

Un análisis del sistema de salud de Argentina

Rachel Faulkenberry

SPAN 4180

28 de Abril 2022

Resumen

Esta revisión literaria es un resumen y análisis del sistema de salud de Argentina. La descripción del país incluye información de su geografía, historia, demografía, y perfil socioeconómico. Describe el modelo de organización del sistema de salud y el proceso de descentralización de la gestión. Provee una descripción de la implementación y objetivos de la reforma del sistema de salud pública. También describe el tiempo de implementación y el impacto de la reforma. Las dimensiones económicas fueron analizadas con respecto a las fuentes e indicadores de ejecución. El desempeño del sistema de salud fue analizado con respecto a los indicadores de cobertura y los indicadores de desempeño, que incluya eficiencia del sistema, eficiencia técnica, eficacia del sistema, y la equidad del sistema. También, hay un resumen de los aspectos más relevantes e importantes del sistema de salud de Argentina, que son los detalles más importantes de la organización y desempeño del sistema. Concluye con recomendaciones de los métodos para mejorar el sistema en el futuro, que sugieran formas de reforma y programas que pueden eliminar algunos de los retos del sistema de Argentina hoy.

Introducción

El propósito de este artículo fue explorar los detalles del sistema de salud de Argentina y comprender su organización y eficacia en general. Argentina, está ubicado en la parte baja de América del Sur. Limita con Chile, Uruguay, Bolivia, Paraguay y Brasil, y es la nación hispanohablante más grande por área con 1,073,500 millas cuadradas (Palacios et. al., 2020). La historia de Argentina comienza con los primeros habitantes nativos que datan de 16500 (Escudero, 2003). A fines del siglo XV, Colón y otros colonos europeos comenzaron a ocupar América del Sur. Bajo el dominio español, el Virreinato del Río de la Plata se estableció en 1776,

lo que contribuyó significativamente al crecimiento y desarrollo de Argentina y los países vecinos, incluidos Uruguay y Paraguay, especialmente en la principal ciudad portuaria de Buenos Aires (Nations Online, n.d.). Pero a medida que España perdió el poder mundial ante las crecientes fuerzas británicas, la revolución de mayo inició una guerra revolucionaria que condujo a la independencia no solo de Argentina, sino también de otros países vecinos (Escudero, 2003). El reconocimiento de la independencia argentina por parte del Reino Unido estuvo marcado por la firma del Tratado de Amistad, Comercio y Navegación en 1825 (Nations Online, n.d.).

La guerra civil siguió poco después de la independencia recién descubierta de Argentina, ya que los partidos políticos contrastantes no estaban de acuerdo sobre cómo se debería administrar el gobierno (Office of the Director of National Intelligence, n.d.). Entre 1860 y 1930, Argentina había experimentado liderazgos presidenciales liberales, conservadores y radicales (Escudero, 2003). También en este tiempo, Argentina experimentó una importante depresión económica y un gran aumento de la corrupción política. (Faletti, 2004)

En 1946 Juan Perón subió al poder e implementó las ideologías del "peronismo", que incluían la censura, el aislacionismo y prácticas que condujeron a la inflación y al daño económico subsiguiente para la población Argentina (Maki, 2006). Este período ha creado disturbios y divisiones políticas a largo plazo de las que Argentina aún se está recuperando en la actualidad (Office of the Director of National Intelligence, n.d.). Este malestar se cultivó en la revolución argentina de 1943, que resultó en el restablecimiento de una democracia que ha residido hasta nuestros días (Abramovich, 2008).

A partir de 2010, Argentina tiene una población de 42,4 millones de personas, compuesta por un 49% de mujeres y un 51% de hombres (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2022). Un tercio de la población total vive en o cerca de Buenos Aires, y el 92% de la población

total vive en áreas metropolitanas. Argentina tiene un porcentaje bastante grande de adultos mayores, que representan el 11% de su población, con solo el 26% de la población menor de 15 años. (WorldBank, n.d.) A menudo considerado un crisol de razas, es un país con más de 6,6 millones de inmigrantes, muchos de los cuales vienen de Paraguay, Bolivia, Chile, Perú e Italia (Argentina, 2021). Los argentinos tienen etnias muy diversas, que incluyen italiano, español, francés y alemán, así como también algunos antecedentes árabes y chinos (WorldBank, n.d.). El Producto Interno Bruto (PIB) de Argentina es de \$158,6 mil millones, con un 8,8% para educación y un 9,6% para atención médica. (United Nations Development Programme [UNDP], 2021) Aunque históricamente la distribución de la riqueza ha sido mucho peor, actualmente el 10% más rico de la población recibe el 29% del ingreso total, mientras que el 10% más pobre recibe el 1,8% (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2022). Su índice de desigualdad es de 0,729 (Argentina, 2021). La pobreza es un problema importante en Argentina, con un 42% de la población por debajo de la línea de pobreza y un 10% viviendo en extrema pobreza sin acceso a necesidades básicas como alimentos y agua potable (Argentina, 2021). Sin embargo, la educación está muy bien implementada, con una tasa de alfabetización del 98% y tasas muy bajas de educación primaria incompleta. (WorldBank, n.d.)

El desarrollo del sistema de salud se puede separar en tiempos anteriores y posteriores a la gran reforma de la salud en la década de 1990. Antes de esta reforma, el sistema de salud estaba separado en diferentes programas gubernamentales, incluidas las Obras Sociales [OS] y el sector público de salud (Habibi et. al., 2001). Los esfuerzos por descentralizar las OS, junto con otros programas, cambiaron significativamente la estructura del sistema de salud y han sido el principal contribuyente a la estructura organizativa de salud actual que Argentina usa hoy. (Faletti, 2004)

El desarrollo de la actual organización del sistema de salud de Argentina comenzó en los 1940s, cuando la industrialización y el desarrollo tecnológico crecían a tasas sin precedentes (Geagea, 2014). Con estos nuevos desarrollos surgió el surgimiento de sindicatos, en los que los trabajadores exigían un trato justo, un pago adecuado y atención sanitaria (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Este nuevo conjunto de intereses colectivos entre la población Argentina condujo al desarrollo de un sistema de seguridad social para sus trabajadores (Abramovich, 2008). Además, las características anteriores del sistema de bienestar seguían siendo el sector de la salud pública, y el crecimiento económico continuo facilitó el desarrollo de un sector privado, a menudo llamado “medicina prepagada” (Geagea, 2014).

El propósito de este artículo científico fue analizar todas las componentes del sistema de salud de Argentina, sus reformas, modelos de descentralización, y su desempeño con base a indicadores seleccionados. Las preguntas de investigación son (1) ¿Cuáles son los componentes y modelo de organización del sistema de salud que Argentina usa? (2) ¿Cómo son los componentes del sistema, y que efectivos son? (3) ¿Cuál es el nivel de desempeño del sistema de salud de Argentina?

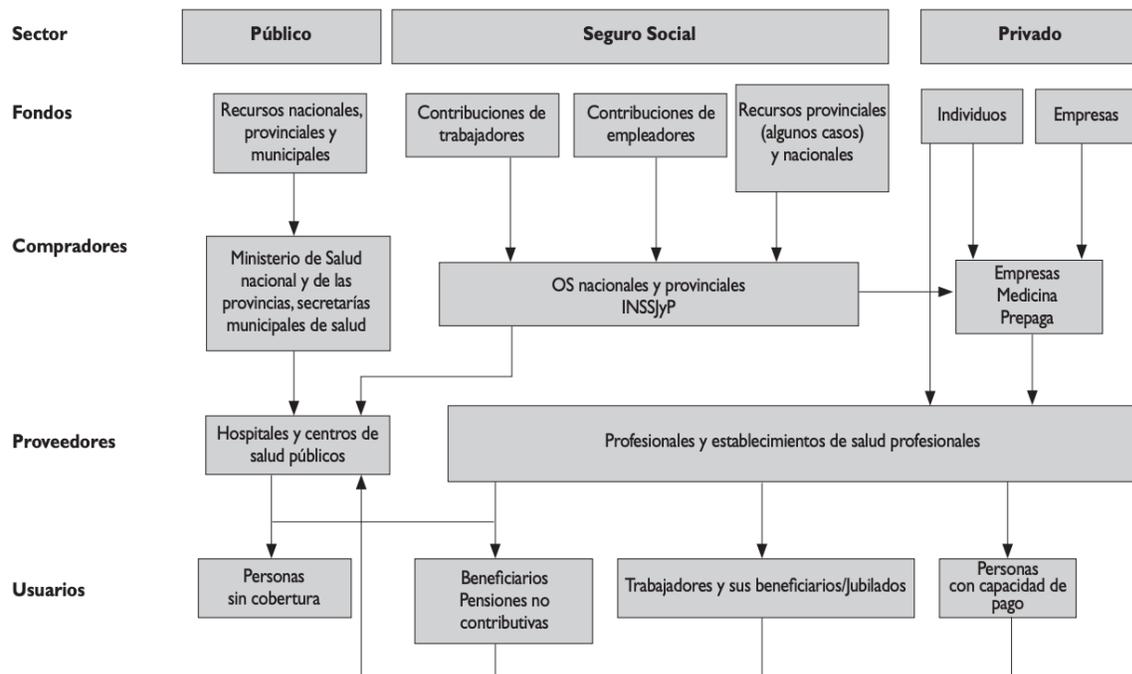
En esta investigación se utilizó información de revistas e informes científicos revisados por pares, además de publicaciones e informes técnicos de organismos gubernamentales e internacionales. Para la información histórica, se utilizaron publicaciones de los últimos veinte años fue considerada para proteger la legitimidad fáctica del informe. El contenido de este artículo incluyó un esbozo del desarrollo de Argentina, un informe actual de su sistema de salud pública y un análisis de su organización y eficacia en su estado actual. Utilizando esta información, en este artículo se consideraron futuras mejoras y reformas que pueden ayudar a satisfacer mejor las necesidades de la población de Argentina.

El modelo de sistema de salud

Argentina utiliza el modelo sanitario de Seguridad Social, con las OS como sistema de seguridad social para la población. Las OS son financiadas por los salarios de empleados, los empleadores, y recursos nacionales. Existen las OS nacionales por los empleados del gobierno, y las OS provinciales por los empleados no gobierno. Las OS proveen cubrimiento por más de 18 millones Argentinos, y es el sector más utilizado. El sector de seguridad social también incluye el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral [INSSJP – PAMI] que provee cobertura para los jubilados del sistema nacional.

El sector público está incorporado en los servicios y administraciones provinciales. Provee servicios de salud para los que no tienen seguro de salud, o los que no pueden pagar por los servicios. Este sector opera en los hospitales y clínicas que son designadas por la aceptación de usuarios. Está financiado por los recursos nacionales y provinciales, y es supervisado por el ministerio de salud. El sector privado existe con la administración de los servicios a ellos que pueden pagar totalmente sin seguro de salud. Ambos individuos y empresas utilizan este sistema, y no reciben insumos de recursos nacionales o provinciales.

Figura 1: Mapa de la organización del sistema de salud de Argentina



(Belló y Becerril-Montekio, 2011)

El proceso de descentralización de la gestión

El siguiente párrafo puede atribuirse a Habibi, et. al. (2001), que explica que el esfuerzo nacional para recaudar recursos comenzó en 1930s, y la primera forma de descentralización se implementó en 1984 con el retorno de la democracia. Este sistema inicial, llamado el Régimen Transitorio de Distribución de Recursos Fiscales, fue una forma de desconcentración en la que se distribuyeron recursos de los recursos nacionales a los niveles provinciales. Sin embargo, esta organización estaba mal regulada y dejaba margen para que se llevarán a cabo muchas desigualdades. Este sistema organizativo se perfeccionó en los siguientes 10 años, y a principios de 1990 se implementó una reforma para transferir mucho más control financiero y

administrativo al nivel provincial. Este nuevo sistema fue una forma de devolución (Habibi, et al., 2001).

Hoy, Argentina usa el modelo de descentralización de devolución. La devolución es un tipo de descentralización que asigna más poder a los gobiernos locales. Este tipo de descentralización existe principalmente en el sector público y en el sector de las seguridades sociales. Dentro del sistema de salud pública de Argentina, los hospitales públicos se financian a través de impuestos y son supervisados por el ministerio de salud. A cada provincia se le ha dado control total sobre su propia gestión de estos hospitales, y el ministerio de salud tiene muy poca participación en la administración de los servicios. (Habibi, et al., 2001) Este modelo permite que cada provincia desarrolle una planificación estratégica para atender mejor las necesidades de su población local. En algunos casos, las provincias que atienden a grandes poblaciones distribuirán energía a municipios individuales. La devolución también se observa en el sistema de seguridad social de Argentina, a través de la gestión de los programas de OS Nacionales (OSN). Hay muchos programas diferentes de OSN, y cada uno de ellos brinda cobertura a un porcentaje bastante pequeño de la población (Rubenstein, et al., 2018). Se clasifican en grupos de empleados de un campo en particular, que pagan una parte de sus ingresos a cambio de un seguro de salud. Un esfuerzo de reforma del cuidado de la salud en 1990 introdujo la opción para que los beneficiarios seleccionen su propio plan OSN. La gestión de cada uno de estos programas está a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud, quien es representante de la oficina del Ministerio de Salud y Bienestar Social. El gobierno supervisa cada OSN individualmente y no colectivamente, lo que ha resultado en una gran fragmentación dentro del sistema de seguridad social de Argentina en su conjunto (Maki, 2006).

La reforma del sistema de salud

La reforma del sistema de salud en Argentina actualmente existe como una colección de leyes introducidas en los años que van desde la década de 1970 hasta la década de 1990 por múltiples organizaciones gubernamentales, incluido el Sistema Nacional Integrado de Salud, la Comisión Nacional de Equidad y el Seguro Nacional de Salud (Palacios et. al., 2020). Según la Organización Panamericana (OPS), cada uno de estos gobiernos introduce leyes con el objetivo colectivo de “garantizar un paquete básico de servicios de salud a toda la población; promover un uso más eficiente de los recursos disponibles; introducir principios de mercado y competencia entre proveedores y pólizas de seguros; fomentar el financiamiento basado en la demanda; y mejorar la calidad de los servicios de salud” (OPS, 2002). Los primeros cambios ocurrieron dentro de OS, lo que les dió a los empleados la capacidad de elegir de qué organización de sistema operativo formar parte, lo que aumentó la competencia entre cada sistema operativo diferente (Maki., 2006). Este cambio también facilitó el desarrollo del Plan Médico Obligatorio [PMO], que es un paquete estandarizado de beneficios ofrecidos a los empleados (World Bank, 2003). Al mismo tiempo, los hospitales públicos vieron una reforma en el método de descentralización, que otorgó más autonomía (Maki, A. W., 2006). Después de la implementación de esta reforma, no ha habido otras revisiones importantes o reestructuraciones, pero solo el objetivo de refinamiento del sistema actual (World Bank, 2003).

Los resultados de esta reforma no lograron su objetivo de mejorar la eficiencia general y la calidad de la atención. La devolución del poder y los recursos dio lugar a una fragmentación extrema, especialmente en el sistema operativo (Geagea, 2014). La descentralización del poder creó brechas en el sistema regulatorio de la administración nacional, lo que facilitó el desarrollo de la inequidad en diferentes regiones y poblaciones (World Bank, 2003). También, la

descentralización en el sector público no promueve acceso por los de bajo estatus socioeconómico (Geagea, 2014). Aunque los cambios en el sector de la seguridad social y el sector de la salud pública permitieron a las provincias individuales abordar mejor las necesidades de su población individual, las reformas crearon nuevas oportunidades para que se arraigaron la inequidad y la ineficiencia, especialmente sin una supervisión nacional adecuada.

Dimensión económica del sistema de salud

La información en el siguiente párrafo acuerdo a Belló y Becerril-Montekio (2011), describe los elementos de la economía del sistema de salud de Argentina. Por el sector público, ambas administraciones centrales y los organismos descentralizados de cada provincia reciben los recursos financieros del presupuesto nacional. La INSSJyP recibe los fondos de presupuestos nacionales y un parte de los salarios de población trabajando. Los OS nacionales y los OS provinciales son financiados con 3% de los salarios de los empleados y 5% de los patrones. También, el Fondo Solidario de Redistribución contribuye a las OS, y opera con la meta de supervisar la administración justa de los fondos. Este fondo funciona para eliminar la diferencia entre las contribuciones de los trabajadores y las necesidades del Programa Médico Obligatorio (PMO), que cubre casi todos los requisitos de tratamiento médico de los usuarios. El sector privado del sistema recibe el financiamiento por los servicios de los usuarios directamente (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

El gasto total en salud como porcentaje del PIB es 9.6 (Pan American Health Organization [PAHO], 2002). En comparación a los gastos de otros países de modelos de organización similares, el porcentaje del PIB del gasto total en salud de Bolivia es 5.2 (Prieto, A.L., & Camilo, C., 2010). El gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud de

Argentina es 49.8 (OECD/The World Bank, 2020). En Bolivia, el gasto correspondiente como porcentaje es 63.5 (WHO, 2020). El gasto per cápita en salud en Argentina es de \$1.385 (PAHO, 2002). Mientras tanto el gasto per cápita en salud de Bolivia es solo \$224 (Prieto, A.L., & Camilo, C., 2010). En general, Argentina destina más recursos fiscales a la salud que otros países similares.

Evaluación del Desempeño del sistema de salud

Cuando se consideran los indicadores de cobertura de los sistemas de salud, la relación de camas de hospital con la población total es una factura importante. Argentina tiene 4.1 camas de cada 1000 habitantes (Belló & Becerril-Montekio, 2011). Este promedio está por encima de la media mundial, con 2.9 camas de cada 1000 habitantes (Argentina Population, n.d.). También, el porcentaje de la población de Argentina afiliada con seguridad social es 63.9 (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2022). Este valor es aún mejor del porcentaje en Bolivia, con una porcentaje de solo 29 (OECD/The World Bank, 2020). Además, el número de médicos por cada 10.000 habitantes es 20,5 (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2022). En comparación, Perú tiene 13 médicos de cada 10.000 habitantes (OECD/The World Bank, 2020).

Los indicadores del desempeño del sistema incluyen los indicadores de la eficiencia del sistema, que demuestran la capacidad del sistema para utilizar los tiempos y recursos con máxima productividad con mínimo desperdicio. La atención primaria es un indicador del nivel de promoción de salud preventiva, y Argentina solo dirige 10% de los recursos fiscales de este sector (World Bank, 2003). También, la eficiencia de utilización de los recursos fiscales puede ser evitante en el porcentaje del presupuesto del hospital gastado en proveedores de personal es 80 (World Bank, 2003). Como resultado, los hospitales no tienen financiación adecuada para los

servicios y los equipos. Además, la tasa de reembolso de la administración nacional a hospitales individuales es extremadamente baja, con un 30% del gasto original que se paga (World Bank, 2003). Esto hace que los hospitales reduzcan los costos y reduzcan la calidad de la atención para hacer cumplir los objetivos (Belló & Becerril-Montekio, 2011). Si este valor estuviera más cerca del 100%, los hospitales podrían obtener recursos financieros con mucha mayor utilidad y eficiencia.

Por los indicadores de la eficiencia técnica del sistema de salud, los proveedores son un sujeto muy relevante. En Argentina, hay 0,7 enfermedades de cada médico, lo que indica que hay más médicos de enfermedades en el sistema (OECD/The World Bank, 2020). En comparación, Bolivia tiene una proporción de 1, y Perú tiene 1.9 enfermedades de cada médico (OECD/The World Bank, 2020). Además, el número de máquinas de tomografía computarizada pueden ser un indicador de eficiencia técnica. Argentina tiene 508, mientras Bolivia solo tiene 68 (WorldBank, n.d.). Incluso con la diferencia de población en mente, Argentina tiene más máquinas por habitante que Bolivia. Si bien Argentina tiene la ventaja en equipamiento médico, carece de personal de proveedores en comparación a otros países similares, lo que demuestra una menor capacidad general de tratamiento y una peor eficiencia técnica.

Los indicadores de eficacia en el sistema de salud dan cuenta de su impacto en la salud de sus usuarios. La esperanza de vida en Argentina es 75,3 años (PAHO, 2002). Este es mayor de la media esperanza de vida mundial, con 72 años (World Health Organization [WHO], 2020). La tasa de mortalidad de Argentina es 7.6 de cada 1000 habitantes (WHO, 2020). En comparación, la tasa es más baja de la tasa de Bolivia con 6,8 muertes por cada 1000 habitantes (Prieto & Camilo, 2010). Además, los años ajustados por discapacidad de Argentina es 12251,9 (WHO,

2022). En comparación a una país similar, este valor es más de la valor de Perú, con solo 1787 años (WHO, 2022).

En consideración de la equidad del sistema, las medidas de resultados en salud desagregadas son importantes para entender los detalles específicos de los resultados de salud de la población de Argentina. Por ejemplo, la tasa de mortalidad ajustada es diferente en cada región del país. Las tres siguientes tasas son del artículo “Dirección de Estadísticas e Información en Salud” (2022). Este valor de Tierra del Fuego es 5,4 de cada 1000 habitantes.. En Buenos Aires, la tasa es mayor, con 6,2 de cada 1000 habitantes. En la región de Chaco, la tasa ajustada es aún más alta, con 7,6 de cada 1000 habitantes (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2022). Es muy claro que hay una falta de equidad en las muertes causadas por Tuberculosis, y estas inconsistencias sugieren que hay una problema fundamental de la equidad del sistema en general.

Análisis

Argentina es una país con riqueza moderada, población diversa, y una histórica turbulento con inestabilidad político (Habibi, et al., 2001). Utiliza una sistema de salud de Seguridad Social, que existe como el programa de OS (World Bank, 2003). OS ofrece cobertura por los empleados de ambas empresas (OS Provinciales) y el estado (OS Nacionales) (Maki, 2006). Los programas son financiados con los salarios de los empleados, contribuciones de los empleadores, y subvenciones del gobierno nacional (Palacios et. al., 2020). También, hay sectores públicos y privados para aquellos que no son usuarios de OS (OECD/The World Bank, 2020). El sistema público está bajo la autoridad del Ministerio de Salud, y está financiado por recursos (impuestos) nacionales y provinciales (Habibi, et al., 2001). Funciona para proveer

cobertura por los minusválidos y los envejecimientos (OPS, 2002). El sistema privado es utilizado por los que no tienen seguridad de salud, o quien utiliza los servicios que no son coberturados de seguridad de salud (Palacios et. al., 2020).

Fue una reforma totalmente del sistema en los 1990s, que reestructuró el sistema e introdujo nuevas formas de descentralización (Maki, 2006). Como resultado, el sector público y las OS reciben más autonomía y un mayor capacidad para tratar con los retos locales (Rubenstein et. al., 2018). En el sector público, la devolución da poder a los programas provinciales de administración, gestión, y planificación estratégica (Habibi, et al., 2001). Además, la reforma transforma las OS, y distribuye a los empleados individuales el poder para elegir su OS programa específico (World Bank, 2003). Junto con esta reforma, el ministerio de salud desarrolló el PMO para estandarizar cada de los OS provinciales (Maki, 2006).

En consideración del desempeño del sistema de salud, la falta de equidad es evidente (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2022). Hay una diferencia distinta entre la calidad del desempeño en lugares rurales y lugares urbanos, como Buenos Aires (Prieto & Camilo, 2010). También, una reta del sistema es el bajo porcentaje de la población afiliada con seguro de salud, que es 63,7 (WHO, 2020). Aunque en comparación es un valor mayor de otros países similares, no es un porcentaje aceptable y crea una fuerte presión sobre el sector público (Belló & Becerril-Montekio, 2011). También, la delegación de los OS a elección pública ha resultado en la fragmentación y discrepancia entre cada de los programas (Rubenstein, 2018). Esta desigualdad contribuye aún más a la falta de eficacia del sistema en general (Belló & Becerril-Montekio, 2011).

Conclusión y recomendaciones

En general, Argentina tiene un sistema de salud que ha experimentado un éxito moderado, y todavía tiene grandes problemas y deficiencias. En años recientes, ha sido la desarrolla de programas para aumentar los valores bajos de cobertura y eficacia nacional. Por ejemplo, el programa SUMAR fue implementado por el World Bank, y funciona para animar la adquisición de seguridad social para los que utilizan el sistema público (Rubenstein, 2018). El progreso hacia este objeto es de alta importancia, porque el porcentaje bajó dando una tensión en el sistema público, y como resultado empeora la calidad de tratamiento para todos los usuarios (Abramovich & Pautassi, 2008). Además, otra meta definida por el Ministerio de Salud, Adofod Rubinstein (2018) es para reducir la fragmentación en los OS. Este objetivo puede ser cumplido con la definición específica de los requisitos de cobertura, y más desarrollo del PMO (Rubinstein, 2018). Finalmente, muchos profesionales y académicos promueven la implementación de una sistema singular para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema total (Novak , 2017). Un efecto aversivo de descentralización en el sistema de salud es la pasar de objetivos sistémicos a objetivos provinciales. Aunque la consideración de los provinciales es valioso, es importante para asegurar que los valores, principios y objetivos nacionales quedan al fundación del sistema (Rubenstein, 2018). Muchos de estos defensores llaman a la superpotencia de servicios de salud a desarrollar métodos más precisos para construir un consenso nacional que evite la fragmentación y promueva el control de calidad a nivel nacional (World Bank, 2003). Si fue un programa para colaboración de todos las partes del sistema de salud, los objetivos comunes pueden definirse mejor para eliminar aún más las diferencias entre cada sector individual en términos de financiación, gestión y administración de servicios (Novak, 2017).

Lista de Referencias

- Abramovich, V., & Pautassi, L. (2008). *Judicial activism in the Argentine health System: Recent Trends*. *Health and Human Rights*, 10(2), 53–65.
- Argentina. (2021). United Nations Development Programme Human Development Reports. Recuperado 31 de Marzo, 2022 de <https://hdr.undp.org/en/countries/profiles/ARG>
- Argentina Population. (n.d.). WorldBank. Recuperado 22 de Febrero, 2022 de <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC?locations=AR>
- Argentine. (n.d.). Nations Online. Recuperado 20 de Marzo, 2022 de <https://www.nationsonline.org/oneworld/argentina.htm#History>
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). *Sistema de Salud de Argentina*. *Salud Pública de Mexico*, 53 Suppl 2, s96–s108.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2022). Argentina.gob. Recuperado 20 de Abril, 2022 de <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis>
- Office of the Director of National Intelligence. (n.d.) *Argentina Declassification Project*. Intel.gov. Recuperado 20 de Abril, 2022 de <https://www.intelligence.gov/argentina-declassification-project/history>
- Escudero, J.C. (2003) *The Health Crisis in Argentina*. *International Journal of Health Services*. 33(1), 129-136. doi:10.2190/0N7G-FH59-XJNB-KX1W
- Geagea, A. (2014). *The Health System in Argentina*. Syndicate of Hospitals. Recuperado 22 de Abril, 2022 de https://www.syndicateofhospitals.org.lb/Content/uploads/SyndicateMagazinePdfs/9637_16-21eng.pdf
- Habibi, N., Huang, C., Miranda, D., Murillo, V., Ranis, G., Sakar, M., & Frances, S. (May

- 2001). Decentralization in Argentina. *Economic Growth Center*.
<https://ssrn.com/abstract=275291>
- Maki, A. W. (2006). Decentralization and Political Participation: Argentina and Chile in Comparative Perspective. *Government and International Relations Honors Papers*.
<http://digitalcommons.conncoll.edu/govhp/2>
- Novick, G. E. (2017). Health Care Organization and delivery in Argentina: A case of fragmentation, inefficiency and inequality. *Health Care Organization and Delivery in Argentina: A Case of Fragmentation, Inefficiency and Inequality*, 8(2), 93–96.
<https://doi.org/10.1111/1758-5899.12267>
- OECD/The World Bank. (2020). Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6089164f-en>
- Organización Panamericana de Salud [OPS]. (2002, February 25). *Profile of the Health Services System Argentina*.
<https://paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health-System-Profile-Argentina-2002.pdf>
- Palacios, A., Espinola, N., & Rojas-Roque, C. (2020). Need and Inequality in the Use of Health Care Services in a Fragmented and Decentralized Health System: Evidence for Argentina. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 67. DOI: 10.1186/s12939-020-01168-6
- Prieto, A.L., & Camilo, C. (2010). *Análisis del Sector Salud de Bolivia*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado 23 de Abril, 2022 de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Analisis-del-sector-salud-de-Bolivia.pdf>
- Rubenstein, A. (May 2018). *Adolfo Rubinstein: Building more effective health care coverage in*

- Argentina*. The BMJ Opinion. Recuperado 20 de Abril, 2022 de <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/05/22/adolfo-rubinstein-building-more-effective-health-care-coverage-in-argentina/>
- Rubinstein, A., Zerbino, M., Cejas, C., & López, A. (2018). *Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform*. *Health Systems & Reform*, 4:3, 203-213, DOI: 10.1080/23288604.2018.1477537
- WorldBank. (2003, July 21). *The Health Sector in Argentina: Current situations and options for improvement*. Open Knowledge Repository. Recuperado 18 de Marzo, 2022 de <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/14634>
- World Health Organization. (2022). *Global Health Estimates: Leading Causes of DALYs*. The Global Health Observatory. Recuperado 21 de Abril, 2022 de <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
- World Health Organization. (2020). *WHO Methods and Data Sources for Life Tables 1990-2019*. Global Health Estimates Technical Paper. Recuperado 15 de Abril, 2022 de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gho2019_life-table-methods.pdf?sfvrsn=c433c229_5

