

Condiciones de acceso al Seguro Público de Salud: estudio de caso en Bahía Blanca, Argentina

Conditions for Admission to Public Health Insurance: A Case Study in Bahia Blanca, Argentina

Moscoso Nebel S, * Gullace ME. **

* CONICET - Universidad Nacional del Sur. Buenos Aires, Argentina. ** Universidad Nacional del Sur. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Dra. Moscoso Nebel Silvana **Correo electrónico:** nmoscoso@criba.edu.ar

Recibido: 27-01-2011 Aceptado: 17-04-2011

Resumen

En la ciudad de Bahía Blanca se implementó en el año 2000 el seguro provincial de salud destinado a la población sin cobertura de salud y con necesidades básicas insatisfechas. Esta investigación analiza las condiciones de acceso a la atención de la salud de los beneficiarios del seguro en el periodo 2004-2009. Se estimaron "las horas de atención médica per capita", indicador que registró gran variabilidad en todo el periodo. Sin embargo, "las horas ofrecidas de atención médica" fueron superiores a "las horas de atención demandadas" se demostró que los beneficiarios del seguro no tuvieron restricciones en el acceso.

Palabras clave: Atención de salud, Accesibilidad a servicios sanitarios, Administración de servicios de salud.

Abstract

In the city of Bahia Blanca was implemented in 2000, provincial health insurance for the uninsured population with unsatisfied basic needs. This research analyzes the conditions of access to health care insurance beneficiaries in the period 2004-2009. We estimated "the hours of care per capita" indicator that recorded high variability throughout the period. However, "the hours offered health care" were superior to "business hours defendants" showed that insurance beneficiaries had no restrictions on access.

Key Words: Public Health Practice, Health Services Accessibility, Health Services Administration.

Introducción

El sistema de salud Argentino está compuesto por tres sub-sectores: el sector público, el sector privado y el sector de la seguridad social. El subsector público u oficial provee los servicios a través de la red pública de establecimientos de salud. En la actualidad son los servicios provinciales y municipales los que poseen la infraestructura más extendida en el territorio nacional. Este sector atiende a los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social o con limitaciones de acceso o geográficas, a beneficiarios de obras sociales y a los sectores sociales con mayor capacidad de pago atraídos por el prestigio institucional. El subsector público sigue siendo el principal proveedor de servicios de emergencias y de atención a enfermos psiquiátricos y crónicos. Los servicios públicos gratuitos deben afrontar la demanda derivada del deterioro de la cobertura de ciertas obras sociales, además de garantizar a toda la población el acceso a los servicios de promoción y prevención de la salud a través de sus políticas de atención primaria de la salud (APS).

El sector privado incluye el gasto de bolsillo por demandas de prestaciones y los gastos asociados a la compra de seguros de salud privados (medicinas prepagas). En cuanto a la Seguridad Social, existen alrededor de 300 entidades (llamadas obras sociales) entre las que se encuentran las obras sociales nacionales, las provinciales, y las sindicales. En conjunto proveen aseguramiento de la atención de la salud a casi la mitad de la población.

El sector público procura garantizar la atención a toda la población, en particular a quienes no tienen empleo formal y por lo tanto no tienen obra social, o carecen de recursos para acceder a una medicina prepaga. En el marco de las reformas impulsadas por el poder ejecutivo nacional y apoyada por los organismos internacionales de crédito, a partir de 1995 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación comenzó a implementar, con financiamiento del Banco Mundial, el Programa de Reformas del Sector Salud, que incluyó reformas en el sistema de seguros de salud y en las políticas de APS¹. Como parte de estas reformas, diferentes provincias de Argentina entre ellas Buenos Aires, implementaron seguros públicos de salud (SPS) para quienes no podían acceder a una cobertura ante los riesgos de enfermar. El financiamiento se dio a través de los denominados préstamos de reforma provincial, donde la implementación de seguros de salud fue una de las condiciones del préstamo¹.

Existen al menos dos estudios que analizan los resultados de la implementación de los SPS en Argentina, Maceira¹ y Ríos². Para Maceira el seguro público implementado en la Provincia de Buenos Aires tuvo una adecuada focalización, dado que se desarrolló en los partidos más vulnerables en términos de pobreza, cobertura e indicadores sanitarios. En su estudio las consultas preventivas se incrementaron en los años analizados, reflejando una tendencia hacia un modelo sanitario basado en los conceptos esenciales de la APS, como la promoción y la prevención³. Se identificó que la implementación del seguro en la Provincia de Santa Fe implicó que todos los habitantes de esa región sin cobertura formal hayan sido identificados como beneficiarios y fueran adscritos a un equipo de atención primaria de la salud (EAPS)². A su vez se observaron actividades de formación continua para que los EAPS reafirmen conocimientos, habilidades y destrezas de una práctica clínica ambulatoria de elevada capacidad resolutive. Ríos y colaboradores observaron en Santa Fe un uso más racional de medicamentos en relación a las consultas y diagnósticos, y un incremento en el número de actividades sanitarias colectivas que involucran a la propia población y a reparticiones municipales².

En la ciudad de Bahía Blanca existía desde 1998 un seguro de salud municipal. Sin embargo, una vez establecido el Seguro Provincial de Salud el municipio adhirió a este mecanismo de aseguramiento que comenzó en el año 2000 y esta vigente actualmente. El trabajo se propone analizar con la información disponible, las condiciones de acceso a la atención de la salud de los beneficiarios del SPS de la Ciudad de Bahía Blanca en el periodo 2004-2009.

El desarrollo de esta investigación consta de tres partes: en la primera, se presentan los antecedentes del seguro describiendo la evolución histórica de su implementación en la Provincia de Buenos Aires. En la segunda parte se describe brevemente el desarrollo histórico del seguro en la Ciudad de Bahía Blanca. En la tercera parte se analizan las condiciones de acceso a la atención de la salud de los asegurados y las variables que determinaron su variabilidad. Finalmente, se exponen las conclusiones, referencias, bibliografía consultada y anexos.

La metodología utilizada consistió en el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas. Las primeras consistieron en el análisis descriptivo y retrospectivo del número de capitas, consultas, horas de atención y número de médicos, variables con las cuales se analizaron las condiciones de acceso a la atención de la salud en la población objetivo. La metodología cualitativa consistió en entrevistas a dos informantes claves del Seguro Público de Salud en la Ciudad de Bahía Blanca con las cuales se identificaron y caracterizaron las distintas etapas de la historia del seguro.

Antecedentes

Con financiamiento del Banco Mundial, y bajo el Programa de Reforma del Sector Salud, se le ofrecieron a las provincias los recursos necesarios para financiar los costos de la atención individual y familiar de la salud a determinada población. Es así que el SPS se propone en varias provincias argentinas con el objetivo común de garantizar la atención integral, oportuna, continua y de calidad a todos los habitantes de sus territorios, promoviendo la equidad en el acceso a la salud a través de la incorporación de personas sin cobertura social al sistema sanitario. De esta forma, se promovió estimular la competencia y la asociación entre prestadores, tanto públicos como privados, con una organización por niveles de complejidad incentivando el trabajo de los EAPS.

Entre las provincias que consideraron la implementación del SPS estuvo Salta, Argentina que propuso el aseguramiento a quienes no tenían cobertura médica (según el INDEC en 2001, el 60%) a través de la obra social de la provincia¹. En Santa Fe comenzó como una prueba piloto en los Departamentos de Garay y San Javier². En Misiones a partir del año 2004, el SPS comenzó brindando cobertura a determinados sectores de la población y finalmente se extendió a todos los habitantes de la provincia. Por último, Entre Ríos, en octubre del 2009, comenzó con una prueba piloto en el hospital San Roque.

En la Provincia de Buenos Aires el SPS comenzó en octubre de 2000, fundado en la necesidad de mejorar los niveles de salud de su población, considerando que más de un tercio de la misma no contaba con obra social y/o seguro de salud. Se planteó como objetivo promover la equidad en el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud en la población de menores recursos.

El SPS sufrió grandes cambios desde sus inicios hasta el año 2008. La evolución en el número de beneficiarios y población objetivo, la asociación con diferentes planes de salud y la creación de convenios con asociaciones y círculos profesionales contribuyó a su crecimiento. Durante la primera etapa (2000-2002) se asoció al Plan Vida, ofreciendo cobertura a manzanas y su grupo familiar. Hacia el año 2003 se relanzó como SPS-Más Vida, extendiéndose a mujeres embarazadas y niños de hasta 6 años. En la tercera etapa, desde 2006, se extendió la cobertura fuera del plan Más Vida a otros grupos de la población. Así, el seguro pasó de 130.000 personas en el año 2000 a 699.338 beneficiarios en 2005. Hacia 2008 la cobertura se extendía a toda la población que tuviera dificultades en acceder al sistema de salud.

Hasta 2008 el modelo de atención consistió en un médico de cabecera y un equipo básico de primer nivel, determinados por la cercanía del beneficiario al CAPS. Ofrecían cobertura odontológica, prácticas de laboratorio, medicamentos y acceso a la red de prestadores públicos de segundo y tercer nivel de atención. El financiamiento era con fondos provinciales y municipales, mediante un esquema de pago capitado a los prestadores a través organizaciones intermedias (asociaciones de profesionales médicos, odontólogos y laboratorios).

A partir de octubre de 2008 el Seguro Provincial de Salud pasó a llamarse Seguro Familiar de Salud (SFS). Dicho cambio se fundamentó en que el nuevo seguro define como unidad de protección social al núcleo familiar, articulándose con el Seguro de Maternidad e Infancia Provincial (Plan NACER). La Unidad de Coordinación del Sistema de Protección Social en Salud es la encargada de la conducción y administración que vincula operativamente al Plan NACER con el SFS. De esta manera, los beneficiarios del SFS pasan a ser las personas convivientes con el niño asociado al Plan Nacer¹. Con el SFS se incorporan los promotores de salud, que desde los CAPS, realizan visitas domiciliarias periódicas a los beneficiarios. En esta etapa del seguro se mantiene la cobertura de prácticas de laboratorio pero no se brinda cobertura odontológica. Además la forma de pago a los prestadores dejó de ser capitada, para ser una suma fija por una cantidad de horas de trabajo semanales.

El Seguro Público de Salud en la Ciudad de Bahía Blanca

En 1998 la ciudad de Bahía Blanca implementó el seguro municipal de salud cuyo objetivo era proveer los bienes y servicios necesarios para el cuidado de la salud a todos los habitantes de la ciudad sin cobertura de obra social (en adelante OS) y con necesidades básicas insatisfechas para quienes la cobertura era gratuita, y a aquellas personas con capacidad de pago directo o co-pago, sin OS, que adhirieran voluntariamente, en cuyo caso se subsidiaba una parte de la cuota.

La implementación del seguro fue innovadora modificando el típico mecanismo de subsidio a la oferta por una política de subsidio a la demanda ya que el mecanismo de funcionamiento consistía en el otorgamiento de bonos a los pacientes con los cuales ellos accedían directamente a los prestadores y luego el municipio se encargaba de abonar las prestaciones realizadas. La cobertura del seguro era única e igualitaria para todos los habitantes que formaran parte del padrón, independientemente de la forma y condición en que se incorporaran. Se inició como una prueba piloto en 1998 en los Barrios Boulevard y Saladero de Ing. White, empadronando a 2563 habitantes sin cobertura en salud⁴.

En el año 2000, con la implementación del SPS, se produce una superposición de seguros otorgándose cobertura a unos 1000 beneficiarios, principalmente a manzanas y sus familias. En 2003 había cerca de 7500 beneficiarios, por lo cual se incrementó el número de profesionales y se extendieron sus horarios de atención para garantizar la cobertura integral de la salud. Las prestaciones ofrecidas eran: un médico y odontólogo de cabecera, acceso a una red de laboratorios de la ciudad, acceso a medicamentos y al Programa Remediar, y articulación con los hospitales públicos ante situaciones de mayor complejidad.

Hacia el año 2003 se amplía la cobertura del seguro a los menores de 6 años que pertenecieran a los llamados “Barrios Más Vida”. Sin embargo, se observaron inequidades entre algunos barrios que si bien eran “Más Vida” presentaban heterogeneidad de la población con relación a otros barrios más pobres que no contaban con el plan Más Vida y por lo tanto no podían ser seleccionados para el SPS¹.

Como se observa en la Tabla I el SPS aumentó la cobertura de 7.571 beneficiarios en 2003 a 15.361 en 2004 por lo cual se incrementó la oferta de bienes y servicios expandiendo la cobertura geográfica de 2 áreas con 6 barrios, a 8 áreas con 26 barrios. Luego, desde 2004 sólo se registró un incremento de 196 capitas.

Tabla I. Número de capitas, médicos y consultas (2003 – 2004)

Capitas, Médicos y Consultas	2003	2004
Profesionales médicos	10	22
Odontólogos	1	15
Áreas	2	8
Barrios	6	26
Unidades Sanitarias	6	20
Beneficiarios	7571	15361

De la misma forma que ocurrió en la Provincia de Buenos Aires, en 2008 el SPS se convierte en SFS y la inscripción de beneficiarios y su grupo familiar estuvo a cargo del municipio. Las familias elegibles eran las que tenían algún niño incorporado al Plan Nacer y las que tenían niños entre 6 y 14 años.

El SFS continuó con la estrategia la atención de sus beneficiarios a través de los CAPS de referencia, fortaleciendo la accesibilidad y la georreferenciación de la población destinataria. Se observó que el cambio en el tipo de contrato laboral que vincula al SFS con los prestadores redujo notablemente la oferta de médicos. La nueva modalidad de pago reemplazó el pago capitado por un salario fijo en el cual cada profesional ofrece una prestación semanal de 15 a 20 horas “adicionales a las horas que cumpla por su relación de dependencia con el CAPS” (Tabla II).

El cambio de modalidad contempla la posibilidad del profesional de ofrecer una prestación semanal de 15 a 20 hs y establece una contraprestación que se compone de los siguientes rubros: a) Básico (fijo), b) Índice de Efectividad Sanitaria (IES) (aplicable al cumplimiento de metas y objetivos) y c) Capacitación (fijo). Los valores establecidos para cada uno de los rubros fueron los siguientes:

Tabla II. Mecanismo de pago a profesionales (2008)

	15 horas semanales	20 horas semanales
Básico	\$ 1500	\$ 2000
IES	\$ 350	\$ 350
Capacitación	\$ 150	\$ 150

Resultados

Con el objetivo de evaluar condiciones de acceso a la atención de la salud en los beneficiarios del SPS de la Ciudad de Bahía Blanca se analizan, en el periodo 2004-2009, datos correspondientes a número de médicos, capitas y consultas de beneficiarios. Pese a reconocer su amplia relevancia, este trabajo no considera las barreras económicas, geográficas, sociales o culturales que pueden influir en el acceso a la atención. Como se observa en la Tabla III el número de médicos en el periodo bajo estudio presenta continuas variaciones, llegando al reducido número de 9 médicos en 2009 luego del cambio en el mecanismo de pago. El número de capitas se mantiene estable, con un mínimo de 14.762 y un máximo de 15.557. Se registran importantes variaciones en el número de consultas anuales, con un mínimo de 6.636 y un máximo de 17.485.

Tabla III. Número de capitas, médicos y consultas (2004 – 2009)

Variables	2004	2005	2006	2007	2008	2009
N ° capitas	15361	15361	14762	15557	15557	15557
N ° médicos	23	23	31	30	23	9
N ° consultas	6636	13582	17485	15907	13656	10143

Se estimaron tres indicadores que podrían reflejar las condiciones de acceso de los asegurados: a) número de capitas por médico, b) horas (o minutos) anuales de atención médica por capita y c) diferencia entre cantidades ofrecidas y demandadas de atención médica.

Tabla IV. Indicadores de acceso (2004 -2009)

Indicadores	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Capitas por médico	667.87	667.87	476.19	518.57	676.39	1728.56
Horas de atención médica ofrecidas	22.320	22.320	30.336	30.336	18.480	7.200
Horas de atención médica demandadas	3318	6791	8742,5	7953,5	6828	5071,5
Horas ofrecidas menos horas demandadas	19002	15529	21593,5	22382,5	11652	2128,5
Horas de atención médica anual por capita	1.45	1.45	2.06	1.95	1.19	0.46
Minutos de atención médica anual por capita	87	87	123.6	117	71.4	27.6

Considerando que las consultas tienen una duración de 30 minutos.

Las capitas por médico registran variaciones moderadas a excepción del último año en el que el número de médicos se reduce y este indicador aumenta notablemente Tabla IV. Si bien se espera que a valores elevados haya restricciones en el acceso (ya que el tiempo es un recurso limitado y un número elevado de capitas solo podría mantenerse con reducciones en el tiempo promedio de consulta) no es posible establecer conclusiones de accesibilidad ya que no se dispone del perfil epidemiológico ni grupo etario correspondiente a cada área programática de la ciudad como para inferir el número óptimo de capitas por médico.

A partir del número de médicos y las cargas horarias por las cuales se realizaron los contratos laborales, se estimaron las horas de atención médica anual por capita que reflejan el tiempo disponible para los asegurados. Los valores obtenidos muestran gran variabilidad, con un máximo de 2.06 horas en 2006, y un mínimo de 0.46 horas en 2009. Estos valores superan ampliamente el umbral de acceso estimado por Rosero Bixby⁵ para las consultas en atención primaria cuyo valor resultó 0.2 hora médico anual por persona.

Para convertir los minutos de atención médica anual por capita en “consultas disponibles por beneficiario” se lo dividió por la duración promedio de una consulta de APS. Se consideraron las estimaciones de consultas en APS realizadas por diferentes autores en ciudades de Brasil, España y México. Según, Vieira da Silva ⁶ el tiempo de cada consulta farmacéutica promedio en APS fue de 8.6 minutos.

Para Isla Pera ⁷ la duración media de una visita por diabetes mellitus en APS fue estimada en 14 minutos. Cuevas Urióstegui ⁸ estimó en unidades sanitarias del primer nivel de atención que la duración promedio de la consulta fue de 11 minutos. Dado que la modalidad del SFS incluye visitas domiciliarias se consideró que cada consulta tuvo una duración de 30 minutos. Esta duración resulta suficiente si se considera que las consultas bajo estudio están vinculadas con la prevención y promoción de la salud a través de médicos pediatras y médicos de familia. La variabilidad observada en las condiciones de acceso registra un máximo de cuatro consultas disponibles en 2006 y sólo una (de 27 minutos) en 2009.

Los dos indicadores mencionados se correlacionan negativamente en cuatro de los seis años analizados, lo cual indicaría que cuando se incrementaron las capitas por médico, éste proceso no fue acompañado de un incremento en la disponibilidad horaria, y por lo tanto se redujo el tiempo de atención disponible por beneficiario.

Resultado 1: en el periodo analizado existe variabilidad en las condiciones de acceso a la atención de los asegurados. Sin embargo con este resultado no podemos afirmar que los beneficiarios hayan recibido menos atención de la esperada ya que no contamos con estimaciones de demanda insatisfecha ni con estimaciones de tasas de uso para las diferentes áreas programáticas de la ciudad.

Resultado 2: la variabilidad observada en las condiciones de acceso esta directamente correlacionada con los recursos humanos disponibles (oferentes). Dado que las capitas se han mantenido estables en el periodo bajo estudio, la variable relevante resulta ser la oferta de médicos y sus respectivos contratos laborales. En el límite, los oferentes estarían determinando las condiciones de acceso de los demandantes a través de la disponibilidad horaria. Para comprobar esta posible correlación, se estimaron las horas demandadas de atención médica, multiplicando las consultas realizadas por los minutos que podría durar la consulta (suponemos 30 minutos), dividido 60:

$$Q_{\text{demandada de atención médica}} (\text{horas}) = ((\text{número de consultas} \times X \text{ minutos}) / 60 \text{ minutos})$$

Luego, se estimó el coeficiente de correlación entre cantidades ofrecidas y demandadas de atención médica para los seis años, cuyo valor, 0.59, indica una correlación lineal positiva moderada. Si se excluye del análisis el año 2004 (donde las horas de atención médica demandadas tienen un valor substancialmente menor al resto de los periodos) el coeficiente de correlación fue “fuerte”: 0.97.

Resultado 3: en el periodo analizado las cantidades ofrecidas y demandadas de atención médica están correlacionadas positivamente. Esta correlación podría advertir el fenómeno de “demanda inducida” observado por diferentes autores en la relación médico – paciente, donde el demandante de atención médica (paciente) no tiene información suficiente acerca de sus verdaderas necesidades de atención de la salud, y delega la elección del tratamiento/servicio/prestación al oferente (médico y experto), a quien considera mejor informado ⁹. Sin embargo, sólo se verificó correlación positiva, y con la información disponible no es posible determinar la presencia de causalidad.

Resultado 4: Bajo el supuesto de consultas de 30 minutos, el exceso de horas ofrecidas toma valores positivos en todo el periodo analizado. Este resultado sugiere que las horas de atención disponibles superaron las horas de atención demandadas por los beneficiarios del seguro aún cuando sólo quedaron nueve médicos en 2009. Esto nos permite inferir que más allá de la variabilidad observada en las condiciones de acceso medida como horas de atención disponibles por capita (resultado 1), cuando los beneficiarios del seguro demandaron atención, pudieron acceder a consultas de al menos 30 minutos. Aún con consultas de 45 minutos seguiría persistiendo el exceso de horas ofrecidas, a excepción del año 2009.

Consideramos importante agregar dos comentarios: a) el tiempo aparentemente “ocioso” de los profesionales del seguro podría no ser real si se considera que muchos de ellos se desempeñen en el mismo lugar y tiempo bajo contratos laborales (o programas) diferentes ¹⁰ y b) este resultado responde a los valores agregados de médicos y beneficiarios de las ocho áreas programáticas de la ciudad, pero tiene limitaciones para explicar condiciones de acceso “geográficas” ya que las horas médicas ofrecidas podrían estar muy distantes de la ubicación geográfica de sus demandantes.

Conclusiones

En la ciudad de Bahía Blanca se implementó a partir del año 2000 el seguro provincial de salud cuyo objetivo fue proveer ciertos bienes y servicios vinculados con el cuidado de la salud a aquellos habitantes sin cobertura de obra social y con necesidades básicas insatisfechas. Las prestaciones ofrecidas por el seguro se vincularon principalmente con los equipos de atención primaria de la salud y el sistema sanitario público, aunque también existieron convenios con ciertos prestadores privados (laboratorios, farmacias).

Con los resultados obtenidos se observó que los “minutos anuales de atención por capita” registran gran variabilidad en el periodo bajo estudio, y que la misma esta vinculada con las decisiones de oferta de atención, básicamente con el número de médicos contratados por el seguro, quienes recibieron hasta 2008 el pago de un cierto número de capitas a cambio de la atención de sus beneficiarios en el barrio de referencia, y luego de octubre del mismo año, un salario fijo por una cierta cantidad de horas de atención adicionales a las que cumplían en su lugar de trabajo (principalmente CAPS). Se comprobó que dicha modificación en el mecanismo de pago (y en la carga horaria) impactó en la oferta de médicos (que se redujo en más de un 60% entre 2008 y 2009) y en la disponibilidad de atención para los asegurados.

Más allá de la variabilidad observada, y bajo el supuesto de consultas de 30 minutos, se registraron continuas diferencias entre cantidades ofrecidas y demandadas de atención médica en todo el periodo bajo estudio, reflejando que los asegurados no tuvieron restricciones en el acceso a la atención médica.

La correlación observada entre estas variables plantea el interrogante acerca de si la demanda de atención de los asegurados estuvo influenciada por la oferta disponible, sin embargo, con la información disponible no es posible establecer relaciones de causalidad que respondan estos interrogantes, dejándolos como hipótesis de futuras líneas de investigación.

Entre las futuras líneas de investigación queda evaluar la percepción del asegurado acerca de la cantidad y calidad de la atención recibida, ya que si bien se observan desde 2006 reducciones en las consultas por beneficiario y en el tiempo destinado por el médico a cada beneficiario, podría existir una mejor calidad en la atención que no es registrada con el análisis de frecuencia. Para ello, nos proponemos realizar una encuesta a una muestra representativa de beneficiarios del seguro, a la luz de obtener información vinculada con la percepción de acceso a la atención de la salud desde el punto de vista del usuario. Con la información disponible de capitas y médicos por área programática y CAPS de la ciudad, se espera avanzar en la evaluación de condiciones geográficas de acceso considerando los umbrales estimados en otros sistemas de salud que garantizan la equidad en el acceso.

Referencias

1. Maceira D. Evaluación del Programa de Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires. CIPPEC, 2008. Disponible en: http://www.cippec.org/nuevo/files/bv_387.pdf
2. Ríos P, Huber R. Implementación del Seguro de salud en la Provincia de santa Fe. Un proceso de reforma incremental originado en el subsector de salud pública provincial. Archivos de Medicina Familiar y General 2004;1(1).
3. Maceira D, Kremer P. Evaluación de una experiencia de aseguramiento social en la Provincia de Buenos Aires: Impacto sobre el modelo de atención. Asociación Argentina de Economía Política, 2008. Disponible en: <http://www.cedes.org.ar/cgi-bin/wxis.exe/iah>
4. Pérez Achili S. La Reforma del Sector Salud Argentino. Trabajo de Grado. Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur. 2000.
5. Rosero Bixby, L. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000. Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica, Proyecto Estado de la Nación e Instituto de Estadística y Censo (Imprenta Nacional), 2004.
6. Vieira da Silva, Mitsue, Cordoni Júnior. Caracterización de los servicios farmacéuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2009 Mar [cited 2010 Aug 24]; 25(3): 254-259.
7. Isla Pera et al. Proporción de carga asistencial generada por la diabetes Mellitus en las consultas de enfermería de atención primaria de salud. Endocrinología y Nutrición. 2007;54 (1): 2-9.
8. Cuevas-Urióstegui et al. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. Salud Pública Méx 1991; 33(6):576-84.
9. Lavilla M. Inducción de demanda: Metodologías. Tesis doctoral. Rovira - i -Virgili, Reus, España. 1999.
10. Giraudo N, Rubinstein A. Impacto de la Reforma de salud sobre la práctica de los médicos de atención primaria en Argentina. Investigaciones originales. Archivos de Medicina Familiar y General 2006;3(1): 7-21.