

NEOLIBERALISMO Y SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA: ESTUDIO DE CASO.

Alicia Stolkiner¹

Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT).

Red de Investigación en sistemas y servicios de salud del Cono Sur/IDRC

Conde 665-CP 1426 Buenos Aires-Argentina. e-mail: stolkin@psi.uba.ar ycomes@psui.uba.ar

Introducción

Este trabajo es parte del estudio realizado por un equipo interdisciplinario de investigación constituido por convenio entre una unidad académica (Universidad de Buenos Aires, Argentina) y un servicio de salud (Hospital SAMIC-Eldorado, provincia de Misiones), participan en el estudio personal de ambas instituciones.²

El equipo investiga el impacto de las transformaciones de los servicios de salud en el proceso de salud-enfermedad-atención en una pequeña población de frontera. Es su intención analizar la forma particular que la reforma adquiere en una unidad pequeña. Se trata de romper la frecuente disociación entre análisis macrosociales y microsociales. Incorpora en la actividad a los trabajadores de la salud, con el objetivo de producir herramientas que faciliten su desarrollo como actores en las transformaciones en curso.

Con esta finalidad se ha realizado un intento de articulación entre distintos niveles de análisis: desde el marco contextual, que es el proceso de transformación del Estado y de Reforma del Sector Salud en Argentina, pasando por la forma particular en que ésta se instrumenta en la Provincia de Misiones, hasta centrarse en las transformaciones en un municipio pequeño de la frontera. El estudio trató de dar corporeidad y rescatar los discursos y características de dos actores fundamentales del sector: los trabajadores del sector y los usuarios de los centros de salud.

En esta exposición trataremos de mostrar algunos indicadores del impacto de una reforma cuyos objetivos son externos y ajenos a la problemática de salud-enfermedad de la población.

¹ Equipo de investigación: Paulina Radunsky, Alejandra Barcala, Yamila Comes, Luís Ostrej, Cesar Altamira, Osvaldo Saidon (UBA), Herminia Bedoya, Eva Rodriguez (Htal. Samic-Eldorado), Gerardo Segovia, (Programa de APS).

² La investigación ha contado con el apoyo financiero de la **Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires** y, en el capítulo sobre descentralización, de la **Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur** y el **International Development Research Centre de Canadá**.

Escenario y contexto: la Reforma en Argentina

Argentina suele ser presentada como uno de los “países emergentes” en los que la implementación de las políticas neoliberales ha producido notables éxitos.

La aplicación extrema de la receta neoliberal, junto con la convertibilidad que fijó el valor de la moneda en el dólar estadounidense, logró detener el proceso hiperinflacionario e impulsar un crecimiento sostenido del PBI. Situación que comenzó a revertirse este año a partir de la crisis de Brasil. No obstante, no disminuyó sustancialmente el gasto público y se incrementó de manera notable el endeudamiento.

Este proceso hizo de Argentina uno de los ejemplos paradigmáticos de la época: el aparente crecimiento económico es simultáneo al deterioro de las condiciones generales de vida de la población. Ocurre que la lógica misma del modelo implementado trajo una drástica concentración de la economía y del capital --y por lo tanto del ingreso--, la disminución global del salario y un incremento doloroso del desempleo.

La ubicación en el contexto de la globalización se ha realizado a expensas de aumentar la competitividad disminuyendo el costo del trabajo, y así garantizar mayores márgenes de ganancia al capital. Consecuentemente, han disminuido los aportes patronales a la seguridad social y las políticas impositivas son francamente regresivas, configurando, en sí mismas, un componente importante de inequidad.

La reforma del sistema sanitario es, en lo esencial, acorde con las transformaciones globales que se operaron en la economía, el Estado y la sociedad.

Se trata de la reconversión de un sistema de salud mixto y con tendencia a la fragmentación. Está compuesto por tres subsectores: el Estatal, el de Obras Sociales (un modelo bismarkiano de seguridad social) y el Privado. Es necesario señalar que, si bien tenía ya inequidades notables, llegó a dar cobertura a prácticamente toda la población³. La influencia normativa del Banco Mundial en la producción de la reforma ha sido fundamental. Por citar un ejemplo, la reconversión del sistema de Obras Sociales formó parte de los compromisos de renegociación de la deuda externa.

Para cada uno de estos subsectores la reforma ha pautado medidas, que se hallan en curso, con una importante puja de actores. Todas las medidas tienden a reemplazar la lógica de la solidaridad por la de autoprovisión individual y a aumentar el gasto en salud de las unidades familiares.

³ Presentamos un análisis más detallado de la reforma del sector en Argentina en la X Conferencia de la IAHP en Perugia.

En los **servicios estatales**, el eje de la Reforma pasa por la **descentralización y por la propuesta de Hospital Público de Autogestión** (arancelamiento diferencial y cobro de prestaciones en el sistema de obras sociales). Con esta medida el Estado nacional terminó de delegar en las instancias provinciales y municipales la administración y gestión de los servicios de salud, sin prever una asignación diferencial de recursos para este área. Si bien postula mantener la gratuidad de atención para la población sin capacidad contributiva (indigentes), la posibilidad de que se logre por vía del subsidio a la demanda es bastante improbable, teniendo en cuenta la tendencia a disminuir el gasto en servicios sociales⁴; las personas en tal condición son unos diez millones. Autores que sólo critican parcialmente esta transformación del hospital público en una “empresa productora de servicios”, reconocen que en el escenario futuro no se vislumbra con claridad cómo se garantizará la cobertura de la población carente de capacidad contributiva (Arce, H., 1996).

Es de suponer que estas medidas tenderán a producir una estratificación en los servicios públicos. Los hospitales tendrán recaudación diferencial según la capacidad adquisitiva de la población atendida, quedando en abierta desventaja los hospitales que den cobertura a las zonas y poblaciones con menores ingresos. Esto no sólo puede crear barreras de accesibilidad, sino producir un inesperado efecto de selección adversa en las prestaciones estatales (efecto sobre el que aparecen indicadores en el caso estudiado).

Sintetizando, puede afirmarse que la reforma sanitaria argentina, lejos de disminuir la brecha de inequidad creciente de la economía, es congruente con ella. Es posible afirmar que la evolución del gasto solidario (sector público más el de obras sociales) no ha acompañado el ritmo de crecimiento de la riqueza. Esta tendencia a la inequidad se manifiesta también en la inflación en salud, que ha sido muy superior al incremento del costo de vida o al crecimiento de la economía (González García G.; Tobar F., 1997). **Los servicios de salud figuran entre los diez que tuvieron mayor inflación desde la aplicación del plan de convertibilidad (1991). Mientras la moneda permanecía estable, el encarecimiento de los servicios de salud fue del 110,2%.** Al igual que los servicios prestados por las empresas privatizadas, que son los que más han aumentado su peso dentro de los gastos de subsistencia de las unidades familiares.

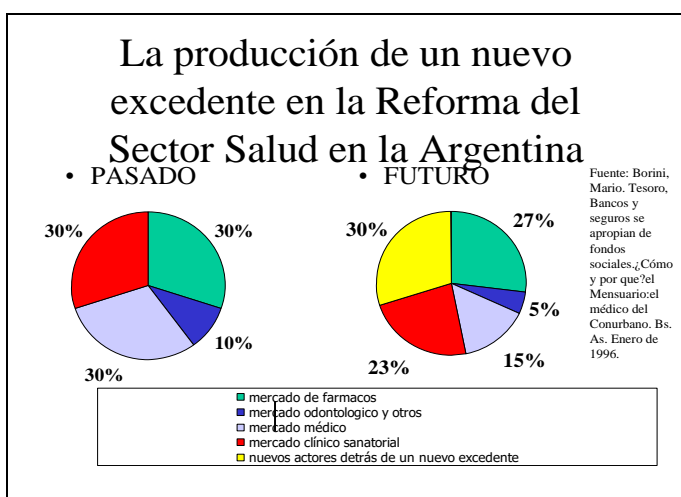
Aunque la necesidad de una reforma es innegable, la actual situación reconoce motivos fundamentales ajenos al proceso de salud-enfermedad de la población. En primer lugar, debe señalarse que algunos de sus motores principales provienen de las necesidades del modelo económico: resguardar el equilibrio fiscal, desvinculándolo de gastos en salud, disminuir los costos laborales y crear oportunidades de inversión para el capital internacional⁵ (González García, G.; Tobar F., 1997).

⁴ El presupuesto aprobado para 1999 tiene una disminución del 2.4% en salud.

⁵ A este respecto cabe señalar que Argentina ha sido escenario de entrada en el sector salud de fondos de inversión múltiples, que no son específicos del área. Uno de los más ejemplificadores es el caso del Excel Group.

En una hipótesis más extrema, Mario Borini (Borini, M., 1996) plantea que el objetivo fundamental del proceso es legitimar la apropiación de un excedente que se produciría en los fondos de salud.

Se trataría de lograr que el gasto sea menor que la financiación, posibilitando una apropiación legitimada de la diferencia por parte de los bancos, el Estado (por vía impositiva) y los seguros. En opinión de este autor, el objetivo último es la financiación extrema (en desmedro del mercado clínico y fundamentalmente médico) a fin de producir un fenómeno apropiatorio legitimado. La competencia mercantil en la que entrarían todos los subsectores, incluyendo el Hospital Estatal, sería funcional, con el objetivo de bajar los costos para permitir la producción del excedente⁶. El autor compara la distribución existente, con la futura en el siguiente gráfico:



La expectativa, en caso de continuar este tipo de reforma, es el aumento de la brecha entre indicadores de salud de ricos y pobres, produciéndose un empeoramiento o estancamiento de los indicadores de salud. (González García, G.; Tobar F., 1997). Esto resultaría francamente paradójico en un país que cuenta con recursos humanos y capacidad suficiente como para garantizar mejores estándares de salud de los que tiene.

Pese a este escenario, en los niveles de decisión y en los círculos académicos la discusión gira sobre cuestiones técnico-administrativas. La incorporación de tecnologías de gestión innovadoras, el marketing, las formas de control de calidad, etc., han reemplazado una consideración profunda y una evaluación realista de los rumbos que toma el sistema de salud. En la medida en que las transformaciones tienen objetivos externos al sistema, se construye un **dobles discurso**.

Mientras tanto, otros procesos reales se desarrollan en las pequeñas unidades sociales en las que los cambios van produciendo su impacto, sin que se reflejen de manera

⁶ Algunos hechos posteriores a la publicación del artículo citado tenderían a confirmar su hipótesis: tal el caso de la reciente reforma tributaria que incorpora a la medicina pre-paga en el pago del impuesto al valor agregado, un impuesto en cascada que recae finalmente sobre el consumidor.

inmediata en las estadísticas sanitarias. No obstante, transforman y moldean las vidas de las personas y modifican a los actores del sector. Trataremos entonces, de mostrar algunos indicadores en un estudio microsocioal.

El Caso Eldorado

El estudio se desarrolla en el municipio de Eldorado, en la provincia de Misiones, en el noreste argentino, limitando con Brasil y Paraguay.

La economía provincial tiene una importante dependencia del Estado. Es una zona desfavorecida en la distribución del ingreso nacional. Tiene indicadores de pobreza importantes: el 33% de la población no tiene sus necesidades básicas satisfechas, la mortalidad infantil ascendió de 23.1 o/oo en 1994 a 23,2 o/oo en 1995⁷, revirtiendo una tendencia decreciente. Tiene la tasa de natalidad más alta del país y una fuerte tendencia a la maternidad temprana. El 40% de sus habitantes tiene menos de 14 años y sólo el 7% supera los 60. Debido a la alta informalidad de las formas de contratación laboral, el 49% de la población no cuenta con cobertura de salud por Obras Sociales o pre-pago y depende del sector estatal para su atención. (INDEC, 1997).

El municipio tiene 55.861 habitantes y comparte las características sociosanitarias de la provincia (salvo la mortalidad infantil, que es levemente menor). Existe prevalencia de enfermedades infecciosas y evitables. En la última década hubo un brote epidémico de difteria y otro de meningitis.

Los servicios de salud existentes son el hospital y 13 centros periféricos de atención ambulatoria. Hay tres pequeñas instituciones privadas.

El hospital fue creado en 1971, consta de 150 camas y da cobertura a una población de 180.000 habitantes, porque abarca una zona sanitaria más extensa. Tanto el hospital como los centros de salud se originan en reclamos y largos años de participación de los habitantes.

El hospital nació con un sistema innovador de gestión: desde su inicio contaba con autarquía financiera y era dirigido por un comité donde participaban profesionales y miembros de la comunidad. Debemos señalar que era arancelado. Dividía a la población consultante en cuatro categorías; a las dos primeras se les daba atención gratuita o con arancel mínimo. Históricamente estas categorías constituyeron el 70% de la consulta.

Se sostenía con un 50% de fondos aportados por el Estado nacional y el resto se dividía entre el Estado provincial y lo recaudado por el arancelamiento (el 20%). Los centros periféricos dependían fuertemente del hospital. Desde 1994, con el retorno a la democracia se inició un Programa de Atención Primaria de la Salud, con agentes

⁷ Señalamos que en 1994 se inicia la reforma.

sanitarios pertenecientes a la comunidad. Éste llegó a tener altos niveles de participación y alcanzó a cubrir el 30% de la población con necesidades básicas insatisfechas. En su origen dependía de fondos del Estado nacional, del provincial y de los recursos provistos por el hospital. A finales de los 80 cesaron los aportes nacionales.

A partir de 1991, el gobierno provincial -políticamente afín con el nacional- comienza a aplicar los principios de reforma del Estado. Luego de sucesivas disminuciones, cesan los aportes específicos del Estado Nacional al sector salud. En un documento de la Secretaría de Salud de la provincia se plantea una reforma tendiente a convertir las prestaciones estatales en “una empresa social eficiente”. En 1994 la provincia se adhiere al proyecto nacional de descentralización y de hospital de autogestión. En el marco de un severo ajuste de la economía provincial, se reduce el sueldo del personal en un 30% y se instrumentan medidas de gerencia en los hospitales, tendientes a aumentar la recaudación. Prevé la coparticipación de los profesionales en la ganancia. También se intenta transformar el régimen de contratación del personal, flexibilizándolo.

Se desvincula el Programa de Atención Primaria del hospital, lo que produce un desabastecimiento de los primeros niveles de atención. Se modifican las acciones del personal de Atención Primaria de la Salud (cesan las visitas y rondas programadas para intentar focalizar el Programa). Todas estas medidas producen un alto nivel de conflictividad sindical del personal en los dos años siguientes. Finalmente, el gobierno provincial interviene el hospital hasta este año.

Paradójicamente, el discurso dominante consistía en fomentar la participación y lograr los máximos niveles de eficiencia y eficacia. Sin embargo, los resultados no parecen confirmar estos objetivos manifiestos.

Trataremos de resumir brevemente algunos indicadores del impacto de estas medidas en el uso de los servicios por parte de la población, en los trabajadores y en los usuarios. Expondremos parte de los resultados del estudio en un terreno en el que se realizaron entrevistas grupales, encuestas y entrevistas en profundidad a usuarios y trabajadores del sector.

Modificaciones en la utilización de los servicios

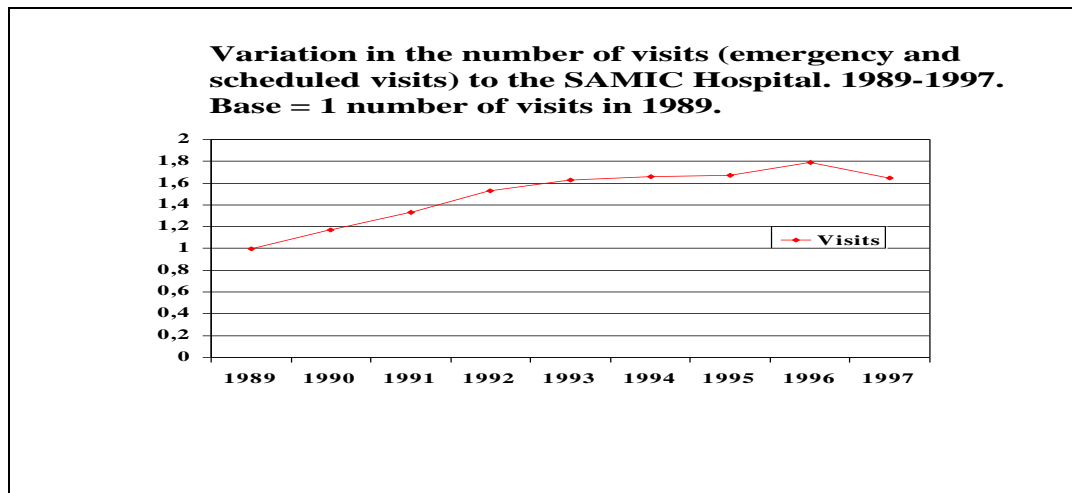
Señalaremos las más significativas:

- Decrece la consulta en el hospital: la consulta ambulatoria tenía un incremento promedio de un 15% anual desde 1989. A partir de la reforma se desacelera y tiende a ser menor que el crecimiento vegetativo de la población.

año	consulta	%	de	Consulta	en	consulta	en	razón
-----	----------	---	----	----------	----	----------	----	-------

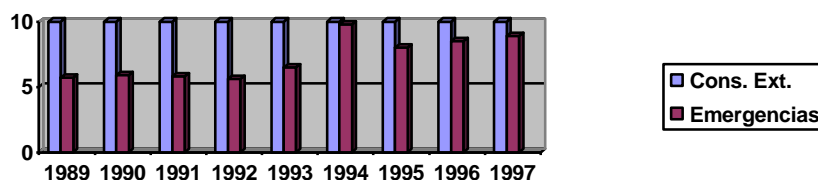
	total	incremento	guardia y emergencia	cons. ext.	guardia/cons.ext
1989	50.443		18.505	31.938	5,7/10
1990	59.257	17,47%	22.029	37.228	5,9/10
1991	67.285	13,45%	24.733	41.552	5,8/10
1992	77.674	15,44%	28.030	49.644	5,6/10
1993	82.231	5,86%	32.587	49.644	6,5/10
1994	84.118	2,29%	41.761	42.357	9,8/10
1995	84.508	- 0,46%	37.580	46.928	8/10
1996	90589	6,7%	41.668	48.921	8,5/10
1997	83.439	- 7,9%	39.505	43.934	8.9/10

Fuente:Estadísticas Hospital SAMIC

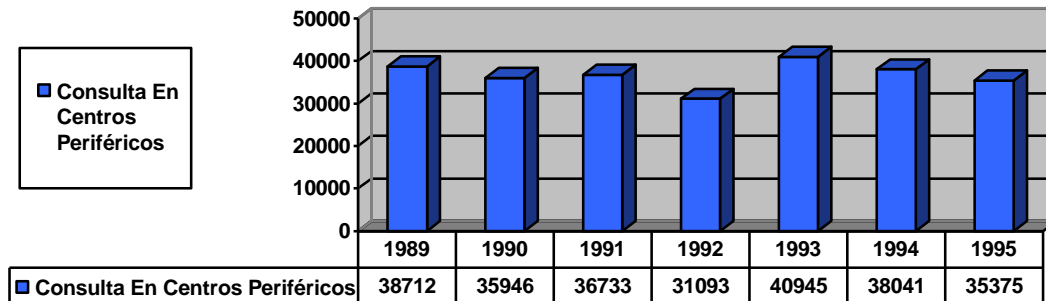


- Aumenta significativamente la consulta en urgencias con relación a la programada: Las consultas en urgencias alcanzan su pico más alto en 1994 (en este año influyen las huelgas de los trabajadores de salud). Aunque después esta tendencia declina levemente, sigue siendo alta. Evidencia una tendencia a consultar en patologías más avanzadas.

Relación entre consultas por consultorios externos y emergencias - Hospital Samic. Eldorado. Años 1989- 1997



- Esto no se acompaña de un crecimiento en la consulta en centros periféricos, la cual permanece en meseta. (A partir de la desvinculación del primer nivel de atención con respecto al hospital no pudimos conseguir estadísticas de los centros). Los centros periféricos concentran la mayor cantidad de consulta pediátrica, por lo que debería reflejarse el alto crecimiento vegetativo de la población.



Los usuarios

Estos indicadores se cruzaron con los resultados de la encuesta y las entrevistas a los usuarios. Los pobladores pobres dejan de acudir al hospital porque piensan que “ahora se cobra”; esto resulta notable dado que el hospital ya era arancelado. La modalidad actual de cobro parece haber creado una barrera de accesibilidad.

Con relación a los centros periféricos, consideran inútil consultar si no les proporcionan los medicamentos necesarios, porque no pueden comprarlos con sus propios recursos. El 60% señala el problema de la falta de medicamentos. No obstante, manifiestan un alto grado de satisfacción con la atención que les brinda el personal (el 88 % considera que es muy buena o buena).

La media de los ingresos por grupo familiar es la tercera parte de lo que se considera el mínimo para la subsistencia y su posibilidad de gasto de bolsillo en salud es nula. El 60 % no ha realizado ningún gasto en salud en los últimos seis meses.

No obstante, se trata de una población que mantiene altos niveles de participación en acciones colectivas de búsqueda de recursos para los centros de salud. Es el tipo de participación que Menéndez designa como “de aguante” (Menéndez, 1998), con la cual tratan de suplir el progresivo desabastecimiento.

Efectos en los trabajadores de la salud

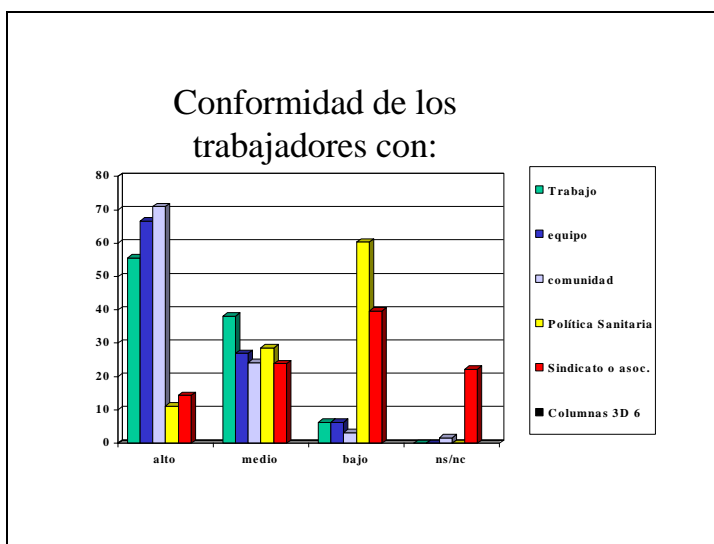
Con el **personal del hospital** se trabajó promoviendo la elaboración de su propio diagnóstico. Elaboraron un documento (Vedoya, 1997) en el que señalan los siguientes efectos:

- Cambio de los objetivos del hospital: de servicio de atención integral a la comunidad a atención prioritaria de las urgencias.
- Desplazamiento del eje científico al de la productividad en un sentido cuantitativo; disminuye el tiempo de capacitación e investigación.
- Aumenta la importancia de las especialidades mejor aranceladas y que requieren uso de tecnología.
- Disminución de los profesionales con dedicación exclusiva, tendencia a buscar trabajo en el sector privado.
- Aumento de las licencias por enfermedad y del maltrato (hacia los pacientes y entre el personal)
- Disminución de la participación en acciones de interés común.

Con el **personal de centros periféricos y del Programa de Atención Primaria de la Salud** se aplicaron encuestas y entrevistas. Observemos someramente algunos resultados: salvo los médicos, los ingresos familiares de los trabajadores de la salud están en el límite de la subsistencia. Esto haría inviable cualquier proyecto de abaratar costos por reducción salarial. El 46% ha buscado un trabajo extra en los últimos cinco años.

Se sienten reconocidos por la comunidad y por sus compañeros, pero no por las autoridades.

El 46% cambiaría de trabajo para conseguir una mejora salarial. Entre los médicos lo haría el 53%. Esto tiene que ver con la insatisfacción actual, dado que el 79% manifiesta que volvería a elegir esta actividad en las condiciones en que lo hizo originariamente. Este último grupo tiene un alto grado de conformidad con su relación con la comunidad y muy bajo respecto a las políticas sanitarias; y en segundo término en estimación están el sindicato o la asociación profesional.



El 75% opina que la salud de la población ha empeorado en los últimos cinco años. El 46% prevé que la situación del hospital empeorará en los próximos cinco años.

El compromiso con la comunidad, con los compañeros y la sensación de estar realizando una tarea que sirve para otros (lo que llaman “la mística”) parecen ser un sostén importante de la actividad y una de las razones por la que permanecen en ella. Pero esta actitud subjetiva, que es un valor no cuantificable en la calidad de la atención, parece estar disminuyendo ante la frustración de no contar con los elementos para dar respuesta a las demandas. La falta de medicamentos, vacunas, transporte, y la ausencia de una programación clara de las actividades aparecen como el principal motivo de sufrimiento psíquico asociado al trabajo. El 88% manifiesta que las preocupaciones por el trabajo continúan durante los días de descanso. Esto se produce porque sienten que son la “bisagra” entre los servicios de salud y las necesidades de la gente.

Conclusiones

Es innegable que el sistema de salud argentino requería una reforma, pero la que se está aplicando no tiende a disminuir la brecha de inequidad existente. Ocurre que los objetivos prioritarios de la reforma son externos al sistema sanitario, ya que se dirigen fundamentalmente a generar masa de capitales para los circuitos financieros, restringir el gasto social del Estado en función del cronograma de pagos de la deuda externa y disminuir el precio del trabajo para aumentar la competitividad. Al mismo tiempo, abre las puertas del sector a nuevos actores --bancos, aseguradoras internacionales, fondos de inversión múltiple-- que dificultarán un cambio de rumbo en esta tendencia.

La pequeña unidad en estudio muestra los efectos de la aplicación acrítica de la lógica mercantil en una zona irrelevante como mercado. Al intentar la autosustentación del hospital y eliminar los aportes del Estado, se desmantela el primer nivel de atención, el más necesario para el perfil de población.

Este desmantelamiento no es sólo de recursos materiales, ya que se lesionan “recursos” tan importantes como el nivel de participación de los pobladores y el compromiso del personal de salud. Sucede la paradoja de que la descentralización sólo es posible a costa de intervenir el hospital y abolir el organismo colegiado y participativo que lo dirigía.

Lo llamativo de este caso es que se descentraliza un hospital que nació descentralizado y autogestivo, y se focaliza un programa de Atención Primaria de la Salud que ya se dirigía a población pobre. Este curioso proceso logra objetivos directamente opuestos a los enunciados: deteriora el primer nivel de atención, incrementa la especialización y el uso de tecnología y disminuye la participación. Las medidas gerenciales aplicadas no logran aumentar la recaudación, probablemente porque ésta ya estaba en el límite, dado el nivel de la población. Los

efectos desvelan los objetivos implícitos: disminuir el gasto a costa de expulsar a la población sin capacidad contributiva y deprimir los salarios de los trabajadores del sector.

El hospital en estudio fue diseñado en un breve período democrático en los años 60. El ministro que lo propuso planteaba claramente que la descentralización debía supeditarse a una política de desarrollo de las economías regionales, ya que sin este requisito no era posible costear la asistencia sanitaria. Por ello proponía concederles autarquía financiera y capacidad de recaudación, pero manteniendo la responsabilidad del Estado nacional sobre los hospitales (Iriart, 1994).

Es ésta la diferencia básica con la propuesta actual, que parece similar en sus enunciados: descentralización-autogestión. Ambos proyectos, el original y el actual, se inscriben en una ideología totalmente distinta de la relación entre el Estado y la sociedad, por lo que tienen objetivos distintos. Responden a distintos intereses y actores.

No es posible, entonces, una discusión puramente técnica, como se intenta imponer desde el modelo eficientista. No es posible omitir la discusión de cuáles son los actores cuyos intereses hegemonizan la propuesta. La discusión es mucho más compleja que decidir si se arancela o no. Recordemos que éste ya era un hospital arancelado, pero que se adecuaba a la baja capacidad adquisitiva de la población y cubría con fondos solidarios del conjunto de la sociedad la brecha existente. Al retirarse esa lógica redistributiva solidaria se produce una fuerte tendencia expansiva que profundiza la exclusión.

La solución no depende de nuevas formas de administración o gerencia (aunque una eficaz estrategia administrativa es indispensable), sino de la decisión política en el interjuego de los actores. Lo que está en juego es el ejercicio pleno de ciudadanía y la posibilidad de los usuarios y trabajadores del sector de constituirse en una fuerza capaz de revertir las tendencias actuales de la reforma.

Esto es así en el contexto nacional, pero también en el plano internacional. Dependemos, apostamos por la configuración de un escenario internacional de actores que encuentre el consenso necesario para poner límites a la voracidad de los capitales sin fronteras. Una comunidad capaz, como diría Saúl Franco, de poner en primer término una cita urgente por la vida.

Por último, en momentos en que Europa se enfrenta una vez más al horror de la guerra, quiero expresar nuestra solidaridad con todos sus ciudadanos que aman y anhelan la paz.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS

- Arce, H. (1993): *El Territorio de las decisiones sanitarias*. Ediciones Héctor A. Macchi, Buenos Aires.
- Arce, H. (1996): *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en Argentina*. Serie Fiannciamiento del Desarrollo No 59, Naciones Unidas.
- Banco Mundial (1993): *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993-Invertir en Salud*. Washington DC.
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1998): *Desregulación/privatización: la relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la Seguridad Social médica en la argentina*. Revista, Cuadernos Médico-Sociales No 73, Rosario.
- Borini, M.(1996): *Reforma Sanitaria Argentina: ¿ Cómo se crea un nuevo excedente para una apropiación legalizada?*. Revista Salud Problema y Debate, año VIII, Número 14, Buenos Aires.
- González García, G. y Tobar, F. (1997): *Más salud por el mismo dinero. La reforma del Sistema de Salud en Argentina*. ISALUD, Buenos Aires.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INDEC. (1997) *Situación y Evolución Social Provincial-Misiones*. Buenos Aires.
- Iriart, C.; Nervi, L.; Olivier, B. y Testa, M.(1994): *Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia, Ideología y Profesionalización en la salud pública*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Issuani, E. y Mercer, H.: *La fragmentación institucional del sector salud en Argentina, ¿pluralismo o irracionalidad?*. Mimeo 1985, Buenos Aires.
- Laurell, Asa C.(1994): *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. UAM-FES, México.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD (1997): *Informe sobre el Desarrollo Humano 1997*. Ediciones Mundi-Prensa, Madrid.
- Menéndez, E. (1998): *Participación Social en Salud como realidad técnica y como imaginario social*. Cuadernos Médico-Sociales No 73, Rosario.
- Ministerio de Salud y Acción Social-MSAS (1995): **Programa nacional de Estadísticas de Salud**.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones (1988): **Informe Estructurado de la Reunión con Directivos de zonas de Salud y Jefes de Áreas Programáticas**.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones: **Lineas generales de la Acción de Gobierno 1991-1995**.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones (febrero de 1992): **Documento elaborado por el Coordinador General de Salud Rural y Periurbano. Carlos Dávalos**.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones (agosto de 1992), **Resolución 1121**.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones (1994): **Atención primaria de la Salud. Técnicas y procedimientos**.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones (1997): **Lineas del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones para los programas de atención primaria de la salud**.

Diócesis de Iguazú (1991): **Síntesis de Proyecto: Programa de Pastoral Social de la Diócesis de Iguazú.**

Segovia, Gerardo: *El Campo de la Salud en un Barrio de la Ciudad de Eldorado.* Tesis para acceder al grado de Licenciado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Misiones, 1994.

Smith, B.C (1997): *The decentralisation of health care in developing countries: organizational options.* IV Round Table of International Institute of Administrative Sciences, Québec.

Ugalde, A. y Jackson J. (1998): *Las políticas de Salud del Banco Mundial: una revisión crítica.* Cuadernos Médico-Sociales No 73, Rosario.

Vedoya, H.; Rodriguez, E.; Segovia G.(1997): *El impacto de la descentralización en la práctica en salud.* Revista Salud Problema y Debate, año IX, No17, Buenos Aires.