identificación de los usuarios, facturación y cobranza. De hecho, provincias como Neuquén no adhirieron a esta iniciativa. Según los entrevistados, una de las principales críticas a este proceso de reforma fue la falta de un soporte técnico adecuado para que la propuesta de hospital de autogestión brindara algún beneficio a la población, más allá de la falta de consideración de las necesidades de cada lugar por parte del nivel central.

[...] ... En esta provincia la autogestión es sinónimo de hospital privatizado. Esta construcción que se fue haciendo a través del tiempo, tiene una base ideológica

y de alguna manera tiene un arraigo en el sistema. Esta es la única provincia que creo junto con Santa Cruz, que no ha firmado y tampoco adhirió al hospital de autogestión. Nunca se firmó el proyecto, ... [Neuquén - Sociedad de Medicina Rural]

[..] Tema interesante la autogestión,...llega a principios de los noventa y la provincia lo asume como ley y resuelve sumar todos los sectores hospitalarios al sistema de autogestión, sólo los hospitales provinciales en toda la provincia fueron autogestionados. El resto es todo sistema SAMCO. [Rosario - Dirección de APS]

El Plan Médicos de Cabecera fue otra de las tantas iniciativas impulsadas desde el gobierno central sin un diagnóstico previo de necesidad y sin una clara noción de sustentabilidad a mediano y largo plazo. En Neuquén y en Rosario la experiencia no fue exitosa y en los demás distritos, los nombramientos terminaron siendo diluidos y en muchos casos absorbidos por las provincias.

[..] ... Hubo resistencia a la implementación del plan médicos de cabecera que propició Nación, era un sistema de médicos de cuatro horas diarias, con un salario muy bajo para las necesidades de sustento en esta Provincia, donde además existe el sistema provincial que requiere que se tenga dedicación exclusiva. [Neuquén - Subsecretaría de Salud]

La implementación los programas mencionados más arriba contribuyó a profundizar la fragmentación vertical dentro del sector público, lo que se sumó a la falta de integración de éste con los demás subsectores de salud.

Cabe resaltar que estos programas implican una mayor superposición de recursos humanos y en algunos casos de infraestructura y que hubo una falta absoluta de diagnóstico de las necesidades locales.

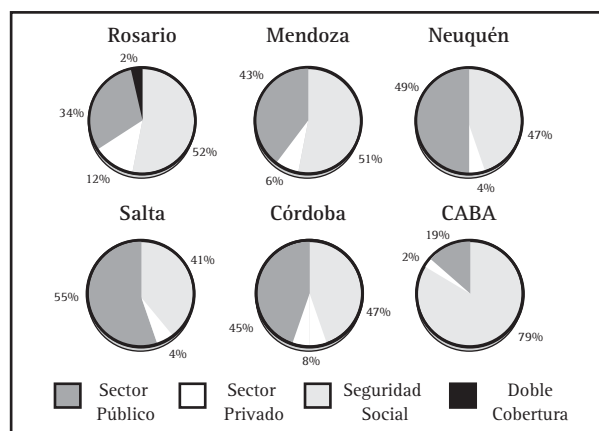
[..] ... Sí, la provincia se adhirió al PROMIN, se invirtió en ese momento a nivel municipal 18 millones de pesos en infraestructura, en hacer centros nuevos, arreglar los viejos, etc.. Trabajamos con el PROMIN en forma individual el programa, siguiendo las normativas que nos establecían. Te digo que en aquellos años, convivíamos con los recursos humanos que nos nombraba el PROMIN.

En realidad fue el paso más de un programa que tiene

fallas en el ámbito normativo y -respecto al nivel de atención. ... [Rosario - Dirección de APS]

[..] El PLAN REMEDIAR se incorporó en casi todos los centros de salud provinciales y lo que uno recibe son dos cajas de medicamentos.. Uno hace sugerencias de cambio y nunca vienen los cambios. Los coordinadores de REMEDIAR están muy atrasados con la lectura de las boletas, siguen enviando remedios que no se usan en el centro y no aceptan que se los devuelva. Cero planificación, cero diagnóstico de necesidades. ...no hay una evaluación por zona... El tema formulario es muy engorroso y lo peor es que luego ni los leen, te lleva diez minutos hacerlo y le quita tiempo a la consulta. [Mendoza - Médica de Familia 1]

Figura 3: Cobertura de salud según jurisdicción



Fuente: elaboración propia en base a datos del último Censo (INDEC).

INFLUENCIA DE LA REFORMA EN EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA

Si se analiza lo que sucedió con la APS desde un plano conceptual, se puede ver que ha estado sujeta a diferentes definiciones y perspectivas. En resumen, puede señalarse que el concepto de APS describe o se relaciona con un cierto tipo de servicios, cierto tipo de prestador y una cierta filosofía de atención.

La evidencia empírica muestra que el desarrollo de la APS está condicionada por el nivel de desarrollo del país, su cultura y las características de su sistema de salud.

Es interesante ver como dentro de un mismo país las visiones pueden ser diferentes, situación reflejada en el presente trabajo.

[.] En Rosario el sistema de salud se divide en la parte pública y la privada, a su vez en la parte pública se divide en municipal y provincial, con políticas diferentes, cada una maneja la AP y sus programas de prevención en forma independiente. Es muy raro que tengan los mismos programas, excepto los del niño y de la embarazada que son programas básicos, pero cada uno los encara en forma diferente. ...[Rosario - Médico de Familia]

[.] La APS es una materia pendiente en la Argentina y también para Salta. Porque el acceso que es lo fundamental, no se realiza como debe ser. Primero de todo porque falta diagramación, no hay una política clara. ... No hacemos prevención de cáncer de mama y de cuello de útero, de diabetes, de hipertensión arterial, etc. etc. ... Yo trabajo en un centro de diálisis y veo que el 90% de los pacientes que están son por diabetes e hipertensión arterial. Entonces no digamos que estamos haciendo las cosas bien. ...[Salta - Círculo Médico]

En la década del noventa tanto en Rosario como en Córdoba se produjo la municipalización del primer nivel de atención en el sector público, aunque con diferencias entre ambas.

Por ejemplo, en Rosario los centros de salud constituyen una puerta de entrada ineludible al sistema, es decir que los usuarios no pueden acceder al segundo o tercer nivel de atención sin previamente haber pasado por el centro de salud, mientras que en Córdoba los usuarios tienen libre acceso a los distintos niveles de atención.

[.] ... También sacamos sangre en los centros de salud y los turnos con el especialista los administra el centro de salud. Al concepto de derivación nosotros lo hemos cambiado, aquí nadie deriva gente del primer nivel, la idea y nuestro compromiso es agenciar la salud, estamos hablando de gente cuyo acceso al sistema es sumamente complejo.

Es decir que el centro tiene una cantidad de gente adscrita definida, sabe normalmente el número de ecografías que requiere por mes, ...En las reuniones distritales, discutimos junto con los directores de los hospitales los cuellos de botella en las derivaciones que tenemos al segundo nivel. ... El centro de salud realmente se convirtió en un centro que le acerca a la gente lo que necesita para su salud. [Rosario - Secretaría de Salud]

[.] ... La gente tiene libre acceso al sistema de salud tanto municipal como provincial, si bien estamos tratando que la entrada al mismo sea por el centro de salud. En los centros municipales funciona la residencia en Salud Familiar, son centros comunitarios integrales conformados por gente capacitada y en formación, es decir médicos, enfermeros, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, etc... Cada una de estas unidades tiene 2.000 personas a cargo, con la idea de mantenerlos sanos. A esto lo llamamos prevención local participativa, por supuesto contamos con la participación de la comunidad. [Córdoba - Coordinador de la Residencia de Salud Familiar y Presidente Asociación de Medicina Familiar de Córdoba]

La política de descentralización y el enfoque hacia la APS implican que la gente ingrese a la red de servicios por medio de su acceso a los efectores cercanos a su domicilio -centros de salud-. En Rosario, lo observado es la jerarquización del centro de salud dentro de la comunidad en general, considerándolo como el lugar propicio para el seguimiento longitudinal de los pacientes y además, como un facilitador en cuanto a la resolución de problemas en salud.

[.] La entrega de medicamentos a los pacientes se realiza en el centro de salud más allá que se lo haya indicado en el segundo nivel. La idea es que el paciente siga teniendo al centro como referente y que el médico de cabecera sepa lo que se le indicó y lo controle. El tema de medicamentos preferimos que dependa del centro de salud. ... [Rosario - Dirección de APS]

Tanto en Neuquén, como en Salta y Mendoza, el proceso de descentralización ha llegado hasta la provincia y en algunos casos hasta el municipio, por ejemplo en la última jurisdicción. Si bien, la estrategia de AP en la década del setenta fue el "caballito de batalla" de la reforma sanitaria en Neuquén, aún está pendiente y son materia de debate las características de la atención en el primer nivel en las grandes ciudades, donde aún no está definida la población a cargo de los equipos de salud, a diferencia de lo que sucede en las zonas rurales.

[.] ... En la Ciudad de Neuquén es muy difícil establecer cuáles son los límites de cada centro de salud. Uno como paciente puede elegir donde atenderse. [Neuquén - Subsecretaría de Salud]

[..] ... Es muy distinta la situación en los pueblos del interior en donde cada uno de los hospitales tiene perfectamente delimitada la zona geográfica y los pobladores que tiene dentro de los límites, dado que existen recursos excelentes para la APS. Cada agente sanitario recorre el área que tiene asignada, visitando casa por casa, relevando anualmente las familias, detectando embarazadas, controles, vacunación, etc., mientras que en las áreas urbanas no existe este recurso. En la ciudad no tenemos población a cargo, en general no llegamos a toda la población, sino que esperamos que la gente llegue... [Neuquén - Medicina Rural]

En Neuquén, los usuarios del subsector público de salud pueden acceder libremente a los distintos niveles de atención dentro del sistema. Incluso algunos entrevistados comentaron que los pacientes no tienen muy clara la figura del médico general, situación que llama la atención siendo que fue uno de los primeros lugares donde se implementó la Residencia de Medicina General y Rural, cuyo objetivo fue formar médicos con orientación en APS.

[..] ... Es curioso que en Neuquén la población no conozca hasta donde llegamos los médicos familiares y generales. He encontrado a mis pacientes en la sala de espera que me dicen vos hiciste el yeso del paciente que salió recién? [Neuquén - Médico Generalista]

[..] ... Un médico generalista dentro del sistema público puede trabajar en la zona rural hasta en un hospital general de nivel 3. En un pueblo los médicos generales son la puerta de entrada al sistema mientras que en la ciudad no siempre es así. Se está tratando desde hace tiempo de limitar el acceso a los médicos especialistas, a través del sistema de referencia contrarreferencia. La idea es tener un sistema estructurado de acuerdo a las complejidades crecientes de los pacientes. [Neuquén - Sociedad de Medicina Rural]

En Mendoza, la nueva gestión de gobierno jerarquizó la APS independizándola de las áreas programáticas de los hospitales, creando la Dirección de APS, a la cual le otorgaron la misma jerarquía que el Área de Dirección de Hospitales.

[..] ... En el comienzo de esta gestión lo primero que hicimos fue sacar la APS de las áreas programáticas

de los hospitales de cabecera, es decir que va a depender directamente de la subsecretaría de salud, esto va a permitir un mejor y mayor control de los fondos que se asignan al primer nivel, porque lo que en general sucedía que los fondos se diluían en el camino... [Mendoza - Subsecretaría de Salud]

La Ciudad de Buenos Aires tiene un escaso desarrollo en APS, concentrando casi todo el accionar desde la red de hospitales, que gozan de gran calidad y prestigio. Hay una clara subutilización de los centros de salud, que en general tienen insuficientes recursos humanos, físicos y equipamiento y ofrecen atención parcial y son percibidos por la población como poco resolutivos. Esto redundando en una demanda excesiva de atención en los hospitales, cuya respuesta es pobre en relación a la resolución de problemas del ámbito de la APS, lo que se expresa a través de demoras, atención inapropiada de la APS en las guardias hospitalarias y mala calidad de atención en estos servicios.

[..] ... La gente en esta ciudad está acostumbrada a ir a los hospitales, hay algunos que son emblemáticos, como el Argerich. No es un tema fácil de resolver, la selección adversa es tremenda... Una de las consignas es que hay que tercerizar la AP y sacar la medicina ambulatoria de la complejidad hospitalaria. La idea futura es descentralizar la APS, que en la actualidad depende de los hospitales con un concepto hospitalocéntrico. Sabemos que esto pasa por: primero, una decisión política; segundo, por un cambio estructural; y tercero, un cambio de sistema basado en el cambio de competencias. [Ciudad de Buenos Aires - Subsecretaría de Salud]

[..] ... El presupuesto de los centros de salud está incluido en la partida que va a los hospitales, una de los objetivos inmediatos que tenemos es descentralizar la AP, sacarla de los hospitales y ponerla en relación directa con la Dirección de Atención Primaria. ... [Ciudad de Buenos Aires - Dirección de APS]

MODELOS DE CONTRATACION, MODO DE PAGO E INCENTIVOS FINANCIEROS A LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA Y CARACTERISTICAS DE LA PRACTICA MEDICA

Otra consecuencia de las reformas fue la precarización de las condiciones de trabajo de los MAP. Es intere-

sante resaltar que la mayoría de los entrevistados hicieron mención a la desvalorización de la actividad profesional, refiriéndose a los diferentes tipos y modalidades de contratos como "contratos basura". La precarización laboral se expresa a través de múltiples contratos de renovación periódica, ausencia de derechos sociales e inestabilidad permanente, que obligan al médico a trabajar en muchos lugares para poder tener un ingreso que le permita vivir dignamente. Lo paradójico es que si antes este tipo de contratos eran la regla en las gerenciadoras, clínicas y sanatorios del sector privado, últimamente son también muy comunes en el sector público, especialmente en los programas verticales financiados desde el Ministerio de Salud de la Nación.

[..] ... Todo es precario, en la provincia tengo un contrato que me renuevan cada seis meses, viene de PROMIN, que luego se cae. Me pagan mis honorarios contra recibo, no tengo obra social, jubilación, NADA. Este año hay una promesa de que me van a incorporar a planta de la provincia... En la Obra Social soy "contraprestataria", tengo un contrato que también se renueva cada seis meses y el pago es contra recibo, tampoco tengo ningún beneficio. [Rosario - Médica de Familia]

[..] Toda la gente que conozco y que trabaja en APS está en diez lugares como para llegar a un sueldo que les permita vivir. [Córdoba - Médica de Familia 2]

[..] ... Estoy trabajando en la parte pública en un centro de salud de la provincia, ...a su vez estoy en la ciudad de San Lorenzo como médico de cabecera en la UOCRA (Obra Social Nacional) también trabajo en un consultorio privado y además estoy como médico de cabecera de una red privada que brinda atención a afiliados de IAPOS (Obra social de empleados de la Provincia). [Rosario - Médico Generalista]

La fragmentación del sistema de salud devino en que las formas de contratos y de pagos fueran muy diversas, diferenciándose en los tres subsectores. En el público, en general los trabajadores de la salud son asalariados (empleados en relación de dependencia) y los contratos son de tres tipos: a) planta permanente -"trabajo para toda la vida"- como comúnmente lo llama la gente. Son cargos a los que se debería acceder por concurso, instancia que en Argentina está desvirtuada.

En general la promoción o nombramientos de estos cargos se realiza por relaciones personales. b) interinos, son cargos que surgen a partir de la necesidad de cubrir una vacante y son los que están esperando a que se abran los concursos para acceder como planta permanente, aunque suele suceder que por decreto se decida cambiarlos de status y c) los cargos de emergencia o contratados. Los dos primeros tipos de contrato son de pago por salario y la carga horaria en la mayoría de los casos es de 24 horas semanales (tiempo parcial) o menos comúnmente de 36 a 40 horas semanales.

Cabe destacar que en el sector público y en especial en APS, los contratos de emergencia fueron los que más han crecido en la última década.

[..] ... En este momento y desde hace diez años, estoy como médica interina en un centro de salud. Mi carga horaria es de 24 horas semanales. [CABA - Médica de Familia]

[..] ... En la parte pública los sueldos están congelados y la carrera sanitaria también. Pero con una salvedad y es que en la década del noventa se le sumaron los famosos cargos de emergencia los cuales no tienen ningún aporte jubilatorio, obra social, estabilidad laboral y tampoco vacaciones paga... [Mendoza - Médica de Familia]

[..] El año pasado la provincia por decreto incorporó como interinos una gran cantidad de personal de emergencia o contratados, de los cuales algunos hacía seis años y otros diez años que estaban como emergencia... [Rosario - Médico de Familia]

Si bien en lo conceptual, el ser empleado asalariado en relación de dependencia brinda mayores posibilidades u oportunidades para tener ingresos estables y beneficios sociales, trabajar en un entorno organizacional más acorde a la cultura de los médicos y acceder a una carrera dentro de la institución; estas características en Argentina hoy están desvirtuadas debido a la falta de concursos y al congelamiento de los sueldos desde hace mucho tiempo. Como se mencionó anteriormente, en las jurisdicciones seleccionadas se observa la implementación por parte Nación de numerosos programas, que se acompañan habitualmente de la creación de nuevos puestos de trabajo con modalidades de contratos y pagos diferentes.

[..] Me olvidé de decir que acá en Santa Fe, está funcionando el Seguro de Salud Provincial que depende del Programa Federal de Salud. Con esto se incorporaron nuevos médicos a los cuales le pagan por una determinada cápita... [Rosario - Médica de Familia]

En los subsectores de obras sociales y privado, la mayoría de los médicos trabajan como empleados autónomos. En algunos casos ni siquiera hay contratos de por medio y en otros suelen renovarse cada seis meses o anualmente. Lo observado en cuanto a la forma o tipo de pago a médicos generalistas o de familia es variado.

[..] Yo trabajo para la Obra Social ... y tengo un contrato de locación y el pago es un monto fijo por una cierta cantidad de pacientes. El pago es contra recibo, son contratos de relación de dependencia encubierta... [Ciudad de Buenos Aires - Médico de Familia]

[..] ... La mayoría facturamos a través del Colegio Médico y el cobro es por prestación. Acá hay algunos que tienen contratos directos, por ejemplo con PAMI, con la Obra Social de los cosechadores rurales. [Neuquén - Médico de Familia]

Si bien se percibe una leve tendencia a la capitación, los entrevistados mencionaron variadas modalidades de pago, como por ejemplo, por hora de trabajo ajustado por cápita, por prestación (en general los que cobran por colegios, círculos médicos o a través de la asociación de clínicas y sanatorios) sujeta a una serie de descuentos y un mix entre cápita y prestación. A igual modelo de contratación, las diferencias de remuneración entre médicos generalistas y especialistas, siguen existiendo en desmedro de los primeros.

[..] En la Obra Social te pagan por hora y por paciente. Tienes que ver cuatro pacientes por hora para te paguen los \$6 de la hora más \$3 por cada paciente, de lo contrario solo se paga por paciente. Mientras que el especialista cobra \$5 por consulta. En otras Obras Sociales te pagan por hora \$5 y te imponen cuantos pacientes tienes que ver. [Córdoba - Médica de Familia]

[..] ... Para nosotros tiene otra connotación, algunos de nuestros compañeros luego de trabajar algunos años y lucharla como médicos de APS, eligen capacitarse en alguna especialidad. [Neuquén - Médico de Familia]

En el PAMI, en cuanto a los tipos de contratos y pagos, se observan modelos mixtos. Por un lado, hay personas que dependen directamente del PAMI como institución, por ejemplo en Rosario, en donde tiene prestadores propios.

En Rosario la mayoría del personal está en relación de dependencia y en menor proporción, se encuentran los profesionales contratados, a quienes se les paga por prestación.

Por otro lado, PAMI tiene un sistema capitado manejado por gerenciadoras, donde los médicos son contratados por diversos prestadores de servicios.

[..] ... Algunos son de planta permanente y otros contratados a los que se les paga a través de factura o recibo. En general el PAMI tiene un sistema capitado que se contrata a terceros.[Rosario - PAMI]

[..] ... En PAMI la cápita tiene un valor de \$2,80 y lo que realmente perciben los médicos son \$2,10 o \$2,20 porque el resto se lo quedan las gerenciadoras... [Mendoza - PAMI]

Las gerenciadoras que intermedian las prestaciones en el PAMI son redes prestacionales creadas "ad-hoc", como las asociaciones médicas, los círculos y federaciones médicas, las asociaciones de clínicas y sanatorios, las empresas de medicina prepaga, etc.. Los inconvenientes de la intermediación con las redes gerenciadoras y los modelos de contratación y pago a los médicos, pueden verse desde la opinión de un directivo de un seguro privado comercial:

[..] ... Nosotros tendemos a hacer contratos directos con los médicos y pagamos por prestación, lo que también es un inconveniente. No existe un sistema de remuneración perfecto, si uno contrata una red capitada tiene los problemas de la subprestación, y si uno contrata profesionales por prestación, tiene el problema de la sobre prestación.

Con un agravante: que en los últimos 20 años, la variable de ajuste ha sido siempre el honorario del médico, quién encontró como mecanismo de defensa la consulta, la realización de prestaciones innecesarias y la codificación de prácticas no realizadas.

... [Ciudad de Buenos Aires - SMG (seguro privado comercial)]

DISCUSION

Las jurisdicciones incluidas en el presente trabajo, al igual que el resto de los distritos en Argentina, tienen un sistema de salud fragmentado y heterogéneo. Por lo tanto, es necesario analizar los cambios producidos por las reformas desde la perspectiva de cada uno de los subsectores, teniendo en cuenta que esta ausencia de integración sectorial es tal vez una de las razones principales que incidieron en el deterioro de la práctica profesional de los médicos en general y de los MAP en particular. En la década del noventa, con la profundización de la descentralización a los niveles subnacionales, el Ministerio de Salud dejó de ejercer plenamente su función de rectoría en el diseño e implementación de programas de salud que contemplaran objetivos y metas de alcance Nacional.

El Consejo Federal de Salud (COFESA) se convirtió en la única instancia para la búsqueda y generación de consensos, en una relación entre "pares" -Ministro de Salud de la Nación y sus contrapartes provinciales-, basada en la buena voluntad de sus integrantes y carente, por lo tanto, de poder normativo y de aplicación del nivel central a los niveles periféricos.

La descentralización no solo implicó que el Estado Nacional y en algunos casos las provincias, dejaran de prestar servicios de salud a la población "devolviéndolo" a los niveles subnacionales, sino que también se perdió la capacidad de articular políticas de salud desde los niveles centrales. En la mayoría de los casos, esto se tradujo en la falta de coordinación e integración entre los subsistemas con la consecuente duplicación y superposición de servicios y recursos. Entre los distritos seleccionados, este proceso es muy evidente en Rosario y Córdoba.

En función del proceso de reforma del Estado y ante la evidencia de la escasez de recursos destinados a los servicios de salud pública, las iniciativas para reformar el sector salud fueron escasas y focalizadas. Es así que Nación, con el apoyo financiero de organismos de créditos multilaterales comenzó a implementar diferentes "programas verticales" orientados a la APS, tanto en las provincias como en algunos municipios⁹. PROMIN, PROAPS, el Programa Nacional de Médicos de Cabecera, PROFE y REMEDIAR son algunos de los ejemplos donde el Ministerio de Salud en lugar de apoyar, articular e integrar estos programas dentro de los

servicios de salud provinciales, introdujo de manera vertical "cuñas" dentro de los niveles subnacionales sin realizar un diagnóstico de necesidades a nivel local y sin evaluar con las provincias la sustentabilidad financiera futura de estas iniciativas, una vez que se agotara el flujo de fondos.

La implementación de estos programas desde el nivel central generó, naturalmente, aún más confusión, redundancia e ineficiencia en la provisión y entrega de servicios de salud en el sector público de las provincias y municipios analizados.

Es así, que en el primer nivel de atención convergen múltiples programas, provenientes de la Nación, de las Provincia y de los Municipios con los mismos profesionales, incluso trabajando en los mismos lugares y horarios, pero con condiciones de contratación y pagos diferentes.

En consecuencia, encontramos médicos que trabajan en un mismo lugar pero para dos o tres programas diferentes y, por supuesto, con diferentes contratos y diferentes formas de pago.

No sorprende entonces que esta fragmentación, desarticulación y redundancia, que no solo se observa en el subsector público, sino que también se ve en la seguridad social y en el sector privado, hayan llevado a la precarización laboral de los MAP.

La Seguridad Social tampoco escapó al proceso de reforma y unas de las particularidades fue la aparición de las llamadas "gerenciadoras", ampliamente difundidas en el PAMI. Estas instituciones son intermedias entre los organismos financiadores y los prestadores de servicios de salud.

El problema radica en la falta de control de dichas entidades, que en muchos casos, además incluyen a los mismos prestadores, lo que origina múltiples conflictos de intereses. Debido a la transferencia de contratos capitados desde el PAMI u otras Obras Sociales a estas entidades intermedias, las gerenciadoras comenzaron a regular la oferta de servicios utilizando herramientas de microgerenciamiento provenientes del "managed care" con el objeto de minimizar su riesgo financiero.

Algunos de los ejemplos más conocidos son el primer contacto con un médico de cabecera, nuevas modalidades de pago e incentivos financieros para modular los estilos de práctica profesional, el cuidado o mane-

jo gerenciado de las enfermedades crónicas, los formularios terapéuticos, etc.

Estos procesos también se replicaron en el sector financiador y en el prestacional privado, fenómeno multiplicado por la ausencia de regulación por parte los organismos del Estado.

CONCLUSION

Las reformas del sector salud en la década del noventa se encuentran dentro del marco de las llamadas reformas de "segunda generación" impulsadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Algunas de las consecuencias identificadas en esta investigación pueden resumirse en los siguientes puntos: 1) incapacidad del Estado Nacional para asignar eficientemente los recursos destinados a la salud, que sumando los tres subsectores deberían ser suficientes para garantizar una adecuada cobertura de la población, 2) ausencia de instancias coordinadas de regulación y fiscalización entre los tres subsistemas, 3) pobre desarrollo de la APS (excluyendo algunas experiencias puntuales) como estrategia operativa para la provisión y entrega de servicios, 4) falta de definición de las incumbencias de cada subsector y 5) falta de incentivos financieros para la formación de médicos generalistas y equipos de salud en APS.

En resumen, la ausencia de coordinación desde el nivel central dio lugar a una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal. La complejidad de este proceso deriva en la existencia de al menos seis sistemas de salud con significativas diferencias donde se combinan en sus redes de atención distintos grados de autonomía y niveles de integración. De lo observado se desprende que, si bien hay intentos de desarrollar la APS como estrategia en algunas jurisdicciones, la salud pública sigue estando basada en un modelo casi exclusivamente hospitalario que destina la mayoría de sus recursos al nivel secundario, terciario y a la emergencia, siendo la Ciudad de Buenos Aires un claro ejemplo de ello²².

La selección de las jurisdicciones en la presente investigación consideró incluir un mix que reflejara las importantes diferencias geográficas, socio-económicas y culturales que se observan entre los distritos de nuestro país. Si bien cada una de los distritos presenta ses-

gos particulares en el modo de implementar sus procesos de reforma, el marco general de los cambios introducidos por la misma es muy similar en todas ellas y sus problemas, casi idénticos. Más aún, estas similitudes pueden observarse especialmente en lo concerniente a las nuevas modalidades de gestión, contratación y pago a los médicos de APS.

Por lo tanto, no parece arriesgado extrapolar estos hallazgos al resto de los distritos del país.

Algunas limitaciones que exceden al diseño de esta investigación y que tienen más que ver con la ejecución del trabajo, son las específicamente referidas a la selección de los informantes claves, donde el equipo investigador se encontró con muchas dificultades y obstáculos a la hora de implementar el trabajo de campo, en especial con aquellos entrevistados que tenían cargos directivos. Algunos de ellos fueron muy reacios a brindar información escrita, aún cuando se les había solicitado la misma en el momento de concertar el encuentro. En general, las subsecretarías de salud sugirieron buscar la información en el Ministerio de Salud de la Nación e INDEC, argumentando que ellos remiten regularmente toda la información a dichas instituciones.

Finalmente, es importante resaltar que la APS como política a favor de los sectores más vulnerables y excluidos, depende en gran medida del involucramiento del sector público. En consecuencia, aquellos países que contrarresten los efectos indeseados de las políticas pro-mercado y fortalezcan sus políticas orientadas a la APS, incluyendo la capacitación, inserción laboral y remuneración de sus profesionales, serán también los países con mejores resultados sanitarios en relación a sus recursos.

Referencias

- 1 Suarez, Henderson, Barillas, Viscaya. El gasto y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Desafíos de la década de 1990. Washington, DC: marzo de 1994.
- 2 Oróstegui M. Situación de Salud. Estudio Sectorial de Salud. La Salud en Colombia tomo I, Bogotá. DNP - Ministerio de Salud.
- 3 Romero H. Hitos fundamentales de la medicina social en Chile. Medicina social en Chile. Ediciones Aconcagua, 1997; 11-86.
- 4 Rosselot J. Origen, desarrollo y perspectiva de las instituciones de salud pública en Chile. Revista Médica de Chile 1993; 121: 1075-1086.
- 5 "COSTA RICA, PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD".

- Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/mex-pres.doc>
- 6 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Estudios económicos de la OCDE. México. Capítulo especial sobre Reforma del sistema de salud. 1998.
 - 7 "PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD CUBA". Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clh-monpr.htm>
 - 8 "PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD CHILE". Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clh-monpr.htm>
 - 9 World Bank. Argentina facing the challenge of health insurance reform, 1997.
 - 10 Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy. Oxford University Press. New Cork 1992.
 - 11 Weiner JP. Forecasting the Effects of Health Reform on US Physician Workforce Requirement. JAMA 1994; 272: 222-230.
 - 12 Rubinstein A. El cambio de paradigma en la Atención médica: nuevas amenazas y nuevas oportunidades. Documentos técnicos de la Federación Argentina de medicina Familiar y General. Huerta Grande - Córdoba 2001.
 - 13 Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 2001.
 - 14 Pearson SD, Sabin JE, Emanuel EJ. Ethical Guidelines for Physician Compensation Based on Capitation. N Eng J Med 1998; 339: 689-698.
 - 15 Roberts J. Primary Care in an imperfect market BMJ 1998; 317: 186-189.
 - 16 Abramzón MC. "Argentina: Situação dos Recursos Humanos em Saúde". Capítulo del libro: Recursos humanos em Saúde no Mercosul. OPS. Ed Fiocruz, Rio de Janeiro 1995, pp 51.
 - 17 Rubinstein A. El Médico de Familia en la Transformación de los servicios y sistemas de Salud. En PROFAM, capítulo 1, entrega 1, pag.1-48. 2° edición. Buenos Aires 2001.
 - 18 Giraudo N. ¿Cómo leer un estudio que va más allá de los números?. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Evidencia en Atención Primaria. 2002 Marzo - Abril Vol 5 N° 2: 60-62.
 - 19 Souza Minayo MC. Etapa de análisis o tratamiento del material. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa - Lugar editorial, pp. 165-207.
 - 20 Saltalamacchia H. Del proyecto al análisis: aportes a la investigación cualitativa. <http://www.saltalamacchia.com.ar>
 - 21 Cáceres Mesa M y García Cruz R. Fuentes de rigor en la investigación cualitativa. Universidad de Cienfuegos. Carretera a Rodas, Km 4 Cuatro Caminos Cienfuegos. CP.55100.
 - 22 Cetrángolo O y Devoto F. ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Documento presentado en el Taller: "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002.