

ARTÍCULOS ORIGINALES

SISTEMAS DE SALUD LOCALES: ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE ASEGURAMIENTO Y MECANISMOS DE CONTRATACIÓN Y PAGO EN CÓRDOBA, SALTA Y TUCUMÁN

Local health systems: analysis of the relationship between insurance and contract and payment mechanisms in Cordoba, Salta and Tucuman

DANIEL MACEIRA* **, CINTIA CEJAS*, SOFÍA OLAVIAGA*, ANA MARÍA REYNOSO*, MARTÍN PERALTA**, MARIANA RODRÍGUEZ**, MANUEL CALDERÓN**, CRISTINA SEGAL***, FEDERICO DROLLER**, MARIELA STRUSBERG**

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Los mecanismos de contratación y pago en salud generan un impacto diverso en la cantidad y calidad de los servicios médicos, en la transferencia de riesgo entre actores y en la eficiencia de la utilización de los recursos. **OBJETIVO:** Analizar la estructura del mercado de servicios de salud en las provincias de Córdoba, Salta y Tucumán durante los últimos cinco años. **MÉTODO:** Se consideraron las condiciones socio-económico-sanitarias locales, el marco institucional, la historia de los actores más relevantes del sector y las conductas adquiridas como respuesta a la estructura. La metodología incluyó un mapeo de los actores claves del sector salud cada provincia así como la administración de un cuestionario a una muestra de establecimientos públicos y privados de cada jurisdicción. **RESULTADOS:** Los ministerios de salud provinciales son los principales financiadores del sistema público de salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y las obras sociales provinciales lo son del sistema privado. **CONCLUSIONES:** PAMI tiene una política nacional que lo torna menos flexible para contemplar las particularidades locales, mientras que las obras sociales provinciales se presentan como los actores idiosincrásicos, siendo más permeables a las demandas locales. En la medida en que el PAMI coordine con los ministerios y la obra social provincial, se podría converger a modelos más homogéneos de atención y mecanismos de pago, generando incentivos para una mayor eficiencia en la asignación de recursos y una mayor equidad en salud.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The contracting and payment mechanisms in health generate different impact on the quantity and quality of medical services, the transfer of risk among actors and the efficient use of resources. **OBJECTIVES:** To analyze the market structure of health services in the provinces of Cordoba, Salta and Tucuman during the past five years. We considered the local socio-economic and health conditions, institutional framework, the history of the most relevant actors, and their behaviour in response to the structure. The methodology included a mapping of key actors in the health sector in each province and the administration of a questionnaire to a sample of local public and private health institutions. **RESULTS:** The results show that the provincial ministries of health are the primary funders of the public services and the national insurance for retired people (PAMI) and the provincial social insurances are the primary funders of the private system. **CONCLUSION:** PAMI has a national policy which makes itself less flexible to consider the local particularities, while the provincial social insurances present themselves as idiosyncratic actors, being more receptive to local demands. If PAMI were coordinated with the structure of the local social insurance and the ministries of health, it could be achieved homogeneous models of health care and payment mechanisms, generating incentives for a more efficient resources allocation and equity in health.

PALABRAS CLAVE: Sistemas provinciales de salud - Aseguramiento social - Mecanismos de pago - Transferencia de Riesgo - Contratos

KEY WORDS: Local health systems - Social insurance - Payment mechanisms - Risk transfer - Contracts

* Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC)

** Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

*** Investiga+

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Becas "Carrillo - Oñativá". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

FECHA DE ENVÍO: 11 de Febrero de 2010

FECHA DE APROBACIÓN: 24 de febrero de 2010

CORRESPONDENCIA A:

Daniel Maceira.

E-mail: dmaceira@cippec.org

INTRODUCCIÓN

El sistema de financiamiento y atención de la salud en Argentina se caracteriza por su amplitud en términos de cobertura, segmentación de fondos financiadores, creciente transferencia de riesgo hacia los proveedores y separación entre las funciones de aseguramiento y provisión.

A su vez, la cobertura de servicios de salud se encuentra compartida entre el sector público, el sector de obras sociales nacionales y provinciales y el sector privado, con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social.¹

A partir de este esquema descentralizado, las autoridades sanitarias provinciales, con mayor o menor alineamiento

con el Ministerio nacional, han desarrollado un conjunto de intervenciones sobre aspectos financieros que se extienden desde la formulación de seguros provinciales de salud y la definición de paquetes básicos de servicios, hasta la puesta en práctica de mecanismos de pago relacionados con desempeño, autogestión hospitalaria, convenios con obras sociales y prepagas para incrementar el recupero de costos, etc., mediante mecanismos normativos de definición y seguimiento.

No existe demasiada información acerca de la respuesta institucional del resto de los actores del sector salud, particularmente del subsector privado y de la seguridad social, como tampoco de los instrumentos desarrollados por cada uno de estos (prestadores y financiadores) para transferir o compartir los riesgos epidemiológicos y financieros asociados con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad.

El estudio que se presenta a continuación tuvo como objetivo analizar la estructura del mercado de servicios de salud de los últimos cinco años en tres provincias argentinas: Córdoba, Salta y Tucumán. Para ello, se consideraron las condiciones socio-económico-sanitarias locales, el marco institucional, la historia de los actores más relevantes del sector y las conductas adquiridas como respuesta a la estructura.

MARCO TEÓRICO

Un sistema de salud debería cumplir fundamentalmente con tres objetivos: (i) asignar los recursos de manera eficiente; (ii) brindar servicios de calidad; y (iii) garantizar el acceso equitativo al cuidado de la salud.²

La evidencia empírica ha mostrado que difícilmente puedan cumplirse estos tres objetivos de manera simultánea, especialmente en países de recursos medios y bajos. Asimismo, el grado de alcance de cada uno de estos objetivos depende de la estructura de pagos seleccionada por los diversos actores del sistema.

Los "mecanismos de pago" se refieren a la manera en que el dinero es asignado desde una fuente de recursos, como puede ser una estructura gubernamental o una compañía de seguros, hacia una institución proveedora de servicios de salud (hospital, clínica, laboratorio, farmacia, etc.) o hacia un proveedor individual (médico, enfermera, psicólogo, etc.). La configuración usada para la instrumentación de los mecanismos de pago promueve un conjunto de incentivos en los proveedores que impacta directamente en su comportamiento en términos de la cantidad, calidad y tipos de servicios que se prestan.³

Las respuestas de los proveedores de servicios de salud a las diversas modalidades de pago han sido analizadas en la literatura económica, principalmente a través de la teoría de contratos basada, a su vez, en la denominada teoría de la agencia. La esencia de la teoría de la agencia radica en que un individuo u organización – el principal – contrata a otro individuo u organización – el agente – para que lleve a cabo un conjunto de acciones o sea el responsable de

tomar ciertas decisiones. Sin embargo, existen obstáculos que impiden que dicha relación se desarrolle de la manera deseada por el principal. Esto se atribuye a que los objetivos del agente pueden no estar alineados con los del principal y que entonces, ante un escenario de información asimétrica y monitoreo imperfecto, la parte más informada puede comportarse como oportunista.

La diversidad de actores en el sistema de salud genera que el poder de negociación se presente como condicionante del nivel y la estructura de pagos que finalmente serán empleados en la relación contractual entre ellos. De este modo, el mecanismo de pago es, en parte, producto del poder de negociación de las partes que interactúan en los "mercados de salud".⁴

A su vez, las relaciones en el mercado de salud están condicionadas por los elementos de la oferta (infraestructura, tecnología, información disponible, acceso geográfico, marco legal, condiciones de salubridad) y de la demanda (patrones epidemiológicos y de consumo de servicios de salud, habilidad y capacidad de pago) que definen la conducta de proveedores, pagadores y pacientes.⁵

En este marco, las preguntas de investigación giraron en torno a: (i) la composición y la concentración de la oferta de prestaciones, el grado de competencia y los mecanismos de diferenciación entre los prestadores y las estrategias desarrolladas para con sus principales clientes y financiadores; (ii) las características de las relaciones entre financiadores y prestadores y las particularidades que inciden en el poder de negociación entre ellos; (iii) los contratos y los mecanismos de pago que surgen de la negociación; y (iv) las particularidades del sistema público.

MÉTODO

(i) Se realizó una revisión bibliográfica sobre mercados de servicios de salud y mecanismos de pago. Se recolectó la normativa existente en los sistemas de salud y la información sobre contratos y reglamentos de los actores que integran el sistema. Se reunieron datos sobre indicadores socio-económico-sanitarios y de servicios de salud de las provincias seleccionadas.

(ii) Se realizó un mapeo de los actores de los sistemas de salud locales. Para las provincias seleccionadas, se incluyeron autoridades del ministerio de salud provincial, la obra social provincial, la Unidad de Gestión Local del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), las asociaciones de clínicas y sanatorios, las agrupaciones sanatoriales, los círculos y colegios médicos y otras agrupaciones de profesionales. Se diseñó un cuestionario para orientar las entrevistas en profundidad, con el objetivo de relevar la percepción de los actores sobre las características generales del mercado de salud local, los objetivos y estrategias de financiadores, prestadores y entidades intermedias, la estructura actual del sistema, la existencia de cambios en el tiempo del marco normativo y legal y de los contratos y los mecanismos de pagos a proveedores de servicios y finalmente, el impacto de estos

cambios en la organización interna y el financiamiento de las entidades financiadoras y proveedoras.

(iii) En una tercera etapa, se realizaron encuestas a prestadores del sector público y privado de la salud. Para ello, se seleccionó una muestra de departamentos por provincia, sobre la base de criterios preestablecidos (cantidad de población, indicadores de necesidades insatisfechas y de oferta privada y pública de establecimientos de salud polivalentes con internación). Primero se identificaron los departamentos de mayor población y mayor oferta, luego un departamento que se encontrara en un rango intermedio, y, por último, uno de perfil rural con menor población y oferta institucional. El propósito de la selección fue abordar escenarios que presentasen diferentes realidades sanitarias al interior de cada provincia.

Los establecimientos seleccionados debían ser polivalentes y con internación. Se confeccionó un cuestionario que recogió información sobre datos generales de la institución, indicadores básicos de producción, percepción del entrevistado sobre las características del mercado y la competencia, relación con los financiadores, características de los contratos y mecanismos de pago y organización interna de los prestadores. El cuestionario destinado a prestadores públicos incluía además una sección dedicada a conocer el mecanismo de toma de decisiones de la institución.

(iv) La última etapa consistió en el armado de una base de datos por departamento, provincia y general de las tres jurisdicciones. Para ello se utilizaron paquetes informáticos estadísticos (Stats y SPSS) y tablas dinámicas de Excel.

RESULTADOS

PERCEPCIÓN SOBRE LA COMPETENCIA

El análisis de la competencia presenta a Córdoba como un caso de estructura de mercado de competencia monopolística, con pocos competidores, alta presencia de instituciones líderes y donde la diferenciación vertical de producto es la estrategia elegida. En este contexto, en que cada oferente pretende formar un pequeño monopolio de su producto diferenciado, la infraestructura es el primer criterio para definir la competencia, y la tecnología, el segundo. Ambos son indicadores de calidad percibida tanto para pacientes como para financiadores.

Los pacientes seleccionan un sanatorio a partir de indicadores de calidad y confort, mientras que el precio, la exclusividad y la ubicación geográfica no revisten mucho valor. En cambio, para atraer financiadores, los prestadores priorizan el acceso y el manejo eficiente de recursos.

En Salta, la mayor competencia se presenta entre los prestadores privados de la capital, donde se desarrollan los mayores incentivos para diferenciarse, mediante estrategias distintas a los precios: la reputación, hotelería e infraestructura son los más frecuentes.

Por otra parte, se registró cierta divergencia en cuanto a estrategias para atraer pacientes y financiadores. La capacitación de los recursos humanos, la hotelería y la

incorporación de tecnología, en ese orden, son las estrategias más desarrolladas para atraer a los pacientes. A su vez, la tecnología, la capacitación de los recursos humanos y la hotelería fue el orden de los elementos más valorados para atraer a los financiadores.

Finalmente, los resultados presentan a Tucumán, al igual que Salta, como un caso de estructura de mercado de distrito único, donde la ciudad capital es la fuente primaria de atención para la gran mayoría de la población, dispersándose el concepto de competencia en el interior de la jurisdicción.

En este contexto, caracterizado por un modelo segmentado y un alto número de competidores concentrados geográficamente, el acceso a contratos constituye el primer mecanismo para definir la competencia. A su vez, contrariamente a lo que sucede en Córdoba y Salta, el precio constituye uno de los principales modos de competencia.

En Tucumán, al igual que en Córdoba, los pacientes seleccionan el prestador a partir de la calidad y el confort, y el precio, la exclusividad y la ubicación geográfica no revisten mucho valor.

DISTRIBUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO, CONTRATOS Y MECANISMOS DE PAGO

En Córdoba, el PAMI tiene mayor presencia en el mercado que la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS, la obra social provincial), dado que el porcentaje de financiamiento del primero es mayor para la mayoría de los establecimientos.

La relación entre el número de camas y el porcentaje de intervención del PAMI en el financiamiento de las instituciones presenta una tendencia negativa. Es decir, las instituciones con menor número de camas tienen una mayor participación relativa de PAMI en su financiamiento, lo que sugiere que PAMI privilegia los establecimientos que le permiten el mayor poder de negociación.

En esta provincia, el PAMI es la institución con mayor capacidad para transferir el riesgo aguas abajo, con un 86% de contratos capitados y cerca del 7% de monto fijo. Por su parte, tanto la obra social provincial como las sindicales contratan al 50% de las instituciones bajo el mecanismo de pago por prestación, evidenciando la absorción de riesgo.

En cuanto a las características de los contratos negociados a través de asociaciones intermedias, no se encontraron diferencias significativas entre los establecimientos agrupados y los que no lo están. En general, los establecimientos muestran que sus estrategias de pago y negociación difieren según el financiador, independientemente de que estén agrupados o no y de la asociación a la que pertenezcan.

La mayoría de contratos capitados en el PAMI evidencia su estrategia de transferir el riesgo al prestador. Por su parte, los establecimientos que reciben este riesgo, encuentran en el mercado la oportunidad de acceder a un tipo opuesto de contrato, el de pago por prestación, que

les permite reorientar el riesgo hacia otro financiador. Por ejemplo, los establecimientos que tienen c pitas de PAMI, diversifican su financiamiento con el APROSS, quien les ofrece un esquema por prestación. Por su parte, la estrategia del APROSS ante este comportamiento es transferir parte del riesgo hacia los pacientes a través del cobro de copagos. Este análisis muestra que PAMI detenta un mayor poder de negociación, mientras que APROSS, tal vez por su tendencia a funcionar como un seguro social para la provincia, no lo ejercita.

El poder de los prestadores reside en su habilidad para gobernar los riesgos con una cartera variada de financiadores y no en su capacidad para asociarse con otros establecimientos, ya que los contratos difieren según el financiador y no según su agrupamiento.

En Salta, los resultados indican que la estructura del mercado presenta marcadas diferencias entre la capital y el interior, comprobándose así que los mercados más poblados generan un escenario de mayor competencia entre prestadores con pérdida de poder relativo del competidor principal.

La obra social provincial, el Instituto Provincial de Salud (IPS), es el principal financiador del sector privado en la capital, mientras que el PAMI tiene mayor participación en el interior. Tal como sucede en Córdoba, PAMI contrata clínicas más pequeñas, a las cuales les transfiere el riesgo mediante un pago capitado. En cambio, la obra social provincial contrata prestadores de mayor envergadura en donde el riesgo es compartido entre financiador y prestador mediante pagos por prestación con techo financiero. Finalmente, en el subsistema privado, las obras sociales nacionales aportan cerca del 40% de su financiamiento.

Excepto para la definición de los contratos con el PAMI, las asociaciones de clínicas de la capital y del interior se constituyen en actores relevantes para la negociación de contratos.

En Tucumán, al igual que en Salta, el Subsidio de Salud (obra social provincial), es el principal financiador del sector privado, aunque con mayor diversificación de financiamiento de los establecimientos de la capital que en los del interior (ver Tabla 1). Desde la perspectiva del prestador, los primeros cuentan con una mayor distribución del riesgo y, por lo tanto, mayores posibilidades de negociación.

TABLA 1. Distribución porcentual del financiamiento en los establecimientos privados de Córdoba, Salta y Tucumán

Actores	Córdoba	Salta	Tucumán
PAMI	31,29	18,21	17,81
Obra social provincial	17,35	32,57	38,25
Obras sociales nacionales	28,82	28,79	25,06
Prepagas	11,65	14,36	12,5
Estado provincial	0	0	2,19
Otros	10,89	6,07	4,19

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007)

Las asociaciones intermedias cumplen un papel relevante como intermediarios en la negociación de contratos colectivos. La Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán (ACYST), que reúne al mayor número de establecimientos, posee liderazgo en las negociaciones, con un mayor porcentaje relativo de financiamiento y con mayor incidencia en el tipo de contrato celebrado.

Al igual que en las otras dos provincias, PAMI se concentra en establecimientos de capacidad mediana y pequeña, con el objetivo de negociar los contratos de manera directa y eliminando la intervención de asociaciones intermediarias.

En relación a los mecanismos de contratación y de pago, nuevamente se registran diferencias entre los principales aseguradores. Mientras que PAMI opta por un mecanismo de negociación directa, asociado a la transferencia de riesgo con techo que encierra el mecanismo de c pitas, el Subsidio de Salud opta por contratos intermediados y cuyo modo de pago difiere según el tipo de establecimiento. La heterogeneidad en los criterios de retribución al interior de la obra social provincial sugiere una asociación entre poder de mercado y riesgo compartido para la oferta privada en Tucumán.

Al analizar la estrategia pública, especialmente en lo referente a la descentralización en la toma de decisiones y la capacidad de autogestión hospitalaria, los resultados muestran desafíos pendientes en las tres provincias, en la medida que la definición del presupuesto, las compras, la subcontratación de bienes y servicios y la contratación de personal de planta permanente de los hospitales se encuentra mayoritariamente centralizada en los ministerios provinciales.

Salta se distingue de Córdoba y Tucumán, ya que presenta cierta variedad de sistemas de gestión entre los que se cuentan hospitales altamente centralizados, otros de gestión privada y otros con participación de organizaciones no gubernamentales. En este sentido, el grado de descentralización en la toma de decisiones aumenta a medida que se registra un mayor nivel de autogestión, con la participación de otros financiadores distintos al Estado provincial.

DISCUSIÓN

Los principales resultados del estudio muestran que, de las tres provincias seleccionadas, Córdoba se encuentra sensiblemente mejor posicionada en términos de producto bruto geográfico e índice de desarrollo humano.⁶ En esta provincia hay una mayor dotación de recursos humanos en el área, en cantidad de médicos per cápita, con similar tasa de camas de servicios públicos cada 10.000 habitantes.⁷

En cuanto a la estructura del mercado, los mayores financiadores son el PAMI y las obras sociales provinciales. Se observó un alto poder de negociación del PAMI a través de su mecanismo de pago capitado y de su definición de los contratos directamente con los establecimientos, eliminando la participación de asociaciones intermedias en el proceso.

La presencia de las obras sociales nacionales, si bien es significativa en las tres jurisdicciones, es particularmente importante en Córdoba y Salta.

Tucumán es la única provincia en la cual los precios se ubican entre los principales motivos de competencia por parte de los prestadores. Las características contractuales son relevantes para estimular la competitividad en Tucumán y Córdoba. Las otras características que definen la estrategia de los prestadores son la infraestructura, la reputación y la hotelería. En cambio, en Salta y en Córdoba la competencia se produce por diferenciación de producto.

Los prestadores de las tres provincias logran la redistribución de riesgos diversificando su financiamiento y aprovechando un conjunto de contratos diferenciados entre sí. Esa posibilidad se ve reducida en los distritos más pequeños, donde la dependencia de los prestadores en fondos de aseguramiento es mayor.

No se observaron diferencias significativas de mecanismos de negociación y pago entre establecimientos agrupados y no agrupados. En general, los establecimientos no imponen cláusulas, en tanto que las estrategias de pago y negociación cambian según el financiador.

No existen acuerdos sistemáticos entre los ministerios de salud y las obras sociales provinciales, a pesar de que ambas son de naturaleza pública y cuentan con financiamiento del mismo origen y distribución. En ocasiones, la falta de coordinación impide la liquidación de prestaciones cruzadas, motivando subsidios cruzados no deseados entre ellas.

Finalmente, los resultados avalan la necesidad de profundizar el proceso de descentralización de la toma de decisiones en los hospitales públicos de las tres jurisdicciones.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Considerando la descentralización del sistema sanitario, las autoridades provinciales han desarrollado intervenciones relacionadas con temas financieros mediante mecanismos normativos de definición y seguimiento. Sin embargo, no existe demasiada información acerca de la respuesta institucional del resto de los actores del sector salud, sobre todo del subsector privado y de la seguridad social, como tampoco de los instrumentos desarrollados por cada uno de estos (prestadores y financiadores) para transferir o com-

partir los riesgos epidemiológicos y financieros asociados con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad. Este estudio contribuye a conocer el comportamiento de estos actores y los efectos que sobre ellos operan los diversos mecanismos de pago y contratos.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El estudio revela los mecanismos de contratación e incentivos de los recursos humanos en salud. Se comprobó que en el sector privado, el pago a médicos se hace mayormente por prestación, mientras que en el sector público es por salario fijo. Asimismo, se corrobora el avance del Nuevo Modelo Prestacional de contratación directa del primer nivel de atención del PAMI a través del pago directo de cápitales a los médicos generalistas. En los otros niveles de atención, lo hace directamente a través del establecimiento. En cambio, las obras sociales provinciales tienden a ejecutar pagos por prestación y en muchos casos, vía asociaciones intermedias. Cada mecanismo de pago presenta diferentes impactos en términos de eficiencia, calidad y equidad. En este sentido, los tomadores de decisiones de política sanitaria deben identificar el conjunto de estímulos creados bajo cada mecanismo de pago y decidir los umbrales de calidad, cobertura y eficiencia a ser alcanzados.

RELEVANCIA PARA LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El sistema financiador, desde la perspectiva del número de actores con capacidad de decisión en la definición de contratos y mecanismos de pago, está concentrado en el ámbito público. Sin embargo, su accionar en conjunto no es verificable, obstaculizando la convergencia hacia seguros de salud provinciales.

En la medida en que PAMI logre interpretar las necesidades locales y coordine con la estructura local de la obra social provincial y de los ministerios de salud provinciales, se podría converger a modelos más homogéneos que los actuales en términos de atención y de mecanismos de pago, generando incentivos para una mayor eficiencia en la asignación de recursos y una mayor equidad en salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Maceira D. *Instituciones Sanitarias en un País Federal: las obras sociales provinciales en contexto*. Serie Seminarios Salud y Política Pública, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2003.

² Wouters A. *Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery*. Partnerships for Health Reform. Primers for Policymaking. Bethesda, Maryland, Abt Associates Inc., 1998.

³ Chernichovsky D, Bolotin A y De Leeuw D. *A Fuzzy Logic Approach Toward Solving the Analytic Enigma of Health System Financing*. The

European Journal of Health Economics, 2003; Vol. 4, N° 3. pp. 158 – 175.

⁴ Maceira D. *Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries*. Partnerships for Health Reform. Primers for Policymaking. Bethesda, Maryland, Abt Associates Inc., 1998.

⁵ Maceira D y Poblete C. *Estructura de mercado y mecanismos de pago en salud: experiencias en la provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999*. Desarrollo Económico, vol.43, N° 171, octubre-diciembre 2003.

⁶ Maceira, D. *Crisis Económica, Política Pública y Gasto en Salud: La Experiencia Argentina*. CIPPEC, Buenos Aires, enero 2008.

⁷ Ministerio de Salud de la Nación. *Indicadores Básicos de Salud*, 2007.