

## Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados

### Notes for studying primary care within the context of segmented health systems

Ivani Bursztyn<sup>1</sup>, Rosana Kushnir<sup>2</sup>, Lúgia Giovanella<sup>2</sup>, Alcía Stolkner<sup>3</sup>,  
Luiza Sterman-Heimann<sup>4</sup>, Maria I. Riveros<sup>5</sup> y Ana Sollazzo<sup>6</sup>

1 Faculdade de Medicina. Universidad Federal de Río de Janeiro. Brasil. ivani@iesc.ufrj.br

2 Escuela de Salud Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz. Río de Janeiro, Brasil.  
redsalud@procc.fiocruz.br

3 Universidad de Buenos Aires–Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

4 Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, Brasil

5 Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay

6 Unidad Docente de Administración, Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo, Uruguay

Recibido 10 Agosto 2009/Enviado para Modificación 12 Diciembre 2009/Aceptado 7 Febrero 2010

#### RESUMEN

En este artículo se discute la contribución del concepto de gobernanza, articulado con abordajes más tradicionales de análisis de la APS, en un estudio multicéntrico que involucra Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Teniendo en cuenta la variabilidad de configuraciones y el contexto de segmentación de los sistemas, se pretende comparar las características de la implantación y desempeño de la APS en cada país, entenderlas a partir de los diversos determinantes y, confrontarlas con los modos de gobernanza. Se presentan los contextos de segmentación en los países, caracterizando los diferentes arreglos de los subsectores público, privado y del seguro social. Se discute el concepto de APS abarcadora y su rol potencial para el reordenamiento de los sistemas de salud apuntando a la equidad en el acceso e integralidad del cuidado. En fin, se definen cinco dimensiones para el estudio de la APS: conducción, financiamiento, recursos, integralidad e intersectorialidad. El análisis de gobernanza explicita las relaciones Estado-sociedad y se propone como una herramienta para comprender las relaciones dinámicas entre estas dimensiones.

**Palabras Clave:** Atención Primaria de Salud, investigación sobre servicios de salud, sistemas de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

#### ABSTRACT

This paper discusses the contribution of the concept of governance, combined with traditional approaches to primary health care (PHC) analysis, in a multicentre study covering Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay. Considering health systems' variety of configurations and their segmented context, it aims to compare PHC implementation and performance characteristics in each country so as to

explain them according to different determinants and compare them to governance models. Each country's segmented context is presented, identifying public, private and social insurance sub-sectors' arrangements. The PHC concept and its potential role in reorganizing equity- and access-based health systems are discussed. Five dimensions for PHC study are then defined: stewardship, financing, resources, comprehensiveness and intersectorality. Governance analysis revealed state-society relationships and is thus proposed as a tool for understanding such dimensions' dynamic relationships.

**Key Words:** Primary healthcare, health service research, health system (*source: MeSH, NLM*).

**E**n este artículo se discute la contribución del concepto de gobernanza, articulado con abordajes más tradicionales de análisis de la APS, en un estudio multicéntrico que involucra Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, países en los que la APS asume distintas configuraciones y enfrenta el problema de garantizar la entrega efectiva de servicios de atención primaria de calidad con cobertura universal, equidad e integralidad. Teniendo en cuenta la variabilidad de configuraciones y el contexto de segmentación de los sistemas, se pretende conocer las características de la implantación y desempeño de la APS en cada país, entenderla a partir de los diversos determinantes-históricos, culturales, políticos, económicos y otros- y confrontarla con los modos de gobernanza.

El concepto de gobernanza se ha desarrollado en las dos últimas décadas en América Latina. Las características históricas, políticas, económicas y culturales de cada país determinaron un alto grado de segmentación en la conformación de los sistemas de servicios de salud, generando la coexistencia y/o superposición de sistemas dirigidos a diferentes segmentos de la población. Esto constituye un condicionante estructural de la fragmentación de la provisión de los servicios de salud, que se expresará de distintas formas en su organización y gestión. Se entiende segmentación como "... la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, 'especializados' de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, que están determinados por su ingreso y posición económica. La segmentación se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población" (1). Mientras tanto, la fragmentación se define como la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud (2).

Los procesos recientes de reforma del sector salud en diversos países tienen a la APS como un componente fundamental, lo que lleva a pensar su rol estratégico en el reordenamiento de los sistemas. En contextos segmentados, la adopción de una concepción abarcadora de la APS, requiere una mayor capacidad de conducción del sistema por la autoridad sanitaria, a fin de que pueda cumplir sus funciones regulatorias.

La segmentación de los sistemas de servicios de salud amplía de forma importante el número de instituciones responsables de la provisión del cuidado e involucra a prestadores directos de servicios de distinta naturaleza, muchos de ellos fuera del ámbito público. Esto establece distintos patrones de relaciones entre los actores involucrados, de normas y reglas para compartir las funciones en el interior del sistema (3).

### **Gobernanza como herramienta analítica**

En el campo de la administración y políticas públicas. Su empleo, entretanto, suscita mucha discusión y polémica. En primer lugar, puede parecer un modismo o una expresión o concepto cuyo significado no logró, hasta hoy, una definición consensual. Para algunos autores el concepto de gobernanza está impregnado por valores neoliberales o es una palabra asociada a nociones de cambios y del hacer las cosas correctamente (4).

Entendida como una herramienta para el análisis de políticas públicas, la gobernanza contribuye a comprender los factores que organizan la interacción entre los actores involucrados, las dinámicas de los procesos y las reglas del juego político, en la formulación e implementación de políticas (5). La gobernanza involucra las interacciones entre estructuras, procesos y tradiciones que determinan cómo se ejerce el poder, cómo se toman las decisiones y cómo participan los actores involucrados. En este proceso, los intereses contradictorios interactúan y pueden llevar a acciones de cooperación, o no producirlas.

La gobernanza puede ser analizada a través de las siguientes dimensiones: actores involucrados, normas sociales, puntos nodales y procesos. Los actores involucrados son individuos o grupos. Su acción colectiva, acuerdos y decisiones llevan a la formulación de normas (las reglas del juego), las cuales orientan el comportamiento de los actores involucrados mientras son modificadas por su acción colectiva. La acción colectiva es resultado de las transacciones (conflictivas o cooperativas) entre los actores involucrados,

desde las decisiones tomadas hasta su aplicación. Los puntos nodales son espacios donde la acción tiene lugar (por ejemplo, una mesa de negociaciones, el consejo nacional de salud), donde los procesos, los actores involucrados y las normas convergen para producir efectos en un determinado asunto en debate. Los procesos, por su vez, son sucesiones de estados a través de los cuales la interacción entre los actores involucrados, las normas y los puntos nodales tienen lugar (6). Para el análisis de gobernanza interesan no solamente los aspectos formales sino también todos los procesos, actores y normas informales ubicados en la conformación de la APS abarcadora.

### **Concepción abarcadora de la Atención Primaria en Salud**

La Atención Primaria en Salud (APS) en los países europeos se refiere a los servicios ambulatorios de primer contacto integrantes de un sistema de salud de cobertura universal (7-9), diferente de lo que se observa en América Latina, en los que, frecuentemente, la atención primaria corresponde, desde las primeras experiencias, a los programas selectivos y focalizados en servicios de baja resolución y calidad (10,11). En esta concepción selectiva, la APS atiende a objetivos restringidos y cubre solamente algunas necesidades previamente definidas de grupos poblacionales en extrema pobreza, utilizando recursos de baja densidad tecnológica y sin garantizar el acceso a los niveles secundario y terciario de atención a la salud, lo que resulta en importantes desigualdades entre los estratos de mayor ingreso y gran parte de la población que no dispone de recursos para la compra de servicios en el mercado. En el contexto de las estrategias macroeconómicas de ajustes estructurales de las décadas de 1980/90, el enfoque selectivo de la APS se hizo hegemónico y ha sido fuertemente aconsejado para América Latina por las agencias internacionales (11). Esto se contraponen a los objetivos de la Estrategia Salud Para Todos en el Año 2000 propuesta en Alma Ata, en 1978, que entendía la APS como una atención de salud basada en tecnología apropiada y costo-efectiva, siendo el primer componente de un proceso continuo de atención a la salud, con acceso garantizado a todos los individuos y familias en la comunidad a través de su comprometida participación (12).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) retomaron las discusiones para renovar la APS como estrategia para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados en las Naciones Unidas. Estos enfatizan la necesidad de alcanzar atención universal a través de un enfoque integrado y horizontal para el desarrollo de servicios de salud con orientación de calidad, priorizando la

promoción y prevención, intersectorialidad, participación social y responsabilidad gubernamental. Las propuestas de renovar la APS de la OPS (13) y OMS (14) admiten interpretaciones y su implementación dependerá de la transformación de los principios en prácticas concretas a ser desarrolladas por los gobiernos nacionales y las políticas formuladas e implementadas. Por ejemplo, la existencia de subsistemas dirigidos a distintos segmentos de la población, cada uno operando de forma independiente, con su propia financiación, gestión y organización de los servicios, genera problemas de integración desde una perspectiva global del funcionamiento del sistema (14) y establece complejos patrones de gobernanza.

### **Contextos de sistemas de salud segmentados en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay**

**Argentina** es un país federal constituido por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que además es la Capital de la República. Cada provincia constituye un Estado autónomo que ejerce todo el poder no delegado expresamente a la nación y tiene competencias legislativas en los términos establecidos en sus respectivas Constituciones, en las que de forma expresa manifiestan su adhesión a la República.

En muchos casos, las autonomías provinciales dificultan la implementación uniforme de políticas de Estado que garanticen el derecho de la población a acceder a la salud y la educación, entre otros. Esta situación, sumada a la secuela dejada por las políticas de corte asistencial y focalizado de la década de los 90, conforma un panorama en el que la aplicación de políticas públicas universales se encuentra fragmentada, con grados de desarrollo parciales en términos geográficos y sociales, a menudo incompatibles con elementales criterios de necesidad y equidad.

El sistema de protección social en salud es segmentado en tres subsectores: el estatal, cuya financiación fundamental proviene de recursos del presupuesto de la Nación, provincias y/o municipios; el de obras sociales que se financia con el aporte de los trabajadores y empleadores; y el privado con financiamiento directo de los usuarios. El sistema se caracteriza por la segmentación, fragmentación y heterogeneidad. En la década de 1990, la reforma del sector salud estuvo regida por la tendencia a introducir la competencia mercantil en todos los sectores, incorporó como premisas el principio de auto provisión individual y financiación de la demanda y tendió a la estratificación de los usuarios según la capacidad adquisitiva (15,16). Culminó con un proceso de

descentralización que consistió básicamente en el traspaso a instancias provinciales y/o municipales de establecimientos anteriormente dependientes del Estado Nacional, sin asignación presupuestaria específica. En 2004 empezó una reforma anunciada en el Plan Federal de Salud que plantea un nuevo modelo sanitario basado en redes de atención, reconociendo su base en la APS. La estrategia apunta a asegurar la cobertura de ciudadanos que no la tienen, articulando sistemas y flexibilizándola según necesidades. La APS es asumida como prioridad y las acciones de promoción y prevención deberán tener una asignación creciente de recursos a cargo de los gobiernos locales y plantear un fondo nacional de asistencia a los Centros de Atención Primaria. Las provincias son responsables del sistema de salud y, a pesar de esta reciente Política de Atención Primaria en Salud formulada a nivel nacional, permanecen grandes diferencias entre las provincias y entre los propios municipios de una misma provincia, a más de las diferencias de cobertura con los cotizantes de las Obras Sociales. Desde febrero de 2009 el Programa de Salud Familiar intentó una unificación de diversos programas de APS implementados en concertación entre el Ministerio Nacional, las provincias y municipios. El Estado Nacional intenta recuperar la capacidad de rectoría a través de programas de implementación local a los que se asignan fondos nacionales. También lo intenta en el espacio de concertación que es el COFESA.

**Brasil** es un país federal dividido en 26 Estados (provincias), con 5 564 municipalidades y el Distrito Federal, sede del gobierno.

La reforma del sistema de salud se realizó a partir de la Constitución de 1988, cuando los sub-sistemas públicos del Ministerio de la Salud y de la Seguridad Social fueron unificados en el Sistema Único de Salud (SUS), con la propuesta de redefinición de las atribuciones y responsabilidades de los tres niveles de gobierno. El SUS es financiado con recursos fiscales y en su formulación tuvo por principios la universalidad, la equidad, la integralidad de la prestación del cuidado, la descentralización de funciones hacia los Estados y municipios y la participación popular en la definición de la política de salud en cada nivel de gobierno. La organización de redes de servicios regionalizadas y jerarquizadas fue definida como la estrategia para su constitución. Es el único sistema unificado de América del Sur.

A lo largo de la década de 1990 fue desarrollada una política muy intensa de descentralización de las funciones de provisión del cuidado hacia los niveles municipales. Aunque esa estrategia ha podido extender el acceso a servicios

y acciones de salud a partes significativas de la población que estaban excluidas, también ha originado un grado importante de fragmentación pues no se planteo su articulación con los servicios y niveles de atención más complejos, que algunas veces se encuentran fuera de la gestión del municipio.

La ejecución de los servicios de APS es específicamente una responsabilidad municipal. El Programa de Salud de la Familia (PSF), creado en 1994, se basa en un equipo de salud multiprofesional (médico general, enfermero, auxiliar de enfermería y agente comunitario) que trabaja en un territorio definido con una población adscrita. Se pretende que la unidad de la salud de la familia constituya la puerta de entrada al sistema local, lo que supone la integración a la red de servicios más complejos (17). La implementación de este nuevo modelo asistencial en APS está en ejecución y la estrategia de Salud de la Familia presenta una cobertura del 50 % del total de la población, aproximadamente 94 millones de personas bajo responsabilidad de 30 000 equipos de APS. Sin embargo, enfrenta dificultades para su difusión en los grandes centros urbanos y para su integración con los otros niveles de atención, con importantes diferencias de implementación entre los municipios (18).

Parte de la población brasileña está cubierta por seguros privados de salud, otra vez con gran variación entre las regiones. Este porcentaje presenta una tendencia ascendente, en especial en los grandes centros urbanos. Para la población total de Brasil la cobertura de planes de salud privados fue del 21,1 % en 2008, variando desde el 8 % en la Región Norte hasta el 33,2 % en el Sudeste (19).

Aunque el crecimiento de la cobertura de planes privados conlleva a un cierto grado de segmentación de clientelas, muchas veces el acceso garantizado a estos planes, en especial en la periferia de las regiones metropolitanas, es solamente para un número reducido de consultas ambulatorias y a pocos procedimientos de baja complejidad. Para todo lo demás que sea necesario, los usuarios buscan al SUS, situación que origina relaciones complejas entre el SUS y el subsistema de planes privados (20).

**Paraguay** tiene dos regiones naturales, divididas por el río Paraguay: la región Oriental, con el 39 % del territorio y algo más del 97 % de la población; y la región Occidental o Chaco, con el 61 % del territorio y un poco más del 2 % de la población.

Los subsectores integrantes del sistema de salud incluyen: público (Ministerio de la Salud y Bienestar Social e Instituto de Previsión Social), privado sin fines de lucro, privado con fines de lucro y mixto. Además de una alta segmentación a nivel de proveedores hay una desarticulación de los diferentes subsectores. El MSP y BS desarrollan funciones de rectoría, provisión y financiamiento. El Instituto de Previsión Social y el sector privado desarrollan funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento, pero los segmentos son autónomos y no existe articulación entre ellos. La cobertura de la previsión social abarca al 13,9 % y un 7,7 % están cubiertos por otros tipos de seguros, como individual, familiar, militar, policial (21).

La red de servicios públicos incluye más de 900 establecimientos, con cuatro niveles de atención y siete niveles de complejidad. Las disfuncionalidades existentes en el modelo de atención, gestión y financiamiento, las debilidades de formación y desarrollo de los recursos humanos de salud, así como la inequidad de su distribución y desempeño, el elevado costo de los servicios de atención de la salud para los usuarios y la insuficiente promoción de la salud, impiden que el sistema mejore (2).

La Ley 1032/96 dio las pautas para la descentralización, pero en la práctica no se ha avanzado mucho. En 1998 se realizó una experiencia piloto, de la cual hicieron parte 23 municipios, pero solo 10 implementaron esta modalidad de gestión. Las experiencias desarrolladas fueron convenios aislados sin una valoración oficial integral que permitiera conocer su impacto en una gestión descentralizada. A pesar de contar con marcos legales para la participación social en salud mediante los consejos regionales y locales, su desarrollo ha sido escaso y polémico al incorporar en sus acciones el manejo de recursos financieros. Existen limitaciones en la reglamentación y en la implementación de las leyes. Se reconoce un alto grado de fragmentación de la atención y de restricción de acceso a servicios de APS.

La Política Nacional de Salud 2005-2008 tuvo como pilares: a. Reforma de la salud; b. Promoción de la salud; c. Protección social en salud con financiamiento solidario y aseguramiento; d. Salud ambiental y saneamiento básico, y; e. Desarrollo de los recursos humanos y de la educación permanente. Salvo algunas excepciones, la mayor dificultad del ente rector radica en dar cumplimiento a las políticas y planes que se formulan, asociada a los frecuentes cambios en los niveles de conducción (2).

A partir del 2008, con el cambio gubernamental se inició un proceso de reforma sanitaria para la construcción de un sistema nacional de salud que incorpore efectivamente la Atención Primaria como puerta de entrada y ordenadora de un sistema integral de salud.

El **Uruguay** está dividido administrativamente en 19 Departamentos.

En general, el país posee una importante infraestructura de servicios públicos y privados de diferentes niveles de complejidad, con distribución geográfica extensa y niveles de acceso geográfico aceptables. La atención médica se brinda a través de un grupo de instituciones de distinto origen, con características y objetivos diferentes y con un grado casi inexistente de coordinación, complementación y regionalización. Se constata una superposición de servicios en algunos sectores, coexistiendo con otros sin cobertura, y, asimismo, una falta de adecuación del modelo asistencial a las características epidemiológicas de la población. En su conjunto la oferta del sistema tiene un carácter no integral y medicalizado de la atención a la salud.

El sistema se compone de un subsistema público y un subsistema privado. Son instituciones efectoras que integran el subsistema público: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); Hospital de Clínicas (Universitario); Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas (SSFFAA); Servicio de Sanidad Policial; Servicios Médicos de las 19 Intendencias Municipales; Banco de Previsión Social (BPS); Servicios Médicos de Entes Autónomos y Servicios Descentralizados. Son instituciones efectoras que integran el subsistema privado: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC); Seguros Parciales; Instituciones que brindan atención privada particular; Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE).

Cerca de la mitad de la población está cubierta por el subsistema público -en el cual se destaca la ASSE, con 39,5 % de la población- el 3,5 % no posee cobertura y los demás están cubiertos por el subsistema privado -en el cual se destaca la IAMC, con 40,3 % de la población.

En cuanto al financiamiento, la mitad de los fondos para la salud proviene del sector público, cerca de 32 % corresponden a los seguros privados y lo restante son los gastos de bolsillo. Los gastos son mayores en el sistema privado.

Los problemas relacionados con la segmentación del sistema de salud están en la agenda política a través de una reforma que se comenzó a implementar con la promulgación de la Ley 18 211 del 5 de diciembre de 2007. En la misma se determina el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se crea el Seguro Nacional de Salud y la Junta Nacional de Salud (JUNASA). A través del SNIS se articulan los prestadores de salud públicos y privados. El SNIS se organiza con base en niveles de atención, de acuerdo con la complejidad de las prestaciones, articulados por mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención. La atención primaria en salud es la estrategia global de la reforma. Se entiende por atención primaria en salud el conjunto articulado de acciones dirigidas a las personas, las familias, la comunidad y el medio ambiente, destinados a alcanzar una adecuada calidad de vida, poniendo énfasis en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Este primer nivel de atención desarrolla acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia, y está integrado al segundo y tercer nivel de atención (22). Se pretende llevar a cabo una profunda transformación de la atención a la salud, aplicando la estrategia de APS y la acción intersectorial que permita mejorar sustantivamente la situación de salud de la población y la calidad de vida.

### **Consideraciones para el estudio de la APS**

Se está desarrollando un estudio multicéntrico con el propósito de analizar las posibilidades y limitaciones de implementar la APS como estrategia para la reorganización del sistema de salud de acuerdo con el grado de segmentación/unificación de estos sistemas en el Cono Sur. Los estudios comparativos de sistemas de servicios de salud pueden brindar importantes informaciones acerca de las tendencias predominantes en el escenario internacional; evidencias de formas alternativas de financiar, regular, organizar y prestar servicios; y del impacto, entre otros, de las reformas ocurridas sobre la equidad. Además, pueden contribuir a los procesos de integración regional y en la constitución de bloques geopolíticos y económicos, identificando espacios donde la cooperación es posible y/o necesaria.

Las dimensiones elegidas para el estudio fueran la conducción, el financiamiento, los recursos para la APS, la integralidad y continuidad, y la relación con otros sectores. La dimensión conducción se refiere a la capacidad de formular, organizar y manejar la implementación de la política nacional de

salud, definiendo objetivos y metas factibles. Así como la capacidad de preparar e implementar los planes estratégicos de salud. La dimensión financiamiento se refiere a las modalidades de financiamiento de la atención primaria, las cuales están condicionadas por el modelo de protección social presente en cada país, y su descripción es fundamental para la caracterización de las concepciones de la APS implementadas en cada país. La dimensión recursos para la APS se refiere a la descripción y análisis de la oferta de servicios y recursos humanos, identificándose las instituciones públicas, privadas y de la seguridad social encargadas de la APS, los diferentes proveedores, la población a la que se destinan, la canasta de servicios ofrecida y la cobertura. La dimensión integralidad y continuidad se refiere a la énfasis en la promoción y articulación de las acciones preventivas, curativas de rehabilitación y paliativas en todos los niveles de complejidad. La dimensión relación con otros sectores se refiere a la articulación con otros sectores de políticas públicas en la perspectiva de los determinantes del proceso salud-enfermedad, la interacción con organizaciones comunitarias y los mecanismos de participación social.

El análisis de gobernanza en el estudio no constituye una dimensión aislada, sino que se hace como herramienta para la comprensión de las relaciones dinámicas entre las cinco dimensiones. Proporciona una visión de la relación estado-sociedad que puede estar basada en mecanismos conductores jerárquicos o de redes, incorporación de las redes políticas en el proceso de gobierno o ausencia de la misma; y, el uso de persuasión y liderazgo o de comando y control ♣

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de la Salud para las Américas, 2008-2017. Washington, D.C.; 2007.
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [Internet]. Salud en las Américas. Washington DC, 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/index.html> Consultado: noviembre 2009.
3. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C.; 2008.
4. Frederickson HG. Whatever happened to public administration? Governance, governance everywhere. In: Ferlie E, Lynn Jr LE, Pollitt C. The Oxford Handbook of public management. New York: Oxford University Press; 2005. pp 228-34.
5. Ferlie E, Geraghty KJ. Professionals in Public Service Organizations: implications for public sector reforms. In: Ferlie E, Lynn Jr LE, Pollitt C. The Oxford Handbook of public management. New York: Oxford University Press; 2005. pp 422-445.

6. Hufty M, Bascolo E, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22 suppl: S35-45.
7. Wonca Europe [Internet]. The European definition of general practice/family practice. WONCA: The European Society of General Practice/Family Practice; 2002. Disponible en: [www.medisin.ntnu.no/wonca/](http://www.medisin.ntnu.no/wonca/) Consultado: Enero 2004.
8. Saltman R, Rico A, Boerma W (eds.). Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Care Systems. Berkshire: Open University Press; 2006.
9. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(5)951-964.
10. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
11. World Bank [Internet]. World development report 1993: investing in health. Disponible en: [www-wds.worldbank.org](http://www-wds.worldbank.org) Consultado en Mayo de 2009.
12. Barrenechea JJ, Trujillo E, Chorny A. El proceso SPT/2000 y sus implicaciones para la orientación de la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud. Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia; 1990.
13. OPAS [Internet]. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2005 <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/RenovacionSalud.pdf> Consultado Mayo de 2009.
14. World Health Organization [Internet]. The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_overview\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf) Consultado en Mayo de 2009.
15. Stolkiner A. Descentralización en salud en la Argentina: Estudio de caso. Final Report of the project financed in the 2nd Call of the Small Grants Program of the Network for Health Systems and Services Research in the Southern Cone and IDRC; 1997.
16. Stolkiner A. Neoliberalismo, equidad y salud en la Argentina: estudio de caso. *Annals of the 10th Conference of the International Association of Health Policy*, Perugia, September 23-26; 1998.
17. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
18. Giovanella L [Internet]. Atención Primária à Saúde nos 20 anos do SUS: grandes conquistas, novos desafios. Centro Brasileiro de Estudos sobre Saúde-CEBES. Disponible en: <http://www.cebes.org.br>. Consultado en 02/06/2009.
19. Ministério da Saúde do Brasil [Internet]. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações em Saúde Suplementar. Anstabnet, 2009. Disponible en: <http://www.datasus.gov.br>. <http://anstabnet.ans.gov.br/materia.htm>. Consultado en 27/07/2009.
20. Heimann LS, Ibanhes LC, Renato HLS (orgs). O Público e o Privado na Saúde. São Paulo, Hucitec; 2005. pp173-243.
21. Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Paraguay. Encuesta Permanente de Hogares (EPH); 2007.
22. Muñoz MJ [Internet]. Uruguay Avanza Hacia la Atención Integral en Salud. Disponible en: [http://www.presidencia.gub.uy/\\_WEB/noticias/2006/01/2006011705.htm](http://www.presidencia.gub.uy/_WEB/noticias/2006/01/2006011705.htm). Consultado en 27/10/2009.