



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Material Académico

Atencio, Viviana, Baigorria, Natalia, Barrionuevo, Orlando, Bermúdez, Laura, Bonacalza, Gisela, Cáceres, Adriana, Cafferata, Eduardo, Castiello, Virginia, Chietino, Claudia, Grunweg, Celia, Hesayne, Maria Soledad, Herrera, Pablo, Ierace, Luciana, Konfino, Jonatan, Martin, Erika, Moreno, Cesar, Ojeda, Verónica, Orizzonte, Liliana, Otero, Sergio, Paredes, Roxana, Pereyra, Alejandra, Reyes, Evangelina, Rivas, Liliana, Rodal, Verónica, Stanley, Paola, Trepichio, Rubén, Vazquez, Mariana, Villa, Mabel, Vallone, Fernando, Zamarreño, María Eugenia y Ierace, Vicente Pascual

Sistemas de Salud Comparados

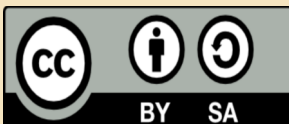
2024

Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Instituto de Ciencias de la Salud.

Cuadernillos Didácticos de Salud Pública; n. 6

(a)



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Atencio, V., Baigorria, N., Barrionuevo, O., Bermúdez, L., Bonacalza, G., Cáceres, A., Cafferata, E., Castiello, V., Chietino, C., Grunweg, C., Hesayne, M. S., Herrera, P., Ierace, L., Konfino, J., Martin, E., Moreno, C., Ojeda, V., Orizzonte, L., Otero, S.,... Ierace, V. P. (2024). *Sistemas de Salud Comparados* [Material académico]. Universidad Nacional Arturo Jauretche. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3558>

SISTEMAS DE SALUD COMPARADOS



¿COMO VAMOS A TRABAJAR EN ESTE TEMA?

Para abordar este primer tema les pedimos que desarrollen durante la semana las siguientes tareas:

- Realizar una lectura y comprensión del texto
- Ver los videos
- Resolver los ejercicios propuestos
- Completar la autoevaluación para comprobar la comprensión del tema y registrar dudas para consultar en clase presencial.
- Trabajar grupalmente con la consigna propuesta, la que tendrán que presentar en la clase, participando activamente de la discusión con compañeros y docentes a través de aportes y preguntas sobre el tema.

Comencemos:

QUÉ ES UN SISTEMA DE SALUD

El concepto de “**sistema de salud**” constituye uno de los tres pilares de la Teoría Sanitaria, junto con las nociones de “*estado o situación de salud de la población*” y de “*políticas de salud*”, que veremos más adelante.

Si bien cuando hablamos de “sistema” nos referimos en general a un “*todo organizado y complejo*”¹; una definición funcional de *sistema de salud* no debería focalizarse tan solo en su estructura, sino en la contribución que le brinda a la sociedad en su conjunto. Desde esta perspectiva, podemos definir al Sistema de Salud como **la respuesta social organizada para los problemas de salud de una determinada población, que involucra la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado.**

¹ ¿Qué es un SISTEMA? Es un conjunto de reglas o principios sobre una materia racionalmente enlazados entre sí. ordenadamente contribuyen a determinado objeto <https://dle.rae.es/sistema>



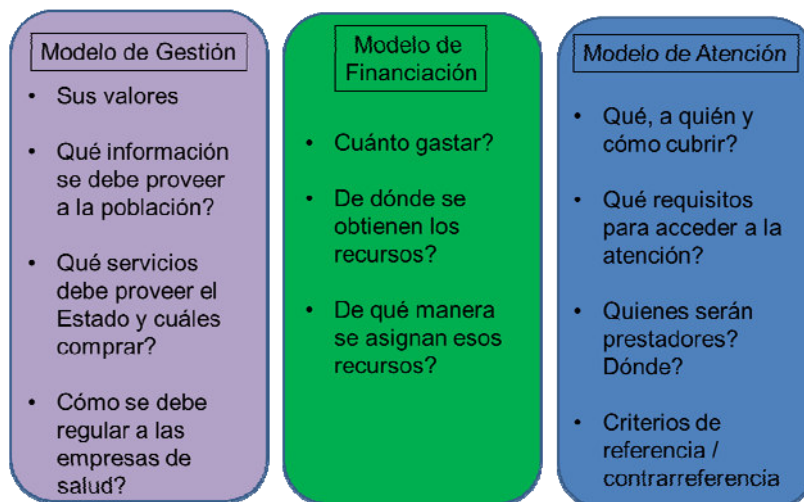
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) *“Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud, disponiendo de recursos como personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones y orientación y dirección generales. Además, tiene que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a los usuarios.”*



El Sistema de Salud se configura mediante la articulación de tres componentes o dimensiones:

Dimensión Política	define el	Modelo de Gestión
Dimensión Económica	define el	Modelo de Financiación
Dimensión Técnico Administrativa	define el	Modelo de Atención

Componentes del sistema de salud





a. El Modelo de Gestión (Dimensión Política) define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y las actividades del Estado en salud.

En cuanto a los valores, cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros; por ejemplo, algunos se preocupan más por la universalidad de la cobertura, mientras otros lo hacen por la efectividad de las acciones y su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos.

Por otra parte, entre las actividades del Estado se encuentran:

- Informar a la población.
- Proveer directamente servicios a la población.
- Comprar servicios al sector privado.
- Financiar servicios de salud.
- Regular la salud (ejercicio de las profesiones, exigencias de los establecimientos, aprobación de medicamentos).

De esta manera, la dimensión política del sistema de salud consiste en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado y cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado; y, por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.



b. El Modelo de Financiación (Dimensión Económica) define:

- ¿Cuánto debe gastar en salud el país?
- ¿De dónde provienen los recursos?
- ¿Cómo se asignan los recursos?

Existen una serie de variables que deben ser consideradas para buscar respuestas a estos interrogantes, y están relacionadas con:

- Los niveles de salud de la población
- Los modelos de sistemas de salud
- El tamaño de la economía

Los cambios en la economía (en especial en las bases tributarias de los países) llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. La mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud sobre la base de un impuesto al trabajo (obras sociales). En la actualidad la tendencia es reemplazar esta fuente de financiación por otras.



c. El Modelo de Atención (Dimensión Técnico-Administrativa): define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población; a quién se cubrirá con ellos; con qué criterios se prestarán y dónde.

Las cuestiones involucradas son:

- ¿Qué cubrir? (qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar).
- ¿A quién cubrir? (criterios de elegibilidad o inclusión dentro del sistema).
- ¿Cómo prestar? (con qué criterios o padrones).
- ¿Dónde prestar? (en qué lugares, de qué manera distribuir la oferta, qué criterios de referencia y contra referencia adoptar).

☛ Por otra parte, el sistema de salud constituye la expresión estructural de un conjunto de decisiones, que podrían describirse desde tres perspectivas:



1. Nivel Micro:

En el nivel micro, nos encontramos con las decisiones tomadas a nivel individual en la interacción médico-paciente. Aquí, los profesionales de la salud deben tomar decisiones cruciales que afectan directamente al paciente, como la elección de tratamientos, diagnósticos y prescripciones médicas. La calidad de la relación médico-paciente es esencial, ya que influye en la toma de decisiones a este nivel. Las decisiones a este nivel afectarán directamente la salud y el bienestar del paciente. Para E. Merhy (2006) ***“es exactamente en ese espacio del trabajo vivo, en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en los actos de salud. Es en ese espacio privado, en que ocurre la relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, que se construye y re-construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido, al menos para los trabajadores, pero preferentemente para las dos partes.”***

2. Nivel Meso

En el nivel meso, las decisiones se trasladan al ámbito institucional, donde hospitales, clínicas y centros de salud establecen políticas y protocolos. Decisiones como la implementación de

protocolos de atención, la distribución de recursos y la gestión de personal tienen un impacto significativo en la calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, la implementación de un nuevo protocolo en un hospital para mejorar la eficiencia en la atención de emergencias, afecta a todo el personal y a la forma en que se prestan los servicios en la institución.

3. Nivel Macro:

A nivel macro, las decisiones se elevan al ámbito político y de políticas públicas. Aquí, las autoridades toman decisiones que afectan a todo el sistema de salud, como legislación en salud, financiamiento, regulación de seguros de salud y construcción de infraestructura sanitaria. A modo de ejemplo, pensemos en la implementación de un programa nacional de vacunación. Esta decisión a nivel macro impactará la salud de la población en su conjunto y requerirá una planificación estratégica a nivel nacional.



Actividad

En esta primera parte trabajamos sobre la definición de Sistemas de Salud, sus componentes, y los niveles de gestión del sistema.

Antes de continuar, te proponemos que describas, a modo de ejemplo, que tipo de decisiones se toman a **nivel macro en la Gestión de Sistemas**, cuales a **nivel meso en la Gestión de Servicios** y cuales a **nivel micro en la Gestión Clínica** (un ejemplo para cada caso)

Para profundizar en el tema podés leer el artículo de Ginés Gonzalez García sobre Las reformas sanitarias y los modelos de gestión

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n6/5390.pdf>



LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

Antiguamente las personas resolvían el tratamiento de sus enfermedades acudiendo a las distintas alternativas disponibles, en general de naturaleza mágica o religiosa. Desde las primeras sociedades se desarrollaron acciones colectivas respecto a la atención de la salud, estableciendo normas y prácticas específicas (como los códigos para la práctica de la cirugía en Babilonia, o el nombramiento de médicos para servir a los pobres en Grecia).

En la Edad Media los conocimientos médicos quedaron subordinados al poder de la Iglesia; y luego, con el crecimiento de las ciudades y la organización de los artesanos, se conformaron los gremios, que entre otras tareas tomaron a su cargo la ayuda a las personas enfermas, constituyendo lo que se llamó “**seguro voluntario de enfermedad**”. Con la creciente industrialización en Europa Occidental, la organización de la clase obrera bajo los principios socialistas y la doctrina social fueron un paradigma de época para esa región (López, 2005).

Asimismo, con la modernidad surgieron distintas profesiones sanitarias y se fueron creando diversos dispositivos asistenciales. Los administradores estatales comenzaron a visualizar la

necesidad de establecer determinadas garantías en materia de salud en favor de la población; en un inicio orientadas principalmente al desarrollo de las medidas higiénicas, la medicina preventiva y el saneamiento ambiental.

Desde fines del siglo XIX los gobiernos asumieron la responsabilidad de algunas enfermedades graves o crónicas que afectaban a la comunidad en su conjunto, como la TBC. Ya para comienzos del siglo XX, la mayoría de los países europeos incorporaron cajas compensatorias de seguro de desempleo y subsidios familiares. En regiones como Asia y África, se instaló la medicina colonial dirigida a proteger especialmente a colonos europeos y fuerzas militares.

Luego de la Primera Guerra Mundial, se logró un mayor conocimiento médico por el desarrollo la medicina militar; al mismo tiempo, tomó fuerza la idea de responsabilidad social, y muchos países aprobaron leyes para ampliar la seguridad social. Al finalizar la Segunda Guerra se consolidó la organización de los sistemas de salud en Europa Occidental y Oriental, en Estados Unidos y Canadá; mientras que, en los países de Asia, África y América Latina se inició este proceso organizativo en la postguerra (López, 2005).

Sobre fines de los años 1970 se produce la crisis fiscal del Estado, en ese contexto surgen las reformas antiestatales de Thatcher en Inglaterra y Reagan en Estados Unidos, que pueden considerarse las primeras –y tal vez únicas- experiencias llamadas “neoliberales” en el sentido de que proponen la disminución del gasto público social y su redireccionamiento a otros objetivos de la acumulación capitalista junto a un fuerte proceso de incorporación del sector privado en la oferta de servicios del gobierno en forma directa o como proveedor de las actividades indelegables, una ampliación notable de las áreas de negocios empresariales dentro del espacio público (Iñiguez y Narodowski, 2007), En los años 90s, aparece en la misma dirección en AL, el Consenso de Washington y las experiencias de apertura y ajuste del gasto social de las democracias latinoamericanas.



En este sentido, al surgir la necesidad de generar dispositivos de atención, públicos o privados, cada Estado comenzó a definir su rol respecto a la responsabilidad que debía asumir sobre la salud de su población. De esta manera, se fueron delineando los modelos de salud sobre cuyas bases conceptuales se organizaron los sistemas de salud en el mundo.

Como ya hemos planteado, **los acontecimientos históricos, políticos, económicos y sociales, así como los avances en el conocimiento científico y tecnológico, fueron modificando profundamente la estructura de la sociedad, sus costumbres y su cultura; y en este marco también se modificaron los conceptos de salud y enfermedad.** Sin embargo, **podemos encontrar un patrón común en la organización social de los sistemas de salud** a lo largo de la historia, respecto a **dos características:** la búsqueda de apoyo económico para los servicios de salud, y la prestación racionalizada de los mismos en función de algunos grupos o problemas de enfermedad (López, 2005).

ACTUALMENTE SE RECONOCEN TRES MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO:

Modelo de Sistema Nacional de Salud (Beveridge)

* William Henry Beveridge, economista y político británico, responsable de la creación de políticas sociales avanzadas, base para la instauración del Estado de Bienestar en Gran Bretaña.



Este modelo surgió en Gran Bretaña en 1948, con la creación del **Servicio Nacional de Salud** de carácter universalista, para todo residente del territorio británico, con prácticas de tipo curativo y preventivo. Se puso a los hospitales bajo la órbita del gobierno, y se les brindó un salario a todos los profesionales. Aunque inicialmente se conservó la práctica privada de consultorio, ésta se modificó con la instalación de centros de salud vecinales.

En la actualidad, en el Reino Unido, el sistema de salud se caracteriza por la atención primaria liderada por médicos generales General Practitioners (GP), quienes actúan como la puerta de entrada al sistema. Aunque teóricamente los pacientes pueden elegir a su GP, la disponibilidad limitada restringe esta elección. Los médicos en el Reino Unido, representados por la Asociación Médica Británica (BMA) y la Asociación de Generalistas, tienen un gran poder y negocian contratos con el Servicio Nacional de Salud (en sus siglas en inglés NHS). La relación médico-paciente y los conflictos de interés, especialmente entre el trabajo público y privado, son áreas de preocupación. La enfermería enfrenta una falta de personal, y las reformas han intentado abordar la regulación de la profesión médica y el empoderamiento del paciente. Los medicamentos genéricos son prevalentes, y el NHS busca reducir costos mediante la promoción de su uso. La industria farmacéutica en el Reino Unido es significativa, representando el 9% del Producto Bruto Interno (PIB), y está regulada por la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (HRA). Sin embargo, persisten desafíos en la competencia y la seguridad. En cuanto a las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), el NHS ha intentado implementar sistemas de registros electrónicos desde la década de 1990. Sin embargo, los programas han enfrentado retrasos significativos debido a preocupaciones sobre la confidencialidad. A pesar de los avances en la digitalización de registros, la vinculación entre proveedores sigue siendo limitada. Se han lanzado aplicaciones y programas digitales para mejorar la accesibilidad y la eficiencia de los servicios de salud, aunque la implementación y la efectividad han sido variables. Las páginas web y aplicaciones para acceder a los servicios de salud en línea están en constante desarrollo, aunque la utilidad y accesibilidad pueden variar entre las distintas plataformas y regiones.

La crisis abarca a todos los estamentos que conforman el NHS. La atención primaria con médico de cabecera, la hospitalaria, la especializada (cáncer, corazón, etc.), el servicio de emergencia, incluyendo las ambulancias, están desbordados hace rato. Hoy no dan abasto. La lista de espera para operaciones y exámenes de urgencia supera los 7 millones. Los números, que se dispararon a partir de la pandemia en 2020.

Esto no sucedió de la noche a la mañana. Cuando los conservadores asumieron el 2010 en medio de la crisis global por el estallido financiero internacional ocurrido dos años antes había problemas, pero el estado estaba presente. Los implacables programas de austeridad aplicados desde entonces fueron desmantelando un estado que frágil y desfinanciado no está pudiendo resistir los embates del COVID, la guerra, la crisis económica y el aumento del costo de vida.

Otro ejemplo de modelos de Sistema Nacional de Salud es el modelo de atención médica en Canadá que ha experimentado una serie de reformas recientes, con un enfoque renovado en la salud y un papel destacado de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs). Se han firmado acuerdos como el Acuerdo Marco de la Unión Social (SUFA) en 1999, y se han implementado medidas para mejorar el acceso y reducir las listas de espera, como el Plan de Fortalecimiento en Salud de 2004. La implementación de tecnologías de la información y comunicación en salud se ha impulsado con la creación de "Infoway" en 2001, liderando esfuerzos para desplegar historias clínicas electrónicas y mejorar el acceso a servicios de salud. Las TIC representan alrededor del 2% de los gastos de salud, y se destacan iniciativas exitosas, como la red virtual de cuidados críticos y programas de telemedicina.

El modelo británico dio origen al Sistema Nacional de Salud en otros países, como Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal. El financiamiento de este modelo surge directamente del presupuesto general del Estado, y las prestaciones se brindan en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad.

2. Modelo de Seguro Social: (Bismarck)*

*Otto von Bismarck. Considerado el fundador del Estado alemán moderno. Implementó programas gubernamentales que fueron la base del sistema de seguridad social: seguro de desempleo, sistema de pensiones, seguro de salud, entre otros



Es el modelo más antiguo, y en su época fue el más avanzado del mundo. Se originó en Alemania, pero también se instaló en otros países como Francia, Países Bajos y Austria.

En este sistema los asegurados obtienen las prestaciones a través de los aportes de los mutualistas (generalmente aportes de trabajadores y empresarios en diferente proporción). En este sentido, el financiamiento es público, pero a través del aporte al seguro social. La provisión de servicios puede ser pública y privada, o solo privada.

La cobertura es por pertenencia laboral, nivel de ingreso y residencia, por lo que se trata más de una protección al trabajador que al ciudadano. La cobertura de ciertos grupos de no

mutualistas, como los indigentes, suele cubrirse adicionalmente. El Estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias, controla la transparencia del sistema y contribuye, en muchos casos, al abono del posible déficit.

Francia. Un modelo dinámico, pero no tan (socialmente) equitativo, el sistema de salud está estructurado en torno a una serie de cambios y reformas que han tenido lugar a lo largo del tiempo. En el siglo XIX, el gobierno confió a las mutuales el seguro de salud bajo un sistema no obligatorio, y se establecieron consultorios médicos autónomos. Luego, en el siglo XX, se implementaron diversas medidas para garantizar la protección social, como la creación de un seguro completo para enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, financiado por empleados y empleadores. En 1945, se promulgó la Ley de Seguridad Social, que definió planes básicos obligatorios bajo la órbita estatal.

A lo largo de las décadas posteriores, se han producido cambios significativos en el sistema de salud francés, con el objetivo de controlar los costos, mejorar la eficiencia y garantizar la cobertura universal. Se implementaron medidas como el "ticket modérateur" (copago), reformas en el servicio público hospitalario y la introducción de sistemas de pago por servicio. Además, se promovió el uso de tecnologías de la información en la atención médica y se establecieron agencias y organismos para evaluar y regular prácticas médicas y gastos hospitalarios.

A pesar de estas reformas, persisten desafíos en el sistema de salud francés, como las tarifas de médicos, problemas de espera y desinversión en el sistema hospitalario. La cobertura sanitaria es universal, pero la accesibilidad y la calidad varían entre clases sociales y regiones. Se han implementado medidas para limitar la cobertura de servicios y reducir costos, lo que ha generado controversias y tensiones en el sistema.

Modelo Privado

Considera a la salud como un bien de consumo y como una responsabilidad de los individuos, que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud. El modelo liberal, también llamado modelo de libre mercado, es el que impera en los Estados Unidos (EEUU). En este sistema, las compañías de seguros privadas compiten entre sí en la oferta de condiciones de cobertura, las que pueden contratarse libremente.

El Estado realiza una contribución a la asistencia sanitaria, invirtiendo en la atención de grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos (Medicare para adultos mayores, y Medicaid para personas en situación de pobreza). Los sectores de ingresos medios y altos pagan íntegramente sus necesidades de atención, mediante el pago directo o a través de seguros individuales o corporativos (en el caso, por ejemplo, de trabajadores de una misma empresa). El modelo sanitario liberal tiene como característica principal la alta competitividad existente entre los diferentes proveedores para captar clientes.

EEUU. El sistema pro-mercado que pugnaba por mejorar la inclusión. El sistema de atención médica ha experimentado cambios significativos desde mediados del siglo XIX, con la creación de los primeros hospitales públicos y sin fines de lucro. En 1929, se estableció un plan de hospitalización para maestros en Dallas, marcando el inicio del seguro social. A lo largo del tiempo, se han implementado varios programas públicos como Medicare y Medicaid, aunque con limitaciones. Durante décadas, se han propuesto reformas para abordar los crecientes costos y mejorar la cobertura, incluida la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) bajo la presidencia de Obama. Sin embargo, persisten desafíos significativos en el sistema de salud estadounidense, incluida la falta de acceso equitativo a la atención médica, altos costos y disparidades raciales y socioeconómicas en salud. Aunque existen programas públicos como Medicare y Medicaid, el papel de los seguros privados sigue siendo crucial, cubriendo al 70% de la población. Además, el acceso a médicos, especialmente en áreas rurales, es limitado, y los altos costos de medicamentos continúan siendo un problema importante.

El sistema de remuneración de los médicos se basa en honorarios negociados y medidas de rendimiento asociadas a la calidad de la atención. A pesar de los avances en tecnologías de la información en salud, como el impulso del uso de registros electrónicos de salud por parte de la Oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de la Información de Salud (ONC), aún hay una adopción limitada en algunos hospitales.

MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD COMPARADOS



SERVICIO NACIONAL DE SALUD	UNIVERSALIDAD PRESTADORES PÚBLICOS FINANCIACIÓN = IMPUESTOS	ESPAÑA INGLATERRA ITALIA SUECIA CANADÁ
SEGURO NACIONAL DE SALUD	SOLIDARIO PRESTADORES PRIVADOS Y PÚBLICOS FINANCIACIÓN = APORTES Y CONTRIBUCIONES	ALEMANIA AUSTRIA BÉLGICA HOLANDA
SEGUROS LIBRES O PRIVADOS	NO UNIVERSAL AUTONOMÍA INDIVIDUAL PRESTADORES PRIVADOS FINANC. = PAGO DIRECTO	ESTADOS UNIDOS

Vale la pena aclarar que los tres tipos de sistemas de salud analizados son modelos de carácter teórico, y no se observan en la práctica en estado puro. En la actualidad, con el avance del neoliberalismo en el mundo occidental, gran parte de los países cuenta con sistemas de salud híbridos, es decir, sistemas mixtos que combinan algunas características de los modelos presentados. En los últimos años, las debilidades y fortalezas de estos distintos modelos se vieron de manifiesto en la gestión de la pandemia COVID19.

Antes de continuar, te invitamos a escuchar al médico sanitarista Pierre de Paepe, quien describe cómo son los distintos sistemas de salud en el mundo, y afirma que el sistema nacional público es el que mejor funciona.



¿Cómo funcionan los sistemas de salud en el mundo?



Trabajo Grupal

Luego de haber trabajado sobre modelos de Sistemas de Salud en el mundo, les invitamos a ver el documental Sicko, de Michael Moore. Al finalizar les pedimos que reflexionen en el grupo y respondan las siguientes preguntas:

- Que modelos de Sistemas de Salud pueden identificar?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de cada modelo que se señalan en el documental?

SICKO - RESUMEN



Bibliografía

Franco, T.B.; Merhy E. E. (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados. 1a Edición, Lugar Editorial.

Freire Campo, JM (2006) El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. Revista Sanidad No.7, España
<http://portal.ugt.org/claridad/numero7/freire.pdf>

Freire Campo J M. (2012) Sistemas de salud: evolución y comparación internacional Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500565/n2.1_Sistemas_salud._Evaluacion_y_comparacion_internacional.pdf

González García G. (2001) Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Revista Panamericana de Salud Pública 9(6) <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n6/5390.pdf>

López, S. (2005) Sistemas de Salud Comparados. Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90. *Material para la materia Medicina Social FTS-UNLP-*
En: <http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml>

Medina, A. y Narodowski, P. (2015) Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público 1a ed. Buenos Aires: 296 p. ISBN 978-950-793-210-6

Merhy EE, Feuerwerker L, Ceccim R. (2006) Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud Colectiva. 2006 (2):147-160 <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62>

Tobar, F (2017). Sistema de Salud. Ministerio de Salud – OPS/OMS
<https://salud.gob.ar/dels/printpdf/145>