

# Los Recursos Humanos en el proceso de integración MERCOSUR-Salud

Por Sebastián Tobar

Coordinador Nacional Alterno del Subgrupo de Trabajo N° 11 Salud del MERCOSUR y de las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados por la República Argentina.

## Síntesis

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el proceso de integración regional en salud del MERCOSUR, el proceso de armonización de normativa en el marco del Subgrupo de Trabajo N°11-Salud, deteniéndose específicamente en lo relacionado a los recursos humanos del sector salud. En este sentido, se pretende señalar, el modelo de gestión de este subgrupo de trabajo, profundizando los temas y logros que se han concretado en la Subcomisión de Ejercicio y Desarrollo Profesional del SGT N°11 – Salud.

La Salud Pública se encuentra ante una encrucijada por la confluencia de dos megatendencias: la descentralización y la globalización. Ambas pueden estar generando respuestas contrapuestas.

Si bien se ha difundido la consigna “pensar global y actuar local”, algunos de los desafíos sanitarios probablemente requieran un esfuerzo contrario, de “pensar local y actuar global”. Los procesos descentralizadores involucraron a la gran mayoría de los sistemas de salud, en especial de la región latinoamericana, incentivando lecturas de la situación de salud como problemas locales.

Desde la teoría fiscal, se ha justificado a la descentralización sosteniendo que la provisión de bienes sociales, como los servicios de salud, deben garantizarse en la unidad territorial y gubernamental capaz de sustentarlos financieramente<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Musgrove y Musgrove señalan que la descentralización “...debe plantearse en la unidad territorial y gubernamental capaz de sustentarlo financieramente”. MUSGROVE, Richard & MUSGROVE, Peggy (1983). Hacienda Pública: Teórica y Aplicada. Madrid. McGraw-Hill. Quinta edición.

Los problemas de salud comienzan a ser fragmentados de forma regional y local, facilitando en muchos casos, la obtención de respuestas adecuadas a las necesidades particulares de cada lugar pero otras veces generando ineficiencias sistémicas como la duplicación de algunos esfuerzos y la ausencia de otros.

La globalización acentúa los desafíos así como las necesidades de mancomunar esfuerzos internacionales para reducir riesgos y aprovechar oportunidades sanitarias. La globalización está cambiando la naturaleza de las necesidades en salud, así como el tipo de intervenciones adecuadas para satisfacerlas.

Además de los problemas locales, las comunidades en general y los sistemas de salud, en particular, deben afrontar la transferencia internacional de riesgos para la salud. En un informe del Instituto de Medicina de EE.UU. se afirma que “las distinciones entre los problemas de salud domésticos e internacionales están perdiendo utilidad y con frecuencia generan confusión”<sup>2</sup>. El control de la transferencia internacional de riesgos y de los daños que se asocia a ella rebasa la capacidad de los gobiernos nacionales para proteger a sus poblaciones.

Las nuevas amenazas sanitarias vinculadas o potenciadas por la globalización se manifiestan, no sólo a través de enfermedades infectocontagiosas, sino por la propagación de estilos de vida poco saludables o que involucran conductas de riesgo. Ejemplo de esto es que la mayor incidencia de obesidad y diabetes en edades cada vez tempranas se asocia con un modelo alimenticio y sedentario propagado y construido desde la *mass media*. Otro riesgo de la globalización es que aunque no hay dos sistemas de salud iguales, se tienden a estandarizar las respuestas. Por ejemplo: hay al menos cinco países propiciando Seguros Materno Infantiles Universales (copiando el SUMI de Bolivia) con el mismo conjunto garantizado de prestaciones (CGP), con transferencias a los gobiernos provinciales y locales, orientados por similares criterios trazadores. Esto lleva a que se priorice la reducción de la malaria en países que la erradicaron o que se asuma como objetivo incorporar aborígenes al seguro en países donde casi no los hay.

Asimismo, otro efecto de la globalización es el surgimiento de instrumentos como los Objetivos del Milenio (ODM) donde se omiten enfermedades de trascendencia para la región, como el Mal de Chagas, y se generalizan y se ponen las mismas metas a regiones con realidades epidemiológicas diferentes.

Por un lado, cuando se trata de problemas de salud que trascien-

den las fronteras, las respuestas aisladas son ineficaces. Por el otro, habría pérdidas de economías de escala a nivel nacional, (más aún a nivel local) para enfrentar ciertos problemas sanitarios, como el combate a determinadas epidemias y pandemias. En este contexto, es posible afirmar que **las condiciones más apropiadas para afrontar los problemas de salud internacional se consiguen a escala regional y subregional**. En esta dirección, está consolidándose el proceso de integración general y de integración en salud en toda la Región: Caribe, Región Andina y MERCOSUR.

## El Proceso de Integración

Como señala Sánchez, (2007)<sup>3</sup> la historia de la integración es antigua en América Latina. Pueden encontrarse referencia a ella desde las ideas federales y panamericanistas de varios de los héroes de la independencia en el siglo XIX, que se vieron frustradas por la constitución de los Estados Nacionales

La mencionada autora plantea que en el siglo XX, se han creado varias estructuras orientadas a la integración política y económica, entre las que podemos mencionar:

- **OEA:** con una vocación de integración política y que cuenta con 35 países miembros
- **ALALC:** con el objetivo de constituir una zona de libre comercio, integrada por 11 países.
- **ALADI:** integrada por 12 países y cuenta como instrumentos de integración con los acuerdos de alcance parcial, los acuerdos regionales, entre los últimos la preferencia arancelaria regional.
- **COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES:** que tiene como objetivo la integración en el desarrollo, propiciando la sustitución de importaciones y a partir de 1993 constituyendo una zona de libre comercio, con un arancel externo común
- **OPS:** en el ámbito del sector salud.

A los fines del presente trabajo, entendemos a la integración como un proceso progresivo y dinámico. La palabra integración tiene sus orígenes en el latín, **integratio-onis**, que según el Diccionario de la Real Academia Española significa acción y efecto de integrar o integrarse, constituir las partes de un todo, unirse a un grupo para formar parte de él<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Ver Institute of Medicine. América vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy and advancing our interest. Washington. National Academy Press, 1997.

<sup>3</sup> SANCHEZ. Delia M. Procesos de Integración en Salud: Una Reflexión sobre los Desafíos del MERCOSUR en Salud. En Cadernos de Saúde Pública Reports in Public Health. Volumen 23 Suplemento 2: Año 2007. Integración Regional de Políticas de Salud. Página S155.

<sup>4</sup> La integración podría suponer la conexión, coherencia o algún nexo de relación entre partes, suponiendo la superación de fronteras o intensificación de conexiones físicas.

Consideramos a este proceso de integración como de cálculo de riesgo beneficio, deliberado (voluntario), que puede tener algunos matices de solidaridad, gradual y progresivo, entre dos o más Estados sobre un plan de acción común en aspectos económicos, sociales, políticos, etcétera

La pregunta sería: **¿Cómo se constituye en salud este deseo o voluntad de los Estados partes de pasar a formar una comunidad más amplia, implicando incluso, llegar a ceder parte de su soberanía?**

La primera respuesta sería mediante la coacción o amenaza de uso de la fuerza. De hecho se podría decir que no se conoce que esto ocurra sin hegemonía de algún país sobre otro<sup>5</sup>.

La segunda es mediante la formación de una comunidad política, valores e intereses compartidos, una situación a la que se llega por medio de la interacción de la autoridad sanitaria de los Estados partes, de sus técnicos y de mecanismos de consenso<sup>6</sup>.

Es posible afirmar que los procesos de integración se han iniciado por medio de acercamientos económicos y según la agenda internacional de seguridad, pero lentamente y dependiendo del proceso, la agenda va incorporando e incluyendo nuevos temas de las áreas sociales, culturales, jurídicas y hasta políticas de los países<sup>7</sup>. Veamos ahora, cómo se ha iniciado este proceso de integración en el MERCOSUR y cuáles han sido los ámbitos específicos para los temas sanitarios.

## El surgimiento del MERCOSUR

El 26 de Marzo de 1991, se firma el Tratado de Asunción, que crea el Mercado Común del Sur con la participación de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Los cuatro países comparten una comunión de valores, dentro de los cuales se pueden mencionar:

- La democracia pluralista;
- La defensa de las libertades fundamentales y de los derechos humanos;
- La protección del ambiente;
- El desarrollo sustentable, entre otros.

Este Tratado consagra la integración de los Estados Partes, a través de la libre circulación de bienes, servicios factores productivos; el establecimiento de un arancel externo y la adopción de una política comercial común, la coordinación de las políticas macroeconómicas y sectoriales y la armonización de las legislaciones.

Es posible afirmar, que la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos es una de las metas fundamentales que guía este proceso de integración y que para su efectiva implementación, requiere de la armonización de las normativas y legislaciones.

Algunos factores como la heterogeneidad socio económica o las asimetrías entre los sistemas de salud, han obstaculizado esta libre circulación.

A menudo, la crítica que se formula al Tratado de Asunción, es que engloba a los recursos humanos dentro de estos factores productivos, resaltando aspectos económicos, antes que considerar a los trabajadores como personas mismas<sup>8</sup>.

Una de las consecuencias más expresivas del Tratado de Asunción ha sido la expansión del comercio intrazona y el dinamismo de las negociaciones económicas en la región. Los intercambios entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay pasaron de US\$ 5.100 millones en 1991 a más de US\$ 18.500 millones en 1997. Para ver los avances del MERCOSUR en salud es necesario tener en consideración que el propósito es avanzar hacia la constitución de un Mercado Común. Esto supone que se debería constituir una unión aduanera y la posibilidad de la libre circulación de bienes, personas, servicios y capitales sin discriminación ni obstáculos, por tanto, se establece la libre circulación de los factores productivos.

El Proceso de integración en el marco del MERCOSUR no supone un avance lineal, sino que plantea marchas y contramarchas donde a menudo surgen conflictos por parte de sus socios y cuestionamientos de su utilidad y capacidad de resolver conflictos<sup>9</sup>.

A fines de garantizar la libre circulación de los factores productivos, el MERCOSUR adoptó la práctica de negociar la armonización de las legislaciones de sus Estados parte a fin de contar con

<sup>5</sup> Si se observa el proceso de integración de la Unión Europea ha sido liderado bajo la hegemonía de países que por medio de la persuasión o de incentivos han conseguido que se sumen al proyecto Comunitario.

<sup>6</sup> Es posible afirmar que la construcción de esta Comunidad política, de valores e intereses compartidos en el MERCOSUR avanza mucho más lento de lo que debería para ser funcional al proceso de integración

<sup>7</sup> Este proceso de integración requiere como condición necesaria contextos de estabilidad política y estabilidad a nivel internacional y de políticas macroeconómicas de los países. En tal sentido, podemos observar que a pesar de ser uno de las ideas sustantivas la del arancel único, esto no se aplica en la actualidad.

<sup>8</sup> Como resultado de esta crítica se ha señalado que el MERCOSUR carece de una dimensión social.

<sup>9</sup> A menudo, para entender este proceso de integración, se recurre al análisis y paralelismo con la Unión Europea, corriendo el riesgo de simplificar las características propias y los contextos sociales y económicos de los países que integran cada bloque.

reglas de juego unificadas que allanen el camino a la constitución de un mercado común.

## El MERCOSUR en el Sector Salud

En la estructura institucional del MERCOSUR, existen dos foros, que tienen a la salud como principal objeto de trabajo:

- **La Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR** dependiente del Consejo del Mercado Común, que depende del Consejo Mercado Común
- **El SGT N°11-Salud** dependiente del Grupo Mercado Común

Las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR han sido creadas con la función de “proponer al Consejo del Mercado Común medidas tendientes a la coordinación de políticas en el área de la salud del MERCOSUR. Su objetivo principal es priorizar en forma conjunta temas de política de salud y su armonización hacia el futuro, planteando soluciones compartidas o acciones promotoras de políticas de salud, en las áreas que los Ministros prioricen. Este es un foro que actúa sobre la dimensión de la política de salud apuntando a armonizarla.

Si bien mencionamos las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR, a los fines del presente trabajo, nos situaremos en el otro foro, de carácter más técnico, que es el **SGT N°11 Salud**. El SGT N°11 es uno de los 15 Subgrupos de Trabajo que dependen del Grupo Mercado Común- GMC<sup>10</sup> para el cumplimiento de su cometido. Los mismos son: 1) Comunicación, 2) Aspectos Institucionales, 3) Reglamentos Técnicos y Evaluación de la Conformidad, 4) Asuntos Financieros, 5) Transporte, 6) Medio Ambiente, 7) Industria, 8) Agricultura, 9) Energía, 10) Asuntos Laborales, Empleo y Seguridad Social, 11) Salud, 12) Inversiones, 13) Comercio Electrónico, 14) Seguimiento de la Coyuntura Económica y Comercial y 15) Minería. En el Gráfico a continuación es posible ver los la complejidad de la estructura institucional del MERCOSUR y ver la dependencia de los Subgrupos de Trabajo.

El gráfico 1 pone en evidencia la complejidad de la estructura institucional del MERCOSUR.

El subgrupo de Trabajo N°11 –Salud es un órgano técnico de carácter deliberativo que centraliza el tratamiento de cuestiones referidas a la armonización de las legislaciones nacionales en materia de salud y la compatibilización de los sistemas de control sanitario entre las partes.

### ¿Cuál sería la principal labor de este Subgrupo de Trabajo?

La principal tarea es la de armonizar parámetros de calidad de bienes, servicios y factores productos el área salud, así como los mecanismos de control sanitario de los Estados parte a los fines de eliminar obstáculos técnicos al comercio y lograr el fortalecimiento de la integración regional.

- Para concretar esta tarea, el SGT N° 11 se plantea, la siguiente Pauta de Acción:
- Armonizar/ Compatibilizar legislaciones en el área de salud a fin de favorecer el proceso de integración, con la premisa de remover obstáculos a los flujos de comercio intra MERCOSUR.
- Compatibilizar los sistemas de Control Sanitario de los Estados parte, de forma de asegurar el reconocimiento mutuo en el ámbito del MERCOSUR.
- Define la relación con otras instancias del MERCOSUR, buscando la integración y complementación de acciones.
- Propone los procedimientos de organización de información referente al área de la salud entre los Estados parte.
- Promueve la integración de Sistemas y Estructuras Nacionales, referentes a la mejora de la calidad y seguridad de los productos y servicios, y como consecuencia, la disminución de los **“riesgos a la salud”**

Veamos brevemente, el Organigrama o configuración organizacional de este Subgrupo de Trabajo.

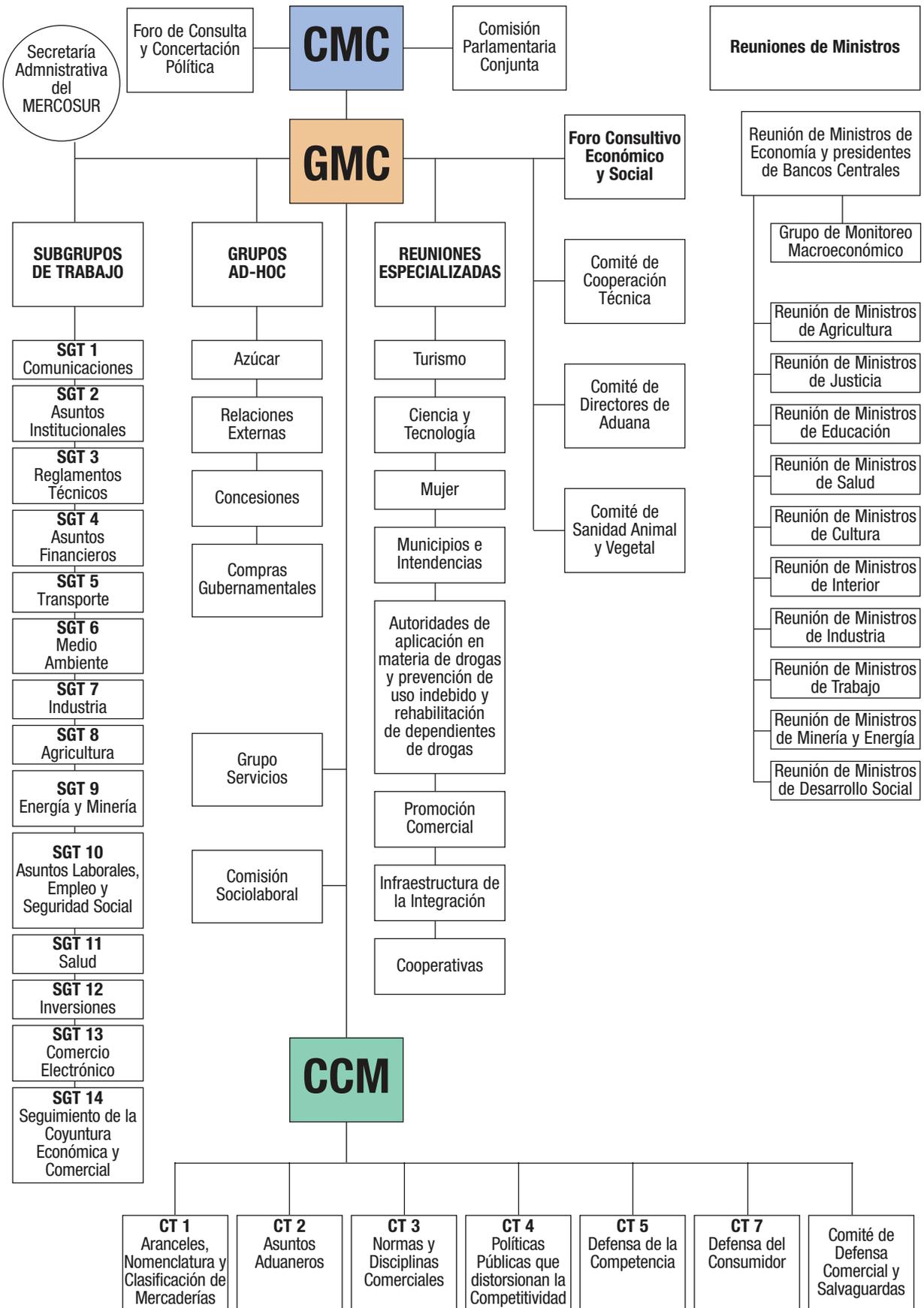
Es posible señalar, que a partir de la pauta de acción que mencionamos con anterioridad, se busca fortalecer la dimensión social de la integración, trascendiendo los aspectos exclusivamente comerciales y económicos.

Cuando se armoniza una norma, la misma responde a la necesidad de esta libre circulación de bienes, servicios o factores productivos, pero sobre la base de resguardar a la salud pública, preservar a la ciudadanía o garantizarle atributos de calidad considerados aceptables.

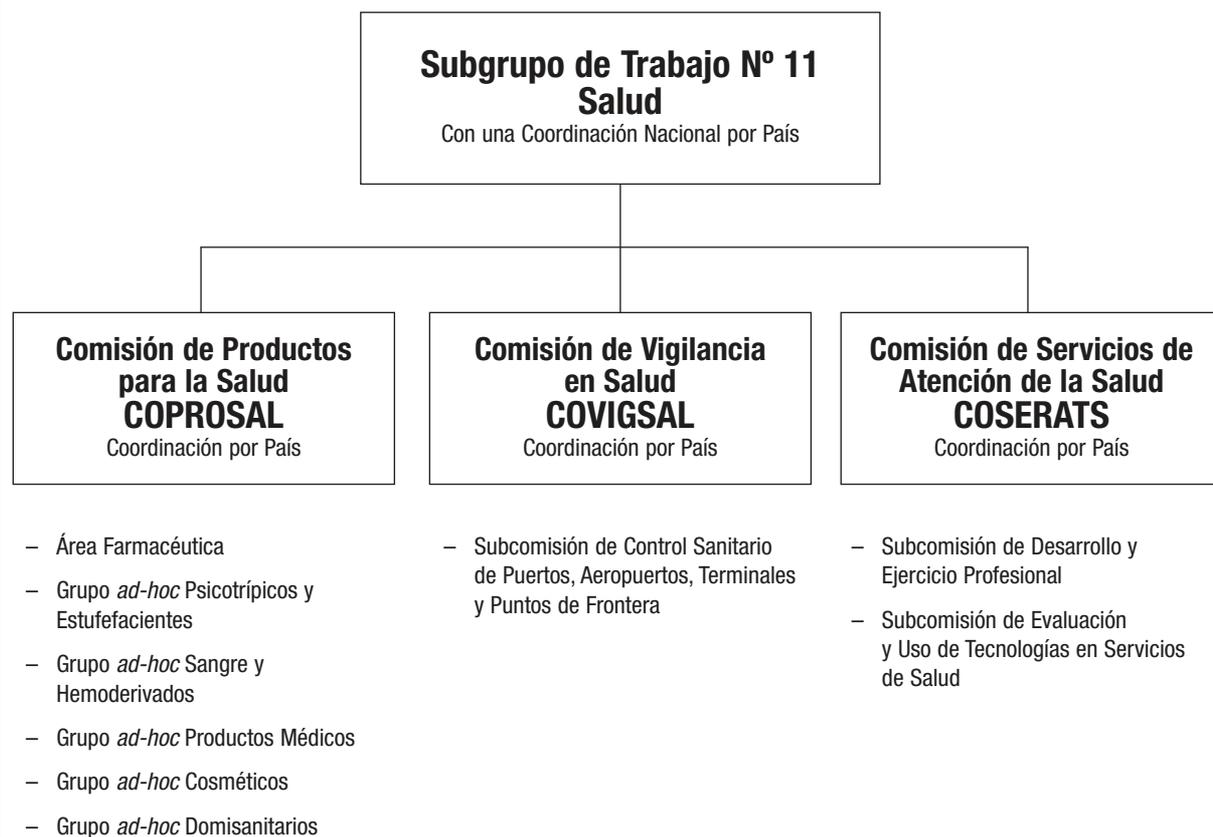
En el caso específico del **Ejercicio Profesional en el sector salud** este es parte fundamental de esta dimensión social y está estrechamente relacionado con la idea que la salud constituye un núcleo central de la protección del Estado y su ejercicio está condicionado a la formulación e implementación de políticas consensuadas por los Estados parte, vinculados a la armonización de las legislaciones en lo referente a la formación profesional, la regulación del trabajo, el control del ejercicio profesional y la garantía de asistencia calificada a la población.

<sup>10</sup> El Protocolo de Ouro Preto (1994) establece una estructura institucional para el MERCOSUR y plantea que el Grupo Mercado Común es el órgano ejecutivo del Mercado Común, que es coordinado por los Cancilleres de los Estados Partes, propiciando las medidas tendientes al Programa de Liberación Comercial, a la coordinación de las políticas macroeconómicas a la negociación de acuerdos frente a terceros.

**Gráfico 1**  
**Estructura institucional del MERCOSUR**



## Gráfico 2 Organigrama del Sugrupo de Trabajo Salud



Antes de avanzar específicamente en los aspectos que se han trabajado vinculados al Desarrollo y Ejercicio Profesional, nos referiremos brevemente al tema de la integración en salud.

### El Proceso de Integración

Sanchez (2007)<sup>11</sup> identifica diferentes modelos de integración en salud, en tal sentido identifica cinco posibles situaciones:

- 1. Coordinación de servicios en zonas fronterizas:** es el modelo menos ambicioso, ya que se restringe en lo geográfico, no pretendiendo alterar el funcionamiento de las estructuras del resto del país
- 2. Integración de servicios en zonas fronterizas:** avanza más allá de la simple coordinación, ya que subyace una dirección conjunta
- 3. Libre tránsito de personas, profesionales de la salud:** El libre tránsito implica no solo el reconocimiento por las autori-

dades de los países de los títulos de grado expedido, sino también de los de postgrado. Una de los problemas es que no existen las mismas especialidades en todos los países. Asimismo, es diferente la habilitación para el ejercicio profesional en Argentina y Brasil que en Paraguay y Uruguay.

- 4. Libre tránsito de personas, usuarios del sistema:** La forma más sencilla de migración es la del turista o residente no permanente. En la actualidad los derechos de los ciudadanos en materia de salud solamente pueden ser ejercidos dentro de su propio territorio, no existiendo portabilidad de derechos. En el momento que exista libre tránsito de personas y trabajadores se planteará quién es responsable de su atención y quién debe hacerse cargo de sus cotizaciones. Esto generará algún debate sobre los derechos adquiridos en cada uno de los países.
- 5. Libre tránsito de servicios:**
  - **Homologación de la habilitación del servicio:** Un servicio habilitado en Brasil, que quiera instalarse en Argentina. Por ese motivo se está armonizando la legislación pa-

<sup>11</sup> SANCHEZ. Delia M. *Procesos de Integración en Salud: Una Reflexión sobre los Desafíos del MERCOSUR en Salud.*

ra que sean los mismos criterios para la habilitación de los mismos.

- **Compra de un servicio de un país a otro:** Que Argentina, por no disponer de determinado servicio se lo tenga que comprar a Brasil para cubrir algún déficit.

Es posible afirmar que el MERCOSUR Salud no avanza con una definición clara de hacia qué modelo se avanza.

## La Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional

La Comisión de Servicios de Atención de la Salud, tiene dentro de sus aperturas a la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional.

A partir del análisis de la pauta negociadora para dicha Subcomisión, vemos que la misma ha trabajado sobre cuatro temas básicos:

- Requisitos de habilitación profesional para el nivel superior, técnico y auxiliar.
- Sistemas de control del ejercicio profesional
- Reconocimiento de especialidades
- Programas conjuntos de adiestramiento en servicio y fortalecimiento de entidades de salud formadoras de recursos humanos.

Hasta el presente han producido cuatro Resoluciones:

En el año 2000, se aprueba la **Res. GMC Nº 73/00 -Especialidades Médicas Comunes en el MERCOSUR**, que establece listado de especialidades comunes a los Estados parte e inicia el proceso de armonización de criterios como tiempo de formación, contenidos de especialidades, formas de evaluación.

Posteriormente se aprueba la **Res. GMC Nº58/01 -Principios Éticos Médicos del MERCOSUR**, estableciendo un conjunto de normas básicas para el ejercicio profesional médico.

Luego de bastante trabajo, se aprobó la **Res GMC Nº 27/04- Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud del MERCOSUR**. Este instrumento se plantea para consolidar información mínima armonizada de registro de profesionales de salud como medio para establecer un Registro de Profesionales en Salud. Esta es uno de los resultados más relevantes alcanzados en lo referente al ejercicio profesional en el MERCOSUR y trata del registro de profesionales de la salud que ejercen o intentan ejercer su profesión en el exterior o trabajan en municipios de fronteras. La matriz presenta los datos de los profesionales de salud, su for-

mación de grado y postgrado y la conducta de ética disciplinar. Estos datos estarán disponibles a los ministerios de Salud de los Estados parte, que serán los encargados del seguimiento del registro de ejercicio profesional.

Finalmente la **Res GMC Nº 66/06- Profesionales de Salud del MERCOSUR:** Avanza en la Operacionalización de la referida matriz.

Como próximos pasos para esta Subcomisión, se plantea la priorización de las necesidades y políticas de salud de los Estados parte, las profesiones y áreas a ser armonizadas.

Se plantea definir los criterios de evaluación y certificación de profesiones y especialistas de acuerdo con las prioridades definidas.

Asimismo, se plantea desarrollar el proceso de compatibilización de las especialidades de nivel superior, planteando la identificación del contenido de la formación de las especialidades médicas prioritarias y comunes a los cuatro países (desarrollo curricular) e instituciones habilitadas apuntado al reconocimiento mutuo. También se trabajará en la identificación y priorización de las especialidades de las demás profesionales de nivel superior.

En relación a la matriz mínima para el ejercicio profesional, se plantea monitorear el proceso de implementación:

- Compatibilizar los tipos y niveles de sanciones de las profesionales de nivel superior.
- Definición de requisitos mínimos complementarios para solicitar autorización de ejercer actividad profesional en salud.
- Identificación de organismos reguladores de la práctica profesional en formación, regulación del ejercicio profesional y del mercado de trabajo.
- Asimismo, se plantea la armonización de los sistemas de información contenidos en la matriz.

## Conclusiones

La discusión e identificación por parte de los Estados parte de un modelo de integración en salud, podría definir una imagen objetivo, facilitando el proceso de armonización en los temas de salud y servicios de salud.

El camino iniciado por la Subcomisión de Desarrollo y Práctica Profesional es funcional tanto para los modelos menos ambiciosos de integración, de coordinación de servicios en zonas fronterizas, como de libre circulación de personas o servicios de salud.

El proceso de integración en salud del MERCOSUR ha permitido instituir un conjunto de reglas de juego claras y estables sobre la base de una tecnología básica como es el consenso.

Estas reglas han permitido hasta la inclusión de otros actores del campo de los recursos humanos, como las asociaciones y corpo-

raciones profesionales, enriqueciendo el proceso de armonización normativa.

Si bien, como se ha visto, el objetivo básico de este foro plantea armonizar parámetros de calidad de bienes, servicios y factores productivos del área de salud, en este proceso logra la produc-

ción y el intercambio de información de calidad y confiable, normas y estándares y buenas prácticas generándose un círculo virtuoso para la cooperación y mejoramiento permanente de las capacidades regulatorias en salud.

## Bibliografía

- Drager N., Bealgehole R. **Globalization: changing the public health landscape.** *Bulletin of the World Health Organization.* 2001;79:803.
- Institute of Medicine. **América vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy and advancing our interest.** Washington. National Academy Press, 1997.
- Kaul I., Conceicao P., Le Goulven K., Mendoza RV. Editors. **Providing global public goods: managing globalization.** New York. Oxford University Press.2003.
- Kaul I., Faust M.. Global **public goods and health: taking the agenda forward.** Bulletin of the World Health Organization.2001;79:869-74.
- Kaul I., Grunberg I., Stern M.A. **Editors. Bienes Públicos Mundiales. La cooperación Internacional en el Siglo XXI.** Oxford University Press. México. S. A. de C. V.. 2000.
- MUSGROVE, Peggy (1983). **Hacienda Pública: Teórica y Aplicada.** Madrid. McGraw-Hill. Quinta edición.
- SACARDO, Danielle. **Presentación de Cualificación de Doctorado en Salud Pública.** Faculdade de Saúde Pública, Universidade de Sao Paulo. Diciembre del 2006
- SACHS, Jeffrey D. **Financiando los Bienes Públicos Globales: El caso de la Salud.** Página Web:<http://cmhealth.org/>
- SMITH R.D, Bealgehole R, Woodward D, Drager N, Editors. **Global Public Goods for Health: a health economic and public health perspective.** Oxford. Oxford University Press, 2003.
- SMITH Richard D. **Global Public Goods and Health.** Bulletin of the World Health Organization. 2003,81.
- **Tratado para la Constitución de un Mercado Común entre la Republica Argentina, la Republica Federativa del Brasil, la Republica del Paraguay y la Republica Oriental del Uruguay.** Asunción- Paraguay, 26 de marzo de 1991. WWW: MERCOSUR.INT
- SANCHEZ. Delia M. **Procesos de Integración en Salud: Una Reflexión sobre los Desafíos del MERCOSUR en Salud.** En *Cadernos de Saúde Pública Reports in Public Health.* Volumen 23 Suplemento 2: Año 2007. Integración Regional de Políticas de Salud. Página S155.
- TOBAR, Sebastián **Los Desafíos para la Política de Salud. En Argentina 2020: Propuestas para Profundizar la transformación.** Nicolás Trotta Compilador. Pags 255-266. Editorial Lumiere. Buenos Aires, 2006. Primera Edición.
- TOBAR, Sebastián. 2006. **El MERCOSUR y la Producción de Bienes Públicos Regionales en Salud.** Presentado en el II Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe. Buenos Aires 31 de octubre al 1 de Noviembre del 2006- Asociación de Economía de la Salud de la Argentina- AEZ y Asociación Brasileira de Economía de la Salud- ABRES.
- TOBAR, Federico. 1999. **Herramientas para el Análisis del Sector Salud.** Medicina y Sociedad N° 26. Buenos Aires, 1999