

PROBLEMAS ASSOCIADOS À SEGMENTAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA SOBRE O CASO DA ARGENTINA

PROBLEMS ASSOCIATED WITH THE SEGMENTATION AND FRAGMENTATION OF HEALTH SYSTEMS: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE ON THE CASE OF ARGENTINA

Valentina Sofia Suárez BALDO*

Resumo: O artigo apresenta uma revisão sistemática da literatura acadêmica sobre fragmentação e segmentação do sistema de saúde argentino, dando ênfase às consequências de tais características para a cobertura, acesso, financiamento, resultados e qualidade da atenção. Aborda algumas das múltiplas consequências problemáticas relacionadas ao caráter fragmentado e segmentado do sistema de saúde na Argentina, como: ineficiência, iniquidades, reprodução das desigualdades socioeconômicas, descontinuidade dos cuidados, obstáculos para a integração da Atenção Primária à rede de serviços e dificuldades de algumas categorias de profissionais da saúde de articular e negociar demandas. Observa-se que, apesar de a segmentação e a fragmentação serem pontos de pauta obrigatórios em uma agenda de reforma sanitária na Argentina, a maior parte dos trabalhos examinados apenas constata ou descreve minimamente sua presença na organização institucional do sistema de saúde, ao passo que as produções que analisam especificamente os problemas aí associados são minoria.

Palavras chave: Fragmentação. Segmentação. Sistema de saúde. Argentina.

Abstract: The article presents a systematic review of the academic literature on fragmentation and segmentation of the argentine health system, emphasizing the consequences of such characteristics for coverage, access, financing, results and quality of care. It addresses some of the multiple problematic consequences related to the fragmented and segmented nature of the health system in Argentina, such as: inefficiency, inequities, reproduction of socioeconomic inequalities, discontinuity of care, obstacles to the integration of Primary Care in the service network and difficulties of some health professionals categories to articulate and negotiate demands. It is observed that, although segmentation and fragmentation are mandatory agenda items in a health sector reform agenda in Argentina, most of the studies that were examined only show or describe minimally their presence in the institutional organization of the health system, while the productions that specifically analyze the associated problems are the minority.

Keywords: Fragmentation. Segmentation. Health System. Argentina.

Submetido em 24/07/2018.

Aceito em 10/09/2018.

* Graduada em Serviço Social. Mestre em Política Social. Doutora em Política Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). Endereço para correspondência: Rua Professor Marcos Waldemar de Freitas Reis – Bloco E – 3º andar. Campus Universitário do Gragoatá. São Domingos – 24210-201 – Niterói, RJ – Brasil. E-mail: <valentinasb@hotmail.com>.

** A autora agradece os comentários e sugestões de Mônica de Castro Maia Senna.

Introdução

Existe consenso na literatura acadêmica acerca do caráter fragmentado e segmentado do sistema de saúde argentino (BALLESTEROS, 2016, 2017; BANG, 2015; BELLÓ & BECERRIL-MONTEIKO, 2011; CALABRIA & ROTTENSCHWEILER, 2015; CETRÁNGOLO, 2014; GIOVANELLA, 2013; RÍOS FERREIRA, 2014; PNUD, 2011). Os conceitos de segmentação e fragmentação referem-se tanto à coexistência de vários subsistemas dentro do sistema de saúde, com distintas modalidades de financiamento e prestação de serviços destinados a segmentos populacionais também diferenciados, quanto ao baixo nível de integração entre tais subsistemas. Vários autores apontam o caso do sistema de saúde argentino como um dos mais fragmentados e segmentados do mundo. Mais ainda, referem tratar-se de uma variedade extrema de organização estratificada e desarticulada (ARTAZA BARRIOS, 2017; ATUN *et al.*, 2015; FIDEL & VALENCIA LOMELÍ, 2012; OPS, 2017), ou ainda um exemplo paradigmático (BÁSCOLO & BLEJER, s/d; STOLKINER *et al.*, 2011).

O caráter problemático de sistemas de saúde segmentados e fragmentados é apontado pela maior parte dos autores do campo (ARTAZA BARRIOS, 2017; BÁSCOLO & BLEJER, s/d; CETRÁNGOLO, 2014; OPS, 2010; TOBAR *et al.*, 2014). A segmentação e a fragmentação são indicadas como debilidades intrínsecas dos sistemas de saúde da América do Sul (ATUN *et al.*, 2015).

Considerando esse quadro, o presente artigo tem o objetivo de apresentar uma revisão sistemática da literatura acadêmica sobre a fragmentação e a segmentação do sistema de saúde argentino, enfatizando as consequências problemáticas que tais características trazem para a cobertura, o acesso, o financiamento, os resultados e a qualidade dos serviços. Procura-se demonstrar que, devido ao seu caráter problemático, iníquo e contrário à cidadania, a segmentação e a fragmentação são pontos de pauta obrigatórios em uma agenda de reforma sanitária na Argentina.

Para a revisão sistemática da literatura foi utilizada a base de dados do Google Acadêmico, buscando ter acesso não apenas a artigos científicos, mas também a outros tipos de publicação. Foram selecionados os seguintes descritores: *fragmentación*, *segmentación*, *argentina* e *sistema de salud*. Os documentos podiam estar em qualquer língua e deviam ter sido publicados nos últimos cinco anos, de 2013 a 2017. Nesta seleção, foram incluídos os trabalhos nos quais a fragmentação e a segmentação fossem características dos sistemas de saúde e que tratassem especificamente do sistema de saúde argentino.

A busca inicial com as palavras chave permitiu identificar 784 publicações, das quais 147 atenderam aos critérios acima e foram selecionadas para integrar a amostra. Desse total, 62 eram artigos científicos, 25 trabalhos de conclusão de curso (monografias, dissertações e teses), 17 publicações e documentos de trabalho de organizações (OMS, OPS, PNUD, CEPAL, entre outras), 14 livros, 12 trabalhos apresentados em congressos e seminários, 9 capítulos de livros, 3 materiais didáticos de disciplinas de nível universitário, 1 palestra e 4 publicações não identificadas. Foi feita a leitura e sistematização de todo esse material, cuja coleta e análise demandaram seis meses de trabalho.

O artigo está estruturado da seguinte forma: em primeiro lugar, são definidos alguns conceitos chave da pesquisa, como sistema de saúde, segmentação e fragmentação; em seguida, são analisadas as particularidades da segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino e desenhados alguns indicadores dessas características; finalmente, são apresentados os resultados da revisão da literatura, destacando-se as múltiplas consequências negativas derivadas do caráter fragmentado e segmentado da organização do sistema de saúde na Argentina.

1. Segmentação e fragmentação de sistemas de saúde

De modo geral, sistema de saúde pode ser definido como aquele que abarca “todas as pessoas e todas as medidas que se adotam com a finalidade principal de melhorar a saúde” (OMS, 2000, p. 1). É a soma de todas as instituições, organizações e recursos destinados a esse fim (ORTEGA & ESPÓSITO, 2017). Compreende todos os recursos que uma sociedade dedica à proteção da saúde das pessoas e inclui todas as atividades cujo objetivo principal seja promover, restabelecer ou atender a saúde.

Mais especificamente, sistema de saúde é

o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade (LOBATO & GIOVANELLA, 2012, p. 89).

Todo sistema de saúde tem uma série de componentes básicos que se relacionam entre si, conferindo ao sistema certa dinâmica. Esses componentes assim como a própria dinâmica do sistema são históricos, e se vinculam aos atributos políticos, econômicos e culturais do país ao qual pertencem. Os principais componentes de um sistema de saúde são a cobertura, os recursos e as organizações (LOBATO & GIOVANELLA, 2012).

Duas categorias centrais para caracterizar os sistemas de saúde são a segmentação e a fragmentação. São aspectos que se apresentam em maior ou menor grau nos sistemas de saúde. São atributos possíveis de sua organização institucional.

Para a OPS (2007, p. 319), a **segmentação** é a “coexistência de subsistemas com distintas modalidades de financiamento, afiliação e provisão de serviços de saúde, cada uma ‘especializada’ em diferentes segmentos da população de acordo a sua inserção laboral, nível de renda, capacidade de pagamento e posição social”. Refere-se à presença de vários subsistemas responsáveis pela atenção a distintos grupos populacionais, com estruturas assistenciais, redes de serviços e condições de acesso diferenciadas para cada segmento (GIOVANELLA, 2013).

Em sistemas de saúde segmentados, a existência de subsistemas “especializados” em diferentes segmentos da população é uma forma de consolidar a estratificação social existente e reproduzir as iniquidades. A relação entre política social e estratificação não é novidade. Talvez uma das maiores

contribuições de Esping-Andersen (1991, p. 104) seja lembrar-nos de que “o *Welfare State* não é apenas um mecanismo que intervém – e talvez corrija – a estrutura da desigualdade. É, em si mesmo, um sistema de estratificação, (...) é uma força ativa no ordenamento das relações sociais”.

Por outra parte, a **fragmentação** refere-se à “coexistência de várias unidades ou estabelecimentos não integrados dentro da rede sanitária assistencial” (OPS, 2007, p. 319). Esta característica implica ausência de articulação e coordenação entre subsistemas, níveis assistenciais ou instituições dentro de um sistema de saúde. Expressa uma falta de coerência e racionalidade organizativa em termos sanitários. Para Montenegro e Romero (2014, p. 152), os sistemas de saúde integrados – diferentemente dos fragmentados – são aqueles em que, apesar da segmentação, “a coordenação *institucional* e administrativa evita a duplicidade, diminui custos e favorece a igualdade na provisão de sérvios das múltiplas instituições”.

Não existem definições unívocas dos conceitos de fragmentação e segmentação nem convergência na sua utilização entre os autores. Há quem diferencie os termos, enquanto outros fazem um uso indistinto ou utilizam apenas um deles. A escolha das definições de OPS (2007) para este trabalho, a despeito da existência de outras, se relaciona com a capacidade analítica que oferecem: são diferenciadas – segmentação e fragmentação não são sinônimos – e referem-se a aspectos tanto dos componentes da estrutura organizativa dos sistemas nacionais de saúde, quanto das relações existentes entre esses componentes.

2. Indicadores do caráter segmentado do sistema de saúde argentino

O sistema de saúde argentino é **segmentado** porque é conformado por três subsistemas, cada um deles com uma modalidade diferenciada de afiliação, financiamento e prestação de serviços, e são estruturados para brindar serviços de atenção médica a distintos setores da população (GIOVANELLA, 2013; MESSINA, 2015). Passa-se agora a caracterizar cada um desses subsistemas:

2.1 Subsistema público

A cobertura do subsistema de serviços públicos é universal e gratuita para toda a população, independentemente de posição no mercado de trabalho e capacidade de pagamento. No entanto, o setor que utiliza exclusivamente seus serviços é aquele que não possui seguro social ou privado: trabalhadores não registrados ou desempregados sem capacidade de pagamento, equivalente a 36% da população (OPS, 2017). O subsistema é financiado através de fontes internas – impostos provenientes dos três níveis de governo – e externas – recursos de organismos internacionais de crédito, como o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), geralmente destinados a programas sanitários (OPS, 2017; TOUCEDA *et al.* s/d). A prestação de serviços é de responsabilidade dos governos nacional, provinciais e municipais e realizada em hospitais e postos de saúde públicos.

2.2 Subsistema do seguro social

O subsistema de seguro social é conformado pelas chamadas *obras sociais*: mutualidades de trabalhadores organizadas por categoria profissional (PNUD, 2011) que oferecem diversos serviços aos seus filiados, dentre eles, e principalmente, serviços de saúde. Funcionam como seguros solidários: os filiados contribuem com valores proporcionais ao salário em um fundo comum, que é redistribuído de tal forma que os mais “fortes” (os que mais recebem, são mais saudáveis ou mais jovens) acabam socializando sua contribuição com os mais “débeis” (pessoas com salários menores, mais doentes, mais velhas). Integram o subsistema:

- a) Mais de 200 obras sociais nacionais (sindicais, da administração estatal, mistas, de empresas públicas, de empresários, por convênio com empresas) (OPS, 2017);
- b) O Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e *Pensionados* (INSSJP), mais conhecido como PAMI (Programa de Assistência Médica Integral);
- c) 24 obras sociais para os funcionários públicos provinciais (uma por cada uma das 23 províncias, mais a da Cidade de Buenos Aires);
- d) As obras sociais dos trabalhadores de universidades nacionais, as das forças armadas e de segurança pública e as dos poderes legislativo e judiciário.

O subsistema alcança 62,4% da população (CALABRIA & ROTTENSCHWEILER, 2015), composto por trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho (assalariados e autônomos), suas famílias e os trabalhadores aposentados. As obras sociais provinciais cobrem funcionários públicos das administrações provinciais e municipais e suas famílias, correspondente a 25% do setor da população coberto por seguros sociais (CANALE *et al.*, 2014a). O PAMI cobre aposentados e beneficiários de pensões com suas famílias, sendo a obra social com maior número de filiados do país: 8,3% da população (PNUD, 2011). Para Artaza Barrios (2017), o PAMI representa um caso paradigmático em relação à segmentação, pois para além de todos os “estratos” existentes no sistema, agrega um por idade.

O financiamento do subsistema provém, no caso das obras sociais nacionais, de aportes dos trabalhadores e contribuições dos empregadores, ambas de caráter obrigatório e calculadas sobre o valor do salário. A contribuição tem valores fixos estabelecidos por lei no caso dos trabalhadores domésticos e dos *monotributistas* (regime impositivo simplificado e de baixo custo para trabalhadores sem vínculo empregatício); os autônomos não são obrigados a contribuir. Já o PAMI financia-se através de um sistema de repartição, composto por aportes e contribuições obrigatórias dos trabalhadores ativos, dos empregadores e dos próprios aposentados, proporcionais ao valor do salário ou da aposentadoria, e de recursos do Estado Nacional. No caso das obras sociais provinciais, os recursos originam-se em contribuições obrigatórias dos trabalhadores e dos Estados provinciais como empregadores, e em recursos repassados pelos governos provinciais (GÓMEZ SABAÍNI *et al.*, 2014).

Historicamente, cada trabalhador contribuía, obrigatoriamente, na obra social correspondente a sua atividade profissional. No entanto, a partir da chamada desregulamentação das obras sociais (decretada em 1993, mas implementada só a partir de 1997), cada assalariado pode contribuir em qualquer obra social que seja de sua preferência, ou seja, não é mais cativo ao seguro social da sua categoria (BALLESTEROS, 2016a; MESSINA, 2015).

Na prática, as obras sociais funcionam basicamente como financiadoras que contratam serviços de prestadores privados credenciados (estabelecimentos e profissionais independentes). Existem também clínicas próprias das obras sociais destinadas exclusivamente aos seus beneficiários, embora sejam poucos casos, 1% do total de estabelecimentos (PEREYRA & MICHA, 2016).

2.3 Subsistema privado

O subsistema privado é integrado por seguros privados de saúde (empresas de medicina pré-paga, planos médicos de hospitais de comunidades ou privados, mutuais, cooperativas), estabelecimentos privados (hospitais, clínicas e centros de diagnóstico e tratamento) e profissionais independentes. Neste caso, o acesso depende da capacidade individual de pagamento. Cobre basicamente a associados voluntários sem relação laboral de dependência, embora existam casos de dupla cobertura (trabalhador assalariado ou autônomo que tem obra social e contrata, adicionalmente, um plano privado de saúde). O subsistema assegura também a trabalhadores que optam por transferir sua contribuição da obra social a uma empresa de medicina privada (GIOVANELLA, 2013). A cobertura atinge 8% da população (OPS, 2017).

O subsistema financia-se através do pagamento de cotas às empresas de medicina pré-paga e mediante pagamento direto (*out of pocket*) no caso dos prestadores privados independentes. Os seguros privados cobrem principalmente a população com maior renda e mais jovem (e, portanto, com menos risco de doença) e estão concentrados nos grandes centros urbanos, sobretudo na cidade de Buenos Aires e sua região metropolitana (BALLESTEROS, 2016). Existem cinco grandes empresas responsáveis por 60% do mercado, 65 empresas agrupadas em câmaras, e umas 300 pequenas (PNUD, 2011). Os prestadores são clínicas e hospitais próprios das empresas de medicina privada e prestadores privados credenciados (estabelecimentos e profissionais independentes).

3. Indicadores do caráter fragmentado do sistema de saúde argentino

O sistema de saúde argentino é **fragmentado** porque os três subsistemas que o conformam são pouco integrados entre si, e fragmentados também no seu interior (BELLÓ & BECERRIL-MONTEIKO, 2011; GIOVANELLA, 2013; CANALE *et al.*, 2016b; MACEIRA *et al.*, 2015). Existe pouca coordenação entre as instituições públicas, as do seguro social e as privadas, e entre os níveis de atenção. No subsistema público, há dificuldades para coordenar políticas entre as jurisdições provinciais (ALONSO & DI COSTA, 2015). O setor dos seguros, sejam sociais ou privados, se caracteriza pela heterogeneidade e desarticulação

entre seus componentes. Também há dificuldades nos mecanismos de coordenação e de complementaridade de recursos e ações.

Para PNUD (2011), a fragmentação característica do sistema de saúde argentino manifesta-se de três formas: institucional territorial e de direitos. Cada um dos subsistemas está dirigido a um “sujeito” diferente e implica, portanto, distintos direitos: o sujeito do setor privado é o consumidor ou cliente; o do setor das obras sociais é o trabalhador formal, e o do subsistema público é o cidadão (CALMELS *et al.*, 2015). Artaza Barrios (2017) adiciona a dimensão regulatória da fragmentação. Canale *et al.* (2014b) mencionam a dimensão normativa. É possível agregar, ainda, a dimensão informativa.

Os subsistemas também são fragmentados no seu interior. No setor público, a fragmentação é consequência do seu caráter descentralizado nos níveis subnacionais e do tipo de estrutura federal do país com alta autonomia política e financeira das províncias (GIOVANELLA, 2013). Os Estados provinciais exercem com autonomia as funções de reitoria, financiamento e prestação dos serviços de saúde públicos. Os Ministérios de Saúde de cada província têm poder para administrar os recursos que pertencem a sua jurisdição e para desenvolver a estratégia sanitária (OPS, 2017).

Além disso, as províncias têm atribuições para legislar, outorgar matrículas profissionais e habilitar estabelecimentos de saúde (ARTAZA BARRIOS, 2017). As orientações provenientes da autoridade nacional têm uma incidência mediada nos sistemas de saúde provinciais, ficando sujeitas a sua incorporação nos ordenamentos legais locais (ORTEGA & ESPÓSITO, 2017).

Por outra parte, a maior parte dos estabelecimentos e dos recursos humanos de cada jurisdição é administrada pelo respectivo governo provincial: em 2012, 62% dos estabelecimentos públicos de saúde eram provinciais (5.815, com e sem internação), 38% municipais (3.571) e apenas 19 eram nacionais (GIOVANELLA *et al.*, 2012), sem articulação entre as diferentes jurisdições.

As características da cobertura são heterogêneas, dependendo das condições socioeconômicas regionais e dos arranjos organizacionais e financeiros particulares de cada sistema de saúde pública provincial, graças à referida autonomia. Ballesteros (2015b) aponta que as capacidades econômicas desiguais das várias jurisdições e as distintas respostas locais ao processo de descentralização determinam grandes diferenças nas características dos serviços do setor público segundo sua localização. Neste sentido fala-se em fragmentação territorial, pois os cidadãos de um mesmo país têm acessos diferenciados ao setor público, de qualidade também variada, em função da sua localização geográfica. Rovere (2004, p. 4) afirma que “há tantas cidadanias como províncias, sem contar as diferenças dentro de cada província”.

Por sua vez, no interior do subsetor do seguro social obrigatório existem importantes diferenças na cobertura e na qualidade dos serviços segundo a obra social de que se trate. As obras sociais são heterogêneas em relação à quantidade de afiliados, recursos financeiros por afiliado, estrutura populacional atendida (em relação à idade e gênero), modalidades de operação e rede de serviços que contratam (BALLESTEROS, 2017; CANALE *et al.*, 2016a). Por outra parte, dado que as obras sociais normalmente agrupam trabalhadores de um mesmo setor produtivo (apesar da possibilidade de livre escolha), os recursos de que

dispõem têm relação com o nível salarial do setor, haja vista que a contribuição do trabalhador é proporcional ao seu salário. A qualidade depende também do local de residência (CETRÁNGOLO, 2014), considerando que existem 24 obras sociais para os funcionários públicos provinciais (uma por cada uma das 23 províncias, mais a da cidade de Buenos Aires) com características também heterogêneas.

Da mesma forma que o subsistema do seguro social, o subsistema privado é fragmentado no seu interior, em função da variedade de empresas e planos que atuam nesse mercado. As características também divergem segundo a região geográfica (ORTEGA & ESPÓSITO, 2017). Ainda que haja heterogeneidade entre os planos privados segundo quantidade de afiliados e recursos por afiliado, cobrem principalmente a população mais rica e mais jovem, e se concentram nos grandes centros urbanos (BALLESTEROS, 2016). A particularidade em relação aos seguros sociais é a presença um elemento de distorção, qual seja, a vinculação da cobertura de serviços ao valor da mensalidade (CANALE *et al.*, 2016a).

4. Resultados da revisão sistemática

A revisão mostrou que as principais consequências do caráter fragmentado e segmentado do sistema de saúde argentino são:

4.1 Iniquidades no acesso, cobertura, financiamento, resultados de saúde e qualidade dos serviços

É a consequência mais citada na literatura revisada, pouco mais de 57% dos trabalhos apontam a falta de equidade como resultado da organização segmentada e fragmentada do sistema de saúde na Argentina, e se manifesta em diferentes aspectos.

Pela segmentação do sistema, a população tem diferentes coberturas de saúde não em função das suas necessidades, mas das condições econômicas ou de trabalho (BÁSCOLO & BLEJER, s/d). Para cada segmento da população, segundo o local de moradia, os serviços cobertos e os prestadores são diferentes, conformando subsistemas de saúde de distinta classe (GIOVANELLA *et al.*, 2015). A disponibilidade e a qualidade dos serviços dependem da inserção das pessoas no mercado laboral, da sua capacidade de pagamento (nível de renda) e da sua localização geográfica dentro do país. Além disso, enquanto algumas pessoas possuem múltipla cobertura de saúde, combinando a proteção universal do setor público e uma adicional de seguro (social e/ou privado), os setores de renda baixa, sem obra social e com dificuldades para acessar os serviços do subsistema público, com frequência devem custear suas necessidades de atenção e medicamentos mediante recursos do seu próprio bolso, levando ao extremo a iniquidade do sistema (CETRÁNGOLO, 2014).

A segmentação e fragmentação da cobertura da atenção médica determinam um acesso desigual dos diferentes grupos sociais ao sistema de serviços de saúde. As características do acesso divergem em função do tipo de cobertura que as pessoas possuem, da capacidade de pagamento (ou nível de renda) e de

fatores territoriais vinculados ao seu local de residência (BALLESTEROS, 2015a; GÜEMES, 2015). Há ao mesmo tempo casos de múltipla cobertura e falta de acesso.

Segmentação e fragmentação produzem também iniquidades nos mecanismos de financiamento do sistema de saúde. Os setores de baixos recursos sem obra social e com dificuldades no acesso ao serviço público são os que pagam mais caro, pois acabam resolvendo as necessidades mais urgentes mediante pagamentos de bolso, que representam uma carga sobre a já magra renda (GÓMEZ SABAÍNI *et al.*, 2014).

Os gastos de bolso, também conhecidos como *out of pocket*, são uma reconhecida fonte de iniquidades (CETRÁNGOLO, 2014; GÓMEZ SABAÍNI *et al.*, 2014), cujo aumento está relacionado à fragmentação e segmentação dos sistemas de saúde (SOJO, 2017). No caso argentino, 34% do gasto total em saúde correspondem a gastos de bolso (MESSINA, 2015), representando 2% do PIB (OPS, 2017). A importante participação do gasto de bolso no financiamento do sistema de saúde é produto das limitações da cobertura dos seguros sociais contributivos, das restrições fiscais do subsistema público e da presença de barreiras de acesso a bens e serviços, tanto na atenção pública como no setor de seguros (BÁSCOLO & BLEJER, s/d; CETRÁNGOLO *et al.*, 2015). Assim, o financiamento do sistema de saúde tem efeitos regressivos e um impacto limitado na redistribuição de renda, pois o setor da população com menos recursos acaba pagando mais caro e enfrentando maiores obstáculos no acesso aos serviços de saúde. Os gastos de bolso podem se constituir, inclusive, em um determinante da queda em situação de pobreza, no caso, por exemplo, de doenças catastróficas¹ (TOBAR *et al.*, 2014).

No subsistema do seguro social, a partir da desregulamentação das obras sociais, o financiamento tem restrições em seus mecanismos de redistribuição, devido, sobretudo, ao chamado “descreme” do sistema (a preferência por planos privados por parte daqueles com renda maior e mais jovens – e, portanto, mais saudáveis). No setor público, dada a administração descentralizada, o financiamento e a disponibilidade de recursos estão atreladas às capacidades econômicas e à política sanitária de cada província, fato que provoca iniquidades territoriais (BALLESTEROS, 2016; BÁSCOLO & BLEJER, s/d; MESSINA, 2015).

Há significativas brechas regionais em relação aos resultados de saúde. Enquanto a taxa de mortalidade materna nacional foi de 3,7 cada 1000 nascidos vivos no ano de 2014, na província de La Rioja foi de 15,9/1000, em Formosa 9,6/1000 e em Santiago del Estero 7,2/1000 (OPS, 2017). Em relação às principais causas de morte, nas regiões mais pobres predominam as mortes por doenças infecciosas, enquanto nas províncias mais ricas prevalecem as causas não infecciosas. No ano de 2014, a taxa de mortalidade por causas infecciosas foi duas vezes maior na província do Chaco (63,2/1000 hab.) que na cidade de Buenos Aires (28,1/1000 hab.). No sentido inverso, a taxa de mortalidade por causas não infecciosas atingiu 221/1000 hab. em Córdoba, enquanto em Jujuy foi de 90,8/1000 hab. (OPS, 2017).

Os sistemas de saúde segmentados, como no caso da Argentina, têm tendência a refletir a segmentação na qualidade dos serviços: os estratos mais pobres têm acesso à atenção à saúde de pior

¹ Denominam-se doenças catastróficas a “um conjunto limitado de enfermidades que não apenas matam ou incapacitam, mas também empobrecem àqueles que as sofrem e suas famílias” (TOBAR *et al.*, 2014, p. 13).

qualidade (CECCHINI *et al.*, 2015). Existem grandes iniquidades na prestação de serviços entre subsistemas e entre âmbitos urbanos e rurais (CETRÁNGOLO *et al.*, 2015).

4.2 Ineficiência na utilização dos recursos

Fragmentação e segmentação são apontadas como causas de ineficiência na provisão de serviços de saúde. É a segunda consequência mais citada na literatura revisada – em quase 38% dos documentos – depois da produção de iniquidades (CETRÁNGOLO, 2014; CETRÁNGOLO *et al.*, 2015; GIOVANELLA, 2013; PECHENY, 2014).

Argentina é um dos países de América Latina com maior renda per capita e maior gasto per capita em saúde, cujo gasto total supera 8,5% do PIB (OPS, 2017); no entanto, os resultados não são condizentes com o nível de investimento (IERACE, 2013). Outros países da região destinam menos recursos e conseguem melhores resultados em termos de indicadores básicos de saúde (MESSINA, 2015).

O gasto em saúde na Argentina não é muito mais baixo que o dos países desenvolvidos, existe proteção financeira de saúde para todos e o nível de investimento é elevado, mas a multiplicidade de atores, a fragmentação e as falhas na estrutura de gestão dos recursos afetam a qualidade dos serviços (CALABRIA & ROTTENSCHWEILER, 2015; CETRÁNGOLO, 2014; ARTAZA BARRIOS, 2017). Sistemas de saúde segmentados e fragmentados geram custos de transação e de administração que atentam contra a eficiência: gastos duplicados, financiamentos superpostos, subsídios cruzados, dispersão de esforços (BÁSCOLO & BLEJER, s/d; GIOVANELLA, 2013; PECHENY, 2014).

4.3 Descontinuidade dos cuidados

A segmentação e a fragmentação do sistema de saúde se traduzem em descontinuidade da atenção (CHIARA, 2015) e provocam a dissolução da responsabilidade pelos cuidados da população. Quando um sistema combina vários responsáveis – nenhum deles sendo o principal – e ausência de um plano de divisão de trabalho explícito e coordenado, a tendência é que ninguém seja responsável (TOBAR *et al.*, 2014). No setor público, por exemplo, existem responsabilidades de nível nacional e provincial (CALABRIA & ROTTENSCHWEILER, 2015), sendo dos governos provinciais a maior parte das atribuições na provisão de serviços (BÁSCOLO & BLEJER, s/d). Há problemas de desarticulação na abordagem e no tratamento oferecido às pessoas (BARCALA, 2015). Tais problemas se tornam mais expressivos quando se trata de pacientes com doenças crônicas (LISTOVSKY, 2014).

A informação sanitária está fragmentada em sistemas independentes que pertencem a múltiplas instituições dos três subsistemas, não havendo um padrão único de beneficiários nem historia clínica digital. Essas deficiências na informação sobre os beneficiários também têm consequências negativas para a continuidade dos cuidados (DONATO, 2013).

A descontinuidade da atenção se produz também diante das modificações na inserção laboral das pessoas: quando estão formalmente empregadas, são cobertas pelo subsistema de obras sociais; quando estão desempregadas ou inseridas no mercado informal de trabalho, devem procurar atenção à saúde no subsetor público, que não coordena ações com os outros subsistemas (SOJO, 2017).

4.4 Obstáculos para a implementação da Atenção Primária da Saúde (APS)

Fragmentação e segmentação impõem fortes condicionamentos ao desenvolvimento da APS (OSORIO & ÁLVAREZ, 2013; RÍOS FERREIRA, 2014). São características que se constituem em barreiras para integração da APS na rede de serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2015). Isso porque a segmentação e a fragmentação dificultam a produção de estratégias de intervenção articuladas entre subsistemas (BANG, 2015). A implementação da APS demanda coordenação e cooperação entre as organizações de atenção à saúde, obriga a uma intersetorialidade que rompe com os modelos tradicionais de organização do sistema (CASTRILLO, 2013).

4.5 Dificuldades para a intervenção do Estado, para a produção normativa e a regulamentação do sistema

A segmentação e a fragmentação do sistema de saúde são obstáculos para o fortalecimento do papel da autoridade sanitária (ARTAZA BARRIOS, 2017). Impõem dificuldades para orientar e regulamentar transversalmente o sistema – “passando” por todos os três subsistemas – (ARCE, 2013). No contexto da alta segmentação e fragmentação do sistema de saúde, a produção de estratégias de intervenção articuladas entre subsistemas se torna complexa. É o caso, por exemplo, da Lei Nacional de Saúde Mental, sancionada em 2010, mas com problemas de implementação, entre outras coisas, pela dificuldade de articular os distintos subsistemas em uma estratégia de ação comum (BANG, 2015). A implementação da lei também encontra obstáculos na autonomia das províncias, que opõem resistências para transformar as práticas nos seus âmbitos e estabelecimentos de saúde (CALMELS *et al.*, 2015).

4.6 Reprodução das desigualdades socioeconômicas

Para Pecheny (2014), a segmentação do sistema de saúde traduz, na cobertura e qualidade dos serviços, as desigualdades socioeconômicas e regionais preexistentes na estrutura social. Na medida em que a saúde é uma construção social, se o sistema de saúde é segmentado é porque a estrutura social também é segmentada (ARTAZA BARRIOS, 2017). A segmentação produz uma estratificação no acesso aos serviços que tem um caráter tanto social quanto espacial: “parece existir uma estreita relação entre o nível socioeconômico da população, local de residência, tipo de cobertura e acesso institucional aos serviços e, em definitiva, possibilidades de saúde” (ARTAZA BARRIOS, 2017, p. 25). As múltiplas formas de asseguramento e prestação de serviços refletem brechas na distribuição de renda e desigualdades produzidas no mercado de trabalho (BRONZO & REPETTO, 2015; CECCHINI, 2016; MACEIRA, 2015). Nesse sentido, a segmentação reduz os efeitos redistributivos das políticas sociais.

4.7 Dificuldades de algumas categorias de profissionais da saúde para articular e negociar as demandas por melhores condições de trabalho

Devido à configuração fragmentada e segmentada do sistema de saúde, há fortes contrastes nas condições de trabalho segundo a localização territorial e o subsistema de que se trate. Os trabalhadores do setor têm âmbitos de inserção, condições laborais, regulamentações e representações sindicais heterogêneas em função do subsistema e a jurisdição provincial ou municipal na qual desempenham suas tarefas (ASPIAZU, 2017).

Existem diferenças não só entre os âmbitos público e privado, mas também ao interior dos subsetores. Dentro do subsistema público, a heterogeneidade se vincula às divergências existentes entre jurisdições, por exemplo, em relação aos salários (PEREYRA & MICHA, 2016). No setor privado, as diferenças na inserção laboral estão relacionadas ao tamanho e o capital das empresas, assim como do segmento de mercado (classe social) ao qual oferecem seus serviços (ESQUIVEL & PEREYRA, 2017).

A fragmentação da inserção laboral dos profissionais da saúde, especialmente das categorias mais subordinadas, como a enfermagem, reflete na fragmentação e dispersão da estrutura de representação sindical, fator que dificulta a articulação de demandas, a negociação por melhores condições de trabalho e a obtenção de conquistas em forma homogênea para a totalidade dos trabalhadores da categoria (ASPIAZU, 2017; ESQUIVEL & PEREYRA, 2017; PEREYRA & MICHA, 2016). As negociações são fragmentadas por subsistema (público e privado) e, no setor público, por jurisdição provincial.

O pluriemprego, no marco de um sistema fragmentado e segmentado, implica que os trabalhadores devam, com frequência, responder a empregadores pertencentes a diferentes subsistemas, com consequências para a organização sindical e a defesa de melhores condições de trabalho. Por outra parte, as diferenças jurisdicionais em matéria de salários e condições de emprego favorecem a migração dos trabalhadores. Os profissionais mais qualificados preferem as jurisdições que oferecem melhores condições de remuneração e trabalho, reforçando as iniquidades territoriais. Existe concentração de trabalhadores da saúde nos grandes centros urbanos, atraídos pelas oportunidades de inserção laboral e desenvolvimento profissional (MACEIRA *et al.*, 2015).

4.8 Problemas para o planejamento de ações em saúde

Aspectos da fragmentação do sistema de saúde – como a falta de um padrão de beneficiários, a inexistência de registros unificados sobre a cobertura dos subsistemas, as dificuldades para calcular o total do gasto em saúde e as insuficiências dos sistemas de informação epidemiológica e de vigilância sanitária – trazem problemas para o planejamento em saúde e a tomada de decisões. Há dificuldades para planejar gastos futuros e alocar recursos, na medida em que existem responsabilidades nos níveis nacional e subnacionais (CALABRIA & ROTTENSCHWEILER, 2015).

4.9 Ausência de espaços de socialização interclasses

A segmentação e a fragmentação do sistema de saúde diminuem as possibilidades de encontro das classes sociais em instituições comuns, fator que tende a prejudicar a qualidade dos serviços dirigidos aos setores mais pobres. As políticas universais favorecem a solidariedade interclasses (BRONZO & REPETTO, 2015).

Se a escola e o hospital se transformam em lugares onde apenas os semelhantes se encontram (e por caso os mais pobres), a socialização entre atores de diferentes classes e estratos sociais diminui e se rompe sua capacidade integradora com base em experiências compartilhadas. Processos de fragmentação e segmentação fazem com que os sujeitos fiquem expostos a experiências de socialização que reforçam as tendências ao fechamento social, à estigmatização e à violência (...) (GÜEMES, 2015, p. 445-446).

Outras consequências da segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino achadas na revisão de literatura são: aumento das possibilidades de judicialização (TOBAR *et al.*, 2014; SOJO, 2017), complexidade para a realização de grandes reformas (ARTAZA BARRIOS, 2017), impossibilidade da portabilidade de benefícios (GIOVANELLA, 2013), ineficácia (TOUCEDA *et al.*, s/d), perda de qualidade da atenção, dos serviços (DONATO, 2013; CECCHINI *et al.*, 2015; SOJO, 2017; CANALE *et al.*, 2016a), falta de congruência entre as necessidades da população e a organização dos serviços de saúde (CHIARA, 2015; OPS, 2017), dificuldades para o acesso a serviços de saúde (ORTEGA & ESPÓSITO, 2017; BALLESTEROS, 2015a, 2015b), impacto econômico sobre as instituições financiadoras (TOBAR *et al.*, 2014), insatisfação da população com os serviços (BÁSCOLO & BLEJER, s/d), obstáculos para alcançar cobertura universal de saúde (ARTAZA BARRIOS, 2017), debilidade do poder de negociação com os prestadores (CANALE *et al.*, 2014a, 2016a, 2016b).

Observa-se um número significativo de publicações (27,9%) que apenas constata a presença da segmentação e a fragmentação como atributos ou características do sistema de saúde argentino, sem associá-las a nenhuma consequência ou inferir algum resultado. Por outra parte, foram identificados 106 trabalhos (pouco mais de 72%) que desenvolvem minimamente a questão da segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino, enquanto nos 28% restantes é um dos assuntos principais ou o tema central do documento (apenas em 3,4% dos casos).

Considerações Finais

O objetivo do presente artigo foi apresentar uma revisão sistemática da literatura acadêmica sobre a fragmentação e a segmentação do sistema de saúde argentino, enfatizando nas consequências problemáticas de tais características para a cobertura, acesso, financiamento e qualidade da atenção.

Os resultados da revisão mostram uma variedade de efeitos negativos decorrentes da organização segmentada e fragmentada do sistema de saúde argentino: iniquidades no acesso, cobertura, financiamento, resultados de saúde e qualidade da prestação dos serviços; ineficiência na utilização dos recursos;

descontinuidade dos cuidados; obstáculos para a implementação da Atenção Primária da Saúde (APS); dificuldades para a intervenção do Estado, para a produção normativa e a regulamentação do sistema; reprodução das desigualdades socioeconômicas; dificuldades de algumas categorias de profissionais da saúde para articular e negociar as demandas por melhores condições de trabalho; problemas para o planejamento das ações em saúde; aumento das possibilidades de judicialização; ausência de espaços de socialização interclasses; impossibilidade da portabilidade de benefícios; complexidade para a realização de grandes reformas; ineficácia; perda de qualidade da atenção, dos serviços; falta de congruência entre as necessidades da população e a organização dos serviços de saúde; dificuldades para o acesso a serviços de saúde; impacto econômico sobre as instituições financiadoras; insatisfação da população com os serviços; obstáculos para alcançar cobertura universal de saúde, e debilidade do poder de negociação com os prestadores.

Os resultados desta pesquisa sugerem que vários dos problemas do sistema de saúde relacionados à cobertura, acesso, financiamento, indicadores básicos e qualidade da atenção podem ser resolvidos não necessariamente através da introdução de mais recursos ou do aumento do gasto, mas a partir da reorganização institucional do sistema, da racionalização da sua estrutura e da redução dos níveis de segmentação e fragmentação.

Apesar de estas características serem pontos de pauta obrigatórios em uma agenda de reforma sanitária na Argentina, observa-se que a maior parte dos trabalhos aqui analisados apenas constata a presença destes atributos na organização institucional do sistema de saúde ou desenvolve minimamente esse assunto. As produções que analisam especificamente os problemas associados a essas características e que aprofundam na discussão das estratégias para sua superação são minoria: menos de 4% dos documentos tratam a segmentação e a fragmentação do sistema de saúde argentino como tema principal.

As redes de serviços aparecem com frequência, por exemplo em Chiara (2015), como uma estratégia para diminuir a fragmentação do sistema de saúde, como uma das formas de dar resposta ao problema da falta de integração institucional. No entanto, essas redes geralmente são integradas por instituições, estabelecimentos ou níveis de atenção unicamente do setor público. Em nenhum caso essas alternativas conseguem ligar os subsistemas entre si para uma atuação conjunta e coordenada.

A partir de 2003 foi implementada uma série de programas sanitários que deram maior participação ao Estado nacional – como o Programa de Saúde Sexual e Procriação Responsável, o *Nacer* e o *Sumar* (de saúde materno-infantil e da mulher), o *Remediar* (de distribuição de medicamentos) e a Lei de Prescrição de Medicamentos por Nome Genérico – mas que não mudaram em nada as regras institucionais de funcionamento do sistema. Ainda que estes programas buscassem, entre outros objetivos, diminuir a fragmentação, o certo é que não deixaram de ser estratégias de integração restritas ao setor público.

Autores como Cecchini (2016) apontam que são os usuários os que, finalmente, integram o sistema através de suas práticas. As pessoas não se relacionam com as políticas sociais em forma fragmentada, mas consideram recursos disponíveis tanto no Estado, quanto na família e no mercado na procura de atenção à saúde. Contudo, não cabe às famílias a responsabilidade individual da integração dos serviços. O

desenvolvimento histórico dos sistemas de saúde está vinculado justamente ao reconhecimento do assunto como uma questão de caráter social, cuja resolução é responsabilidade da coletividade.

Referências

- ALONSO, G.; DI COSTA, V. Más allá del principio contributivo: cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2011. **Revista Estudios Sociológicos**. México DF: El Colegio de México, v. XXXIII, n. 97, p. 31-62, ene./ abr. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/598/59844198002.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2018.
- ARCE, H. **Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del siglo XX**. Buenos Aires: Fundación Barceló, 2013. Disponível em: <http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH6ecf.dir/Tesis%20Doctorado%20Arce%20Hugo%20Eduardo.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- ARTAZA BARRIOS, O (Coord.). **Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal**. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2017. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34026/9789507101274_spa.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 jan. 2018.
- ASPIAZU, E. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. **Revista Trabajo y Sociedad**. Santiago del Estero: UNSE, n. 28, p. 11-35, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n28/n28a02.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.
- ATUN, R. *et al.* La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. **MEDICC Review**. V. 17, suplemento, p. S21-S39, 2015. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151j.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.
- BALLESTEROS, MS. Diferentes obstáculos financieros en la consulta con profesionales de la salud en Argentina. **Revista de Salud Pública**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, v. XIX, n. 3, p. 59-68, 2015a. Disponível em: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP15_3_08_art5.pdf. Acesso em: 17 jan. 2018.
- _____. **Evolución y localización geográfica de barreras financieras para el acceso a servicios de salud en el primer nivel de atención del sector público**. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2015b. Disponível em: [http://186.33.221.24/medicamentos//files/InformeFinalBarrerasFinancieras\(2\).pdf](http://186.33.221.24/medicamentos//files/InformeFinalBarrerasFinancieras(2).pdf). Acesso em: 19 jan. 2018.
- _____. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, v. 15, n. 30, p. 234-250, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a16.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2018.
- _____. El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad. **Millcayac: Revista Digital de Ciencias Sociales**. Mendoza: UNCuyo, v. 4, n. 6, p. 169-174, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5898966>. Acesso em: 29 jan. 2018.
- BANG, C. Los profesionales de salud y salud mental en prácticas comunitarias: descubriendo una experiencia participativa de promoción de salud mental en red. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**. Medellín: Universidad de Antioquia, n. 35, suplemento 1, p. S134-S142, 2015. Disponível em: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewFile/19867/18481>. Acesso em: 7 jan. 2018.

BARCALA, A. Salud Mental y niñez en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Articulaciones y tensiones entre las políticas públicas y la legislación vigente. In: CONDE, LL.; BARCALA, A. (Coord.). **Salud mental y niñez en la Argentina**: legislaciones, políticas y prácticas. Buenos Aires: Teseo, 2015. p. 107-131. Disponible em: <http://conferenciabasagiargentina.org/wp-content/uploads/2015/04/Salud-Mental-y-Ni%C3%B1ez-en-la-Argentina.-Barcala-y-Luciani-Conde-1.pdf#page=107>. Acceso em: 19 jan. 2018.

BÁSCOLO, E.; BLEJER, G. Sistema Integrado de Salud en Argentina. s/d. Disponible em: http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/09/Sistema-Integrado-de-Salud-en-Argentina_EB_GB.pdf. Acceso em: 7 jan. 2018.

BELLÓ, M.; BECERRIL-MONTEIKO, V. Sistema de salud en Argentina. **Salud Pública de México**. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 53, suplemento 2, p. s96-s108, 2011. Disponible em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf>. Acceso em: 5 mai. 2017.

BRONZO, C.; REPETTO, F. (Org.). **Coordenação de Políticas Sociais**: Desafios para a Gestão Pública. Madrid: Eurosocietal, 2015. Disponible em: http://sia.eurosocietal-ii.eu/files/docs/1461684875-estudio_18_portugues_final.pdf#page=69. Acceso em: 29 jan. 2018.

CALABRIA, A.; ROTTENSCHWEILER, S. Los desafíos del sistema público de salud en Argentina de cara al futuro: cobertura y financiamiento. **MPRA**. Munich: Paper n. 65524, jul. 2015. Disponible em: https://mpra.ub.uni-muenchen.de/65524/1/MPRA_paper_65524.pdf. Acceso em: 17 jan. 2018.

CALMELS, J. *et al.* (Ed.). **Experiencias en salud mental y derechos humanos**: aportes desde la política pública. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2015. Disponible em: http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/886/salud_mental.pdf?sequence=1. Acceso em: 12 jan. 2018.

CANALE, S. *et al.* Indicadores de consumo y gastos en salud para evaluación de gestión de obras sociales provinciales. **Revista FABICIB**. Santa Fé: UNL, v. 18, p. 135-150, 2014a. Disponible em: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/ojs/index.php/FABICIB/article/viewFile/4851/7423>. Acceso em: 12 jan. 2018.

_____. Gestión de costos en entidades intermedias representativas de sanatorios y clínicas. In: XI Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Económicas, nov. 2014. Santa Fé. **Anais...** Santa Fé: UNL, 2014b. Disponible em: http://www.oossp.com.ar/archivos/pubs/Ponencia%20Gestion%20de%20costos%20entidades%20intermedias%20representativas%20de%20sanatorios%20y%20clinicas%20_2_.pdf. Acceso em: 9 jan. 2018.

_____. Obras sociales provinciales: indicadores de consumo y gasto en atención médica. **Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal**. Santa Fé: UNL, v. 16, n. 26, p. 225-250, 2016a. Disponible em: <http://www.redalyc.org/pdf/3375/337546668008.pdf>. Acceso em: 7 jan. 2018.

_____. Indicadores de gestión para entidades financiadoras: el caso de las obras sociales provinciales. In: XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Económicas, nov. 2016. Santa Fé. **Anais...** Santa Fé: UNL, 2016b. Disponible em: <https://fce.unl.edu.ar/jornadasdeinvestigacion/libro2016/4.pdf>. Acceso em: 17 jan. 2018.

CASTRILLO, MB. **Participación Comunitaria en Salud**: el caso de Berisso. La Plata: UNLP, 2013. Disponible em: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.843/te.843.pdf>. Acceso em: 14 jan. 2018.

CECCHINI, S. Protección social con enfoque de derechos para la América Latina del siglo XXI. **Revista Opera**. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, n. 18, p. 11-33, ene./jun. 2016. Disponible em: <http://www.redalyc.org/pdf/675/67546312003.pdf>. Acceso em: 9 jan. 2018.

CECCHINI, S. *et al.* (Ed.). **Instrumentos de protección social**. Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2015.

Disponível em: https://guzlop-editoras.com/web_des/ineco/proteccionsoc/pld3022.pdf. Acesso em: 7 jan. 2018.

CETRÁNGOLO, O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. **Revista de Economía Política de Buenos Aires**. Buenos Aires: a. 8, v. 13, p. 145-183, 2014. Disponível em: http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf. Acesso em: 19 jan. 2018.

CETRÁNGOLO, O. *et al.* La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. **MEDICC Review**. V. 17, suplemento, p. S68-S72, 2015. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151n.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2018.

CHIARA, M. (Comp.). **Gestión territorial integrada para el sector salud**. Los Polvorines: UNGS, 2015. Disponível em: [http://www.isags-unasul.org/uploads/biblioteca/2/bb\[292\]ling\[2\]anx\[937\].pdf](http://www.isags-unasul.org/uploads/biblioteca/2/bb[292]ling[2]anx[937].pdf). Acesso em: 19 jan. 2018.

DONATO, B. **La Historia Clínica Electrónica centrada en el paciente como componente fundamental para la gestión de un Sistema de Información de Salud**. Buenos Aires: UDESA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.udesa.edu.ar/jspui/bitstream/10908/934/1/%5BP%5D%5BW%5D%20M.%20Ges.%20Donato.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do WelfareState. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006. Acesso em: 30 ago. 2014.

ESQUIVEL, V.; PEREYRA, F. Trabajadoras y trabajadores del cuidado en Argentina. **Revista Trabajo y Sociedad**. Santiago del Estero: UNSE, n. 28, p. 5-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n28/n28a01.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

FIDEL, C; VALENCIA LOMELÍ, E. (Coord.). **(Des)Encuentros entre reformas sociales, salud pobreza y desigualdad en América Latina**. Tomo I. Buenos Aires: CLACSO; Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2012.

GIOVANELLA, L. **Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, ago. 2013.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**. Rio de Janeiro: ISAGS/UNASUR, 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 39, n. 105, p. 300-322, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341748002.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

GÓMEZ SABAÍNI, JC. *et al.* **La evasión contributiva en la protección social de salud y pensiones**. Un análisis para la Argentina, Colombia y el Perú. Santiago: ONU, 2014. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37017/S1420447_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 25 jan. 2018.

GÜEMES, MC. Políticas de bienestar y confianza social. El impacto de las reformas neoliberales en Argentina. In: LEANDRI, RG. *et al.* (Comp.). **Regulación social y regímenes de bienestar en América Latina**. Madrid: Ed. Polifeno, 2015. p. 425-454.

IERACE, V. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Hacia una revalorización. **Epidemiología y Salud**. N. 1, p. 31-34, 2013. Disponível em: <http://www.region6.com.ar/adjuntos/sistema%20integrado%20de%20salud.pdf>. Acesso em:

10 jan. 2018.

LISTOVSKY, G. **Desarrollo de competencias para el fortalecimiento del trabajo en red en el sistema de salud dependiente de la CABA, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud.** Desafíos y oportunidades de la educación permanente en salud. Rosario: UNR, 2014. Disponible em: <http://m.rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/9388/CEI%20-%20MSP%20-%20Tesis%20Listovsky%20c%20Gabriel.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acceso em: 12 jan. 2018.

LOBATO, LVC.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89-120.

MACEIRA, D. **Cadena de Comercialización de Medicamentos.** Incentivos, Tendencias Globales y la Experiencia Argentina. Documento de Trabajo. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad – CEDES, 2015. Disponible em: http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2017/11/Doc_t128.pdf. Accesoem: 29 jan. 2018.

MACEIRA, D. *et al.* **Políticas Diferenciales en el Tratamiento de los Recursos Humanos en Salud en Argentina:** Estructura de Salarios, Incentivos Contractuales y Ambiente Laboral en el Subsistema Público. s/d. 2015. Disponible em: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/06/Maceira-et-al-RRHH-y-remuneraciones-medicos-salud-publica-argentina.pdf>. Accesoem: 25 jan. 2018.

MESSINA, G. **Continuidades y discontinuidades en el régimen de bienestar argentino entre 2003 y 2013.** Documento de Trabajo. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad – CEDES, 2015. Disponible em: <http://www.economicas.uba.ar/wp-content/uploads/2016/02/CEPED-DT-20-Messina.pdf>. Accesoem: 7 jan. 2018.

MONTENEGRO, JL; ROMERO, WV. I. Las reformas de salud en América Latina. **Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento.** León: Universidad Nacional Autónoma de México, v. 2, n. 4, p. 151-162, ago. 2014. Disponible em: <http://www.redalyc.org/pdf/4576/457645126003.pdf>. Accesoem: 19 jan. 2018.

OMS. **Informe sobre la salud en el mundo 2000.** Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud – OMS, 2000. Disponible em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1. Accesoem: 25 jan. 2018.

OPS. **Salud en las Américas 2007.** Volumen I – Regional. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2007.

_____. **Transformando los servicios de salud hacia redes integradas:** elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2017. Disponible em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accesoem: 29 jan. 2018.

ORTEGA, JE; ESPÓSITO, SM. La autonomía del derecho sanitario en la organización institucional de las provincias argentinas. **Cadernos Iberoamericanos de Direito Sanitário.** Brasília: v. 6, n. 2, p. 159-179, abr./jun. 2017. Disponible em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/373/455>. Accesoem: 12 jan. 2018.

OSORIO, AG; ÁLVAREZ, CV. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. **Revista Atención Primaria.** Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, v. 45, n. 7, p. 384-392, 2013. Disponible em: https://ac.els-cdn.com/S0212656713000413/1-s2.0-S0212656713000413_main.pdf?_tid=809e46fe-e48f-482e-86c3-dd375b467fbd&acdnat=1532307427_528df4d09fbd2946489b410a53d38023. Accesoem: 19 jan. 2018.

PECHENY, M. Derechos humanos y sexualidad: Hacia la democratización de los vínculos afectivos en la Argentina. **Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales**. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, n. 3, p. 119-136, 2014. Disponível em: <https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/1054>. Acesso em: 14 jan. 2018.

PEREYRA, F.; MICHA, A. La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. **Revista Salud Colectiva**. Remedios de Escalada: UNLa, v. 12, n. 2, p. 221-238, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n2/221-238/es>. Acesso em: 9 jan. 2018.

PNUD. **El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros**. 1º edición. Buenos Aires: Programa de Naciones unidas para el Desarrollo – PNUD, 2011.

RÍOS FERREIRA, G. **Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur**. Mapeo de la APS en Argentina. Río de Janeiro: ISAGS/UNASUR, 2014. Disponível em: [http://www.isags-unasul.org/uploads/eventos/ev\[328\]ling\[2\]anx\[301\].pdf](http://www.isags-unasul.org/uploads/eventos/ev[328]ling[2]anx[301].pdf). Acesso em: 12 jan. 2018.

ROVERE, M. La salud en Argentina: Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. **Revista electrónica La Esquina del Sur**. May. 2004. Disponível em: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2014.

SOJO, A. **Protección social en América Latina**. La desigualdad en el banquillo. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2017. Disponível em: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1588.pdf. Acesso em: 16 jan. 2018.

STOLKINER, A. *et al.* Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 16, n. 6, p. 2807-2816, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/19.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

TOBAR, F. *et al.* (Coord). **Respuestas a las enfermedades catastróficas**. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2014.

TOUCEDA, MA *et al.* **Salud, Epidemiología y Envejecimiento**. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata/Ministerio de Desarrollo Social, s/d. Disponível em: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-41.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.