

El Programa de Médicos Comunitarios: una aproximación desde el enfoque de referenciales de políticas públicas

Autor/es: González Sánchez, Manuela Cecilia - Parceró Paez, Ivana - Tonini Maximiliano

Mesa n°: 19

Pertenencia institucional: Estudiantes avanzados de las carreras de Licenciatura en Sociología y Licenciatura en Ciencia Política de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP)

Correos electrónicos: manuelagonzalezsan@gmail.com - ivippaez@gmail.com - toninimaximiliano@gmail.com

Resumen

El Programa de Médicos Comunitarios puede utilizarse como un ejemplo para entender la ruptura que se generó en los modos de pensar y abordar la salud desde el Estado, a partir del 2003 con el gobierno de Néstor Kirchner, en contraposición al modelo mercantilista y neoliberal propio de los años '90. La implementación del PMC no solo rompe con la concepción de salud tradicional sino que integra un programa nacional que transforma los modos de gestionar la misma, retomando un modelo de salud similar al propuesto por el Dr. Ramón Carrillo.

Frente a este escenario, nos parece interesante analizar el Programa de Médicos Comunitarios y su aplicación en el Municipio de General Pueyrredón, a partir del enfoque cognitivo de referenciales de políticas públicas, propuesto por Jobert y Muller, debido a la utilidad que tiene para visualizar el proceso de transformación del concepto de salud por parte del Estado, en un contexto post crisis económica. Su fuerte impronta relacionada al fortalecimiento del sistema de atención primaria y la integración de una lógica comunitaria, es central para comprender el proceso de ruptura al que hacemos referencia.

Palabras clave: Programa Médicos Comunitarios - Referenciales - Enfoque cognitivo

Introducción

El sistema de salud en Argentina siempre ha sido objeto de debate y estudio en el campo académico, por su complejidad y fragmentación a lo largo de las décadas. Los distintos gobiernos han creado, modificado y eliminado programas en relación a sus proyectos económicos pero también en concordancia con sus representaciones de lo que es la salud, hasta donde el Estado debe garantizarla, y a quiénes.

Con este trabajo nos esforzamos en analizar el Programa de Médicos Comunitarios (de ahora en adelante, PMC) sancionado en el año 2004, de alcance nacional y en articulación con Universidades y con los CAPs; que consiste en generar becas de postgrado sobre salud social y comunitaria para profesionales que trabajen específicamente en la atención primaria de salud. Este programa marca una fuerte impronta de cómo debe ser la línea de desarrollo de los CAPs, en donde se articule fuertemente con la comunidad y se trabaje por la prevención.

Para llevar adelante dicha interpretación utilizaremos como herramienta el enfoque cognitivo de Referenciales de políticas públicas postulado por Jobert y Muller, dado que nos parece sumamente interesante para entender y visualizar el proceso de transformación en la concepción de salud por parte del Estado, en un contexto post crisis económica. De esta manera comenzaremos por sintetizar la situación del sistema de salud en Argentina previa a la creación del programa, para luego indagar cómo fue pensado el problema de la salud que posibilitó la toma de decisión, y finalmente, ver cuál es el lugar del mediador en la construcción del referencial sectorial que permitió el nacimiento de este programa y su puesta en funcionamiento en la ciudad de Mar del Plata.

Antecedentes y situación del sistema de salud en Argentina

Para analizar el surgimiento del Programa de Médicos Comunitarios, es necesario revisar el contexto y la situación del sistema de salud previamente. De esta manera nos preocupamos por caracterizar el modelo neoliberal que se impuso en la Argentina desde el Golpe Militar del '76, su profundización durante la década de los '90; y cómo éste no sólo marcó una forma de gestionar la salud, sino también penetró ideológicamente en el significado de la misma.

Este modelo no se trata únicamente de recetas económicas tendientes a la concentración y acumulación de la riqueza en el marco de la crisis económica del capitalismo mundial. Las privatizaciones y demás medidas son herramientas que sirven a este fin, pero

que marcan un trasfondo ideológico muy importante. Esto repercute en la esfera de salud avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y traspasándolos a la actividad privada. Los gobiernos neoliberales se ocuparon de fragmentar el sistema tanto en la oferta (subsistema público, obras sociales y subsistema privado) como en la demanda (quienes tienen cobertura de salud y quiénes solo acceden al sistema público) Se realizó una descentralización de los hospitales transfiriendo el conflicto a la esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorgó la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

La Emergencia Sanitaria Nacional declarada por decreto en el año 2002, en esta línea, tiene como objetivos garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud, con fundamento en las bases siguientes:

1. Restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas con servicios de internación.
2. Garantizar el suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social.
3. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas.
4. Asegurar a los beneficiarios del “Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados” y del “Sistema Nacional del Seguro de Salud” el acceso a las prestaciones médicas esenciales.

El modelo de acción pública propio del discurso neoliberal, que llevó adelante los recortes anteriormente mencionados, viene de la mano de un marco referencial que interpreta a la salud como un bien de mercado a diferencia de como derecho, cuya línea de demarcación está dada por la presencia o ausencia de enfermedad, en donde se concibe a los médicos como controladores de demanda. Este proceso de mercantilización se apoya en el descreimiento de la intervención estatal. (Tobar, 2011)

El Programa de Médicos Comunitarios

El “Programa de Médicos Comunitarios” (PMC) fue aprobado en 17 de Septiembre del 2004, durante el gobierno de Néstor Carlos Kirchner, en el contexto de la “Emergencia

Sanitaria Nacional” declarada por decreto el 13 de marzo del 2002. El principal impulsor del programa, en el ámbito nacional, fue el Dr. Gines Gonzalez Garcia, Ministro de Salud y Ambiente del gobierno de Duhalde y Kirchner. Este proyecto surge en paralelo a los Centros Integradores Comunitarios (CIC) del Ministerio de Desarrollo Social, que alentaban que los becarios del PMC ingresen a los CIC.

El programa experimentó diferentes cambios, en un principio formó parte de la “Secretaría de Programas Sanitarios” del Ministerio de Salud y Ambiente, y debido a sus excelentes resultados se le integró el “Programa de Salud Familiar” el 2 de febrero del 2009 para luego, en Octubre del mismo año, modificarse en un programa más amplio orientado a la atención primaria llamado “Programa de Médicos Comunitarios, Equipos de salud de primer nivel de atención”. Ese programa duró hasta Octubre del 2016, donde se transformó al “Programa de Equipos Comunitarios - Cobertura Universal de Salud”.

Su objetivo principal consiste en fortalecer el sistema de atención primaria de la salud como política estatal en el marco del Plan Federal de Salud. Frente a este propósito final, se desarrolla una serie de objetivos específicos los cuales comprenden:

1. Fortalecer el servicio de atención primaria a través de la incorporación de nuevos recursos humanos y la formación de los profesionales preexistentes en un sistema de becas basadas de capacitación en atención primaria y en **Salud Social y Comunitaria**.
2. Ampliar la cobertura y calidad de la atención de los CAPS reforzando con recurso humano calificado, a sus equipos de salud.
3. Estimular la **búsqueda y seguimiento de situaciones de vulnerabilidad y riesgo en la comunidad**, por parte del equipo de salud.
4. Promover **actividades de prevención, la promoción de la salud, y la participación de la comunidad** desde el sistema de atención primaria.

Para el cumplimiento de estos objetivos, se propone incorporar 3 mil profesionales de la salud, a partir de becas de apoyo y perfeccionamiento, en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) habilitados por el programa REMEDIAR. Estas becas consisten en la asistencia y participación durante dos años a un “Posgrado en salud social y comunitaria” que se orienta a la atención en centros de salud primaria, el trabajo comunitario y la resolución de problemas locales. El programa otorga becas completas, donde el becario debía realizar veinte horas de trabajo profesional y diez horas de trabajo comunitario basado en el

diagnóstico, la diagramación y la intervención en un territorio, y medias becas que requerían solo de las diez horas trabajo comunitario. Esta estrategia implica Convenios de gestión entre la Nación y las Provincias para acordar perfiles del recurso humano a otorgar las becas, criterios de distribución del mismo, actividades a cumplimentar por ambas partes, seguimiento y monitoreo. Y para la capacitación, convenios con las Universidades, quienes otorgarán el título de postgrado en Salud Social y Comunitaria o el título que resulte reconocido conforme las gestiones que realice cada Universidad ante la CONEAU.

Implementación en Mar del Plata-Batán

Como podemos observar, el Programa de Médicos Comunitarios es un programa nacional y, comprende la mayor parte de la complejidad burocrática que es el Estado, tal como resalta el texto “Introducción a la Administración Pública en la Argentina” de Horacio Cao. Por lo tanto, se requirió una relación de trabajo entre los municipios para su implementación, y Mar del Plata nos sirve de ejemplo para la visualización de su implementación.

En el caso del Municipio de General Pueyrredón, la relación entre la Municipalidad con el Ministerio de Salud y Ambiente era directa, ya que los centros de atención primaria de provincias como Córdoba o Buenos Aires dependen de la administración municipal (Cao, 2007). Esto permitió el financiamiento directo desde el Ministerio al Municipio. En esta localidad, el PMC se implementó en el 2004, pocos meses después de su aplicación nacional, a partir de la decisión de Alejandro Gari, como secretario de Salud del Municipio. Más allá, de que el programa nacional se modificó para presentar a las provincias como ente regulador del programa, y que de esa forma se dé una triangulación de responsabilidades, en la localidad se mantuvo la relación directa con el ministerio nacional. Nuestro informante clave, que resultó ser el referente local del programa, cumplía el rol de intermediar entre ambos ministerios. De esta forma se realizaron satisfactoriamente y con grandes resultados diez cohortes en la localidad. Como saldo, se logró la incorporación de casi la totalidad de los becarios a la planta del sistema de atención primaria, distribuido en los Centros de Atención Primaria de la Salud.

En la localidad planteada, la coordinación con las Universidades, para la formación de los becarios, constaba de un convenio entre la Municipalidad de General Pueyrredón y la

Universidad Nacional de Buenos Aires. Los profesionales encargados de dar los contenidos se acercaban a la ciudad cada 15 días para continuar con sus estudios de posgrado y realizar las actividades teóricas y prácticas. La Universidad Nacional de Mar del Plata recibió peticiones para participar del programa pero nunca mostró interés en formar parte.

En el 2015, a partir del cambio de gobierno municipal, el director de salud el Dr. Blanco no renovó el convenio y se interrumpió la décima cohorte. Desde la línea nacional, el programa también fue interrumpido. Se limitaron las localidades donde se realizaba el proyecto con la idea de potenciar los lugares donde funciona la Cobertura Universal de Salud (CUS).

El caso del PMC desde una perspectiva de Referenciales

Muller define que hay una política pública cuando “una autoridad política local o nacional, busca a través de un programa de acción coordinado, modificar el ámbito cultural, social o económico, de actores sociales considerados dentro de una lógica sectorial” (Muller, 2000.) Es decir, cuando desde la acción pública se busca mediar entre distintos sectores. El objeto por el cual se diseñan, es frenar o acelerar la transformación de un sector a cargo (en este caso es el sector salud) poniéndolo en diálogo en una relación global-sectorial (RGS) De esta manera el autor hace referencia a tres procesos para analizar esto:

- Una tentativa a manejar la posición, el rol y la función del sector considerado en relación a otros sectores o a la sociedad global
- La construcción de un referencial de la política pública, que designe las normas e imágenes de referencia en función de los cuales se definen los criterios de intervención del Estado y los objetivos de la política pública
- La identificación de un mediador, que es el actor clave ya que se encarga de elaborar o transformar los marcos referenciales.

A la luz de esto analizaremos el proceso de creación y decisión del PMC identificando principalmente el mediador, los referenciales que dieron origen al programa, y el proceso de transacción global-sectorial.

a) El referencial Salud

El referencial está compuesto por un conjunto de normas prescriptivas que dan sentido a un programa político al definir criterios de selección y modos de designación de objetivos. Es un proceso cognitivo que consiste en entender lo real limitando su complejidad. La elaboración del referencial de una política pública conlleva un doble proceso de decodificación y recodificación de lo real. De esta manera, podemos pensar al referencial como nuevo marco intelectual que permite captar y entender los cambios en las políticas públicas

El marco referencial de una política pública se puede entender en dos dimensiones:

1. **Referencial global.** Representación general alrededor de la cual van a ordenarse y jerarquizarse las diferentes representaciones sectoriales. Conjunto de valores fundamentales que constituyen creencias básicas de sociedad. (Neoliberalismo/ mercado =/ Estado social/Derecho)
2. **Referencial sectorial.** Delimita fronteras del sector. Esta representación es la que se impone como imagen de referencia para la política pública correspondiente, en la medida en que ella genera elementos de articulación entre lo global y lo sectorial.

Basándonos en estos conceptos que nos introducen al enfoque propuesto, comenzaremos por caracterizar la transformación del referencial global, y cómo éste marcó la modificación del referencial sectorial, enfocado en la salud y más específicamente en la Atención Primaria de Salud (APS).

Como dijimos antes, un cambio de referencial significa una **modificación del conjunto de normas prescriptivas que dan sentido a un programa político, tanto en la percepción del problema como en la definición de las soluciones apropiadas**. A través del referencial se definen los criterios de selección y los modos de designación de objetivos (Muller). En este proceso, la figura del **mediador** es clave puesto que es quien se encarga de elaborar el referencial, y ocupa una posición estratégica en el momento de la decisión de una política pública. De esta manera, una política de salud implica la definición de ésta como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito, en dónde se juegan valores, intereses e ideologías. En resumen, definir políticas de salud es decidir qué rol desempeñará el Estado (Tobar, 2001)

A partir del gobierno de Néstor Kirchner (2003 - 2007) *-período que podemos entender como una ruptura con el neoliberalismo-* se llevó adelante un fuerte proceso de transformación del referencial global, orientado a crear nuevas imágenes de referencia que modifiquen la percepción de los actores, y sus esquemas de acción en diferentes ámbitos. A

finés analíticos llamaremos **referencial global mercado** al conjunto de valores y representaciones que imperaron durante los gobiernos neoliberales y **referencial global de derecho** a las ideas que se impusieron a partir de 2003 desde el gobierno de Néstor Kirchner. Veremos cómo estas definiciones hacen a lo que denominaremos referencial sectorial salud en el modo de concebirla como tal, de pensar el rol del estado con respecto a ella, y hasta dónde debe llegar la atención primaria.

El referencial global Mercado, impuesto y fundado en las ideas neoliberales se centra principalmente en la creencia de que se debe achicar el Estado lo más posible, reduciéndolo únicamente a tareas de seguridad policial, sistema judicial y seguridad nacional (Malamud, 2007). De esta manera las privatizaciones y la concentración económica pasó a ser política de Estado afectando a varias esferas. A partir de la reforma del Estado emprendida por Néstor Kirchner, tendiente a romper con las políticas neoliberales para superar la crisis que azotó al país en el año 2001, identificamos que existe una ruptura en el referencial imperante, que se transforma a lo que denominamos el referencial global de Derecho. Éste se funda en los valores que le otorgan una centralidad al Estado como interventor para resolver los problemas públicos, en lugar de dejarlos en las manos del mercado.

De esta manera, el nuevo gobierno, que se encargó de modificar el marco referencial global para poder así emprender esta reforma del Estado, entendiéndolo como sujeto activo en la resolución de los problemas sociales, vislumbró la necesidad de interceder de manera más activa en las políticas que tienen que ver con el sistema de salud (recordemos que en este período aún se encontraba vigente la Emergencia Sanitaria Nacional) a través del Ministerio de Salud de la Nación que estaba a cargo del Dr. Gines González García

Es así como se impulsaron diferentes políticas, enmarcadas en las modificaciones del referencial sectorial salud, realizado por el equipo que se encargaba del Ministerio (quienes identificamos como actor mediador), transformando su faceta mercantilizadora que entiende a la salud meramente como “ausencia de enfermedad”, para convertirla en un **derecho**, en donde se deben tener en cuenta otros factores, como el contexto sociocultural y las particularidades propias de cada territorio. Un derecho implica, por un lado, una acción del Estado que debe garantizarlo para que se pueda ejercer y una acción activa desde la ciudadanía (la comunidad), que efectivamente lo ejerza.

La idea que promueve este nuevo referencial es que *“este derecho de la salud, en realidad, se ejerce y se construye entre ciudadanía y Estado, y en algún punto, forma parte de un derecho y un deber tanto para el Estado como para la comunidad”* (Rossen, 2007) El objetivo del Programa Médicos Comunitarios es fortalecer la formación de los equipos del

primer nivel de atención, en donde se apunte a ofrecer herramientas para abordar la complejidad de lo social, teniendo en cuenta que la salud tiene una multiplicidad de determinantes. La idea es que esto apunte a mejorar la calidad y la accesibilidad de la atención y los servicios de los centros de atención primaria, ampliar la cobertura, el seguimiento de las situaciones más vulnerables, afianzar todas las actividades de promoción y prevención, revirtiendo la lógica de un modelo asistencialista y plantear que se puede trabajar con las personas antes de que la enfermedad suceda, con una construcción conjunta de una lógica distinta de lo que pueda pasar en cada área problemática o en cada barrio. Estos objetivos específicos del programa, derivan claramente de la construcción del nuevo referencial Derecho, y la posterior transformación de las representaciones sobre la salud y la APS que este cambio conlleva.

A continuación sintetizamos los cambios generados en los referenciales y cómo estos delinearon líneas de acción que dieron nacimiento al PMC en un cuadro comparativo realizado por nosotros. (Cuadro 1)

Modo en que los Referenciales globales modifican referenciales sectoriales
Cuadro 1

Ref. Global Ref. Sectorial	MERCADO	DERECHO
SALUD	- Bien/Servicio - Ausencia de Enfermedad	- Derecho - Multiplicidad de factores
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	CURAR Equipo de Médicos Relación asimétrica	PREVENIR Equipo interdisciplinar Diagnóstico en comunidad

b) La relación global sectorial

Retomando a Muller, la RGS es el objeto de las políticas públicas y la variable clave que determinará las condiciones de elaboración de la política. Por lo tanto, según el lugar que ocupe la salud y la atención primaria, específicamente, se elaborará determinada política

pública teniendo en cuenta como ésta modificará la relación con otros sectores. De este modo podemos entender la PMC en relación directa con tres sectores: el espectro de profesionales que trabajaban previamente en los CAPs, las Universidades que brindaban la parte teórica de la formación y los territorios en los que el programa estaba inserto y se realizaba la parte práctica en relación a la comunidad. Para llevar adelante este análisis nos basaremos principalmente en los testimonios brindados por el Director del Área de Salud Social y Comunitaria del Municipio de Gral. Pueyrredón, perteneciente a la Secretaría de Salud; quién estuvo a cargo de este programa –entre otros- en los períodos en los que funcionó en la ciudad de Mar del Plata¹, y en el artículo de Rossen, quien trabajó en el programa.²

En principio el cambio de referencial tanto global (Derecho) como sectorial (Salud y APS) implicó un cambio en el rol de los profesionales insertos en los CAPs, puesto que se implementaron equipos interdisciplinarios (conformados por médicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, etc), lo cual ya es toda una definición con respecto a los modos de trabajar y de tratar a los “pacientes”; y en segunda medida porque los diagnósticos y los modos de abordar las problemáticas debían dejar de centrarse en la figura asimétrica del médico para tener en cuenta la participación de la comunidad, y los problemas planteados “desde la base”. Esto generó discusiones y conflictos ya que si bien los módulos de formación teórica propiciaban esta línea de trabajo y tendían a intentar cambiar el paradigma asistencialista, es más difícil penetrar en las representaciones históricas de los actores de un momento para otro. Si bien en algunos puntos del país donde funcionaba el programa esto era un problema, en Mar del Plata no se dio de manera tan drástica, y los resultados fueron los esperados.

Con respecto a las Universidades, en este caso la UBA, la RGS permitió nuevas discusiones teóricas en torno al rol de la APS hacia adentro de las disciplinas, aunque se tratara de un postgrado destinado a profesionales interesados en la Salud Social y Comunitaria, y no de una reforma en los planes de estudios que permitiera una penetración más profunda de los nuevos marcos referenciales.

1 El PMC funcionó en Mar del Plata desde el año 2004, año en que se creó, hasta el 2016, cuando en el cambio de gestión, el flamante Secretario de Salud, Blanco, decidió no renovar el convenio. Mientras el programa tuvo vigencia, nuestro entrevistado funcionó como el coordinador central, tomando las tareas de coordinación con la UBA (Universidad con la que existía el convenio), con los CAPs habilitados, y con los becarios. También fue el decisor de incorporar a la planta de trabajadores a todos los profesionales que pasaron por el programa y responsable de revisar que los contenidos promulgados por el Ministerio a través de los módulos de formación se transmitan de la manera correcta.

2 Directora de Promoción y Protección de la Salud. Coordinadora Nacional del Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Finalmente, en lo que tiene que ver con los territorios, en palabras de Mariela Rossen

“Nosotros hicimos una línea de base al comenzar el programa, que ahora volvimos a medir y estamos procesando los resultados. Apuntamos -y creemos que lo estamos logrando a partir de estos primeros resultados-, a mejorar la cobertura, la eficiencia, la accesibilidad y a fortalecer la participación comunitaria, con el objetivo final de lograr una mayor equidad en salud; estar donde más se necesita y donde más diferencias hay.”

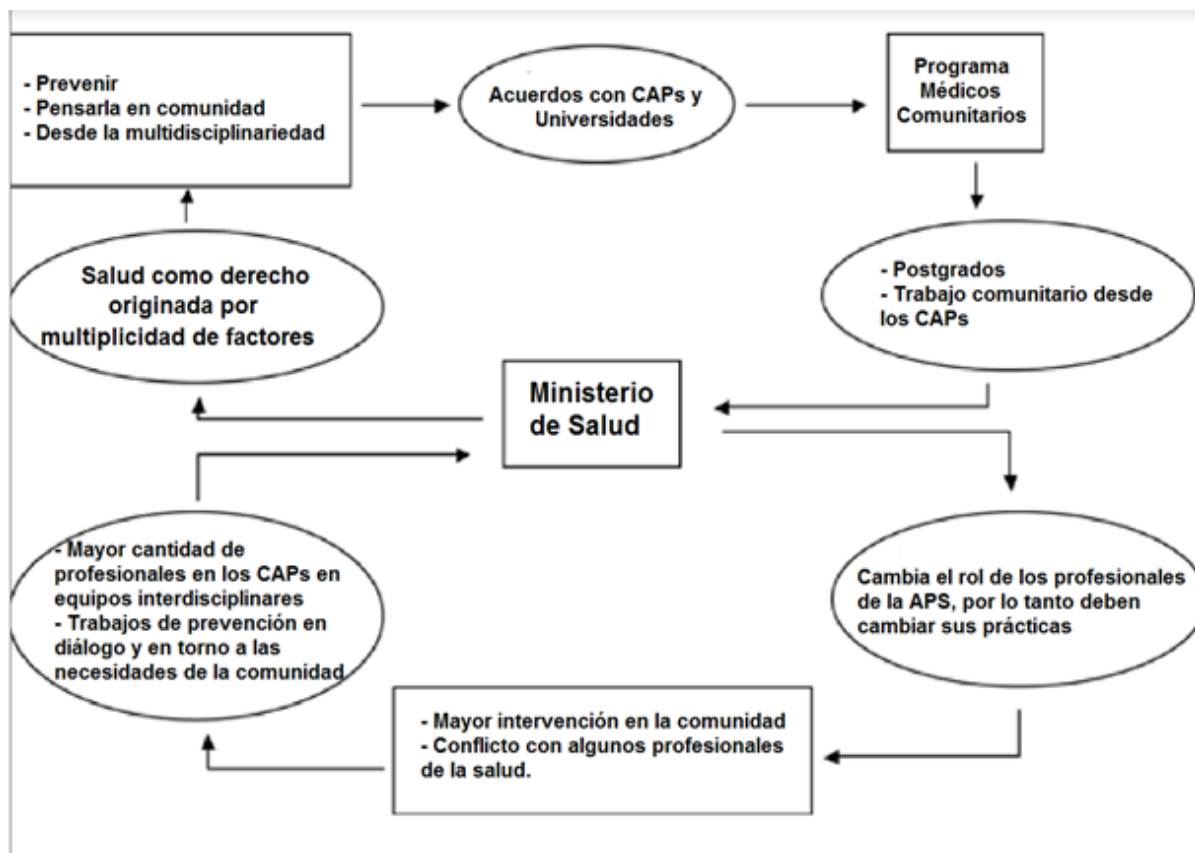
La relación sectorial entre la APS y el territorio se da desde la interacción y la participación, que puede ser en distintos niveles. Estos son (de más bajo a más alto):

- El nivel más bajo de participación, que se da cuando los habitantes del territorio se acercan al CAPs por, por ejemplo una charla que brindan ahí.
- Cuando la comunidad se acerca para consultar algo en específico.
- Cuando el equipo de salud delega una tarea en un miembro de la comunidad.
- El momento en que la participación comunitaria influencia una gestión, o influye en una toma de decisión.
- Autogestión de un programa.

De esta manera, la RGS vista desde estas tres dimensiones (APS en relación a los profesionales, las Universidades y los territorios) generó las condiciones y el terreno perfecto para llevar adelante el programa de Médicos Comunitarios, en el marco de los referenciales creados por el mediador, que en este caso es el Ministerio de Salud de la Nación. En el Cuadro 2 podemos ver la síntesis de este proceso.

Cuadro 2

El Programa de Médicos Comunitarios, analizado desde el modelo de Referenciales



Reflexiones finales

El Programa de Médicos Comunitarios puede tomarse como un hito que simboliza el paso de un marco referencial de salud propio del discurso neoliberal, a una nueva manera de conceptualizarla, y por ende, de actuar en consecuencia a través de la acción pública. Es decir, el programa busca desde su origen y fundamentación, la transformación del paradigma vigente en el ámbito de la salud, formando a sus becarios con una impronta social y comunitaria que había quedado en el olvido, a causa de la mercantilización de los servicios promovida por los gobiernos neoliberales y de la globalización.

El enfoque que elegimos nos permitió entender a las políticas públicas como acciones por parte del Estado para satisfacer las demandas implícitas o explícitas que ejerce la población, entendiendo que con la construcción del referencial, se busca generar un cambio de paradigma que se adapte a los constantes cambios propios de un contexto de

globalización, y que de esa manera modifique las representaciones de los actores sobre su propia realidad.

Entendemos que existen múltiples actores e intereses que guían a las políticas públicas y a la administración estatal en sí misma. Por este motivo consideramos que el enfoque de referenciales resultó un recurso útil, debido a la forma en que abordamos el problema y la etapa del proceso que nos interesaba desarrollar, para comprender con mayor precisión el lugar del Ministerio en todo esto como mediador, y su tarea de decodificación y recodificación en la construcción de la política. Sin embargo, para próximos trabajos nos gustaría profundizar en la implementación específica en la ciudad de Mar del Plata.

Referencias Bibliográficas

- CAO, H. (2007). “Introducción a la Administración Pública Argentina. Nación, Provincias y Municipios”, (coord.). Buenos Aires, editorial Biblos.
- Malamud, A. (2007). “Estado”, en Aznar L. y De Luca, M. (eds), Política. Cuestiones y Problemas, 2da edición. Buenos Aires, Emecé, pp. 83-110.
- Muller, P. (2000). “Las políticas públicas”, Bogotá, Universidad de externado, Colombia. 1º parte, pp. 38-51, 73-82 y 85-100.
- Rossen, M. (2007). “El Programa Médicos Comunitarios, una propuesta para la construcción de salud con la comunidad”. En Daverio, D., Ereñu, N. & Vinocur, E. (comps), Tercer Congreso de Atención Primaria de la Salud. Ciudad de Buenos Aires : Participación Comunitaria y Problemáticas Sociales Complejas, 1º ed. Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud – OPS. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2007.
- Tobar, F. (2001). “Breve historia de la prestación del servicio de salud en Argentina”. Artículo proveído por la cátedra.
- Tobar, F.; Olaviaga, S. & Solano, R. (2011). “Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino”. Documento de políticas públicas, análisis n° 99.
- Resolución N° 915/2004. Ministerio de Salud y Ambiente. Buenos Aires, Argentina. 13 de Septiembre 2004.
- Resolución N°118/2009. Ministerio de Salud. Buenos Aires, Argentina. 10 de febrero 2009

- Resolución N°439/2011. Ministerio de Salud. Buenos Aires, Argentina. 12 de Abril 2011
- Resolución N° 1653-E/2016. Ministerio de Salud. Buenos Aires, Argentina. 3 de Octubre 2016.