



**RIDUNAJ**  
Repositorio Institucional  
Digital UNAJ



## Material Académico

Atencio, Viviana, Baigorria, Natalia, Barrionuevo, Orlando, Bermúdez, Laura, Bonacalza, Gisela, Cáceres, Adriana, Cafferata, Eduardo, Castiello, Virginia, Chietino, Claudia, Grunweg, Celia, Hesayne, Maria Soledad, Herrera, Pablo, Ierace, Luciana, Konfino, Jonatan, Martin, Erika, Moreno, Cesar, Ojeda, Verónica, Orizzonte, Liliana, Otero, Sergio, Paredes, Roxana, Pereyra, Alejandra, Reyes, Evangelina, Rivas, Liliana, Rodal, Verónica, Stanley, Paola, Trepichio, Rubén, Vazquez, Mariana, Villa, Mabel, Vallone, Fernando, Zamarreño, María Eugenia y Ierace, Vicente Pascual

# Sistema de Salud Argentino

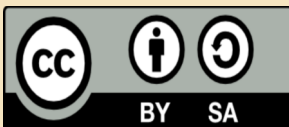
2024

*Universidad Nacional Arturo Jauretche.*

*Instituto de Ciencias de la Salud.*

*Cuadernillos Didácticos de Salud Pública; n. 6*

*(b)*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Atencio, V., Baigorria, N., Barrionuevo, O., Bermúdez, L., Bonacalza, G., Cáceres, A., Cafferata, E., Castiello, V., Chietino, C., Grunweg, C., Hesayne, M. S., Herrera, P., Ierace, L., Konfino, J., Martin, E., Moreno, C., Ojeda, V., Orizzonte, L., Otero, S.,... Ierace, V. P. (2024). *Sistema de Salud Argentino* [Material académico]. Universidad Nacional Arturo Jauretche. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3559>



## SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

### Comencemos:

En este texto haremos un breve recorrido histórico sobre el desarrollo del sistema de salud en nuestro país, presentaremos la organización actual del sistema y subsistemas, con sus características específicas, y debatiremos sobre los desafíos a futuro.

Para comenzar, te invitamos a ver el video “El Derecho a la Salud, 200 años de Políticas Sanitarias en Argentina”



<https://www.youtube.com/watch?v=GuwHLxLvaYI>

### EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: ANTECEDENTES

Como ya lo hemos planteado, todas las sociedades, cualquiera sea su nivel de desarrollo, cuentan con algún tipo de estrategia de atención de la salud. En nuestro territorio las prácticas médicas preexistieron a la llegada de los conquistadores europeos, y la medicina de los pueblos originarios todavía se mantiene viva en regiones como la puna norteña, o en poblaciones rurales.

**El español trajo a América la medicina occidental**, representada tanto por los cirujanos que acompañaban las expediciones militares cuanto, por quienes -en buena o dudosa ley- ejercieron luego sus artes curativas en los asentamientos coloniales. **Desde 1611 la ciudad- puerto de Buenos Aires tenía un pequeño hospital, limitado primero a la atención de los militares del presidio.** Una cédula real de 1745 lo convirtió en Hospital General de Hombres, **acargo de los padres Bethlemitas**, y sostenido en parte por la caridad pública. (Galli, Pagés, Swieszkowski, 2017)



**Hacia 1780 el virrey Vértiz instala en Buenos Aires el tribunal del Protomedicato**, cuyas funciones y

facultades permiten considerarlo el **primer organismo de salud pública** de nuestras tierras. A comienzos del siglo XIX se inicia, sobre todo en Buenos Aires, la **etapa fundacional hospitalaria**: en poco tiempo se crearon hospitales, dispensarios, asilos y pequeñas salas de atención en todo el territorio nacional, los que tendieron a solucionar los problemas de salud de la población de bajos recursos económicos.

**La medicina mutual constituye un rasgo peculiar de la Argentina.** Esta surge con la llegada masiva de inmigrantes, que fundan sociedades de socorros mutuos basadas en el agrupamiento por colectividades étnicas. Ya por 1827 los comerciantes ingleses habían establecido una precursora Sociedad Filantrópica, y a fines del siglo XIX habían surgido mutualidades tales como el Hospital Italiano, el Español, el Británico y el Francés. Estas organizaciones se basaban en los principios de la adhesión voluntaria, la organización democrática, la neutralidad ideológica, la contribución económica de sus asociados en consonancia con los beneficios a recibir, y la capitalización de los excedentes.

**Hacia fines del siglo XIX,** la población argentina que vivía en centros urbanos alcanzaba el 42% del total de habitantes; y para 1914 el 58% de la población residía en ciudades. Otro hecho trascendente fue la **llegada masiva de inmigrantes europeos que se integraron en los sectores secundario y terciario de la economía nacional.** Esa ola inmigratoria posibilitó la instalación de las ideas del anarquismo y el socialismo, que junto a la experiencia organizativa sindical que trajeron los trabajadores europeos, propiciaron el surgimiento del movimiento obrero organizado.



**Las deficientes condiciones de vida y de trabajo, imperantes tanto para los inmigrantes como para los nativos, constituían una amenaza sanitaria derivada del riesgo de transmisión de diversas patologías, pero también traían aparejadas condiciones sociales que favorecían el desarrollo del alcoholismo, la prostitución, la desnutrición y la tuberculosis. La corriente higienista surgida en ese periodo, muchos de cuyos integrantes provenían del socialismo,** promovieron la **intervención estatal** no sólo para llevar a cabo obras de saneamiento ambiental, sino también para el mejoramiento de la situación habitacional, y el propiciar la educación de los sectores populares.

**En las primeras décadas del siglo XX el sistema sanitario argentino estaba conformado por múltiples instituciones,** casi todas de beneficencia, y algunos hospitales de comunidades. El paradigma de salud dominante en esa época se basaba en la responsabilidad individual y la asistencia de la caridad para quienes no podían valerse por sí mismos. **Las transformaciones sanitarias más importantes** se dieron en la década de 1940, con la organización de los servicios de salud estatales durante el primer Gobierno del Gral. Juan Domingo Perón. Hasta ese momento, el Departamento de Higiene dependía del Ministerio del Interior; luego se convierte en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, y en el año 1946 se crea el **Ministerio de Salud de la Nación,** a cargo del **Dr. Ramón Carrillo.**

## **RAMON CARRILLO Y LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD**



Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud de la Argentina, fue un médico neurocirujano nacido en Santiago del Estero en 1906, y formado en la Universidad de Buenos Aires. **Su gestión se caracterizó por un fuerte rol del Estado, una firme centralización normativa y un importante desarrollo de la capacidad instalada del sistema público de salud.** Esta gran capacidad asistencial fue un fuerte instrumento de legitimación del gobierno peronista; pero además, la atención sanitaria se había incorporado en el comportamiento colectivo, siendo valorada y anexada dentro de los nuevos derechos adquiridos.

En este período se lograron niveles de integración, equidad y coberturas inéditos en nuestra historia sanitaria. Entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país esto llevo el número de camas a 130.000 lo que significo 7,4 camas/cada 1000 habitantes, se triplico la cantidad de enfermerxs y duplico el número de medicxs a lo que algunos autores llamaron “La revolución de la capacidad instalada” (Ierace V. 2022 p.140). Asimismo, Carrillo promovió una estrecha vinculación entre el sistema público y las instituciones de la seguridad social (Veronelli, 2003)



**La concepción sanitaria de Carrillo incluía la figura del Centro de Salud como parte de un sistema ambulatorio que tenía por objeto la atención de los enfermos, su familia y la sociedad en conjunto. Es decir, proponía llevar a cabo una acción integral, valorando centralmente el rol de los determinantes sociales sobre la salud de la población, ya que su enfoque se basó en la corriente de Medicina Social.**

Carrillo concibe, y comienza a instrumentar por primera vez en la Argentina, una propuesta sanitaria que presenta algunos aspectos coincidentes con el modelo del Servicio Nacional de Salud Británico, impulsando un **sistema único regionalizado, con servicios organizados por niveles de complejidad, cobertura universal y financiamiento estatal.**



Plantea la **necesidad de superar la asistencia médica horizontal**, con el enfermo en cama, internado; y **complementarla con la asistencia vertical**, sin internación. Pero como considera que los dispensarios monovalentes atomizan la atención, introduce la propuesta de **“hacer polivalente lo que antes era monovalente y proyectar la acción de los médicos fuera del hospital, buscando no sólo la curación clínica, sino la curación social”** (Ierace, 2016); creando así la figura del **Centro de Salud**. Esta idea, precursora en treinta años de la Declaración de Alma Ata, se constituye en el antecedente más remoto y concreto de una política basada en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud en nuestro país; hecho éste silenciado sistemáticamente por mucho tiempo al rastrear los orígenes de la APS en la Argentina.

**En este sentido, la concepción integral de Carrillo va más allá de la atención médica, cuando propone que “la acción del médico se prolonga al domicilio por medio de las trabajadoras sociales. No es el hombre en función del individuo, sino en función de la familia, la organización llega hasta el domicilio del enfermo”.** (Ierace, 2016)

Carrillo es pionero en resaltar el rol de los determinantes sociales de la salud con una notable síntesis en una frase que ha pasado a formar parte de las citas más frecuentadas de sanitarismo argentino, aquella que expresa que “frente a las enfermedades que produce la miseria, frente a la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causa de enfermedad, son unas pobres causas”. Y también cuando precisa: “La condición social, constituida por el régimen de trabajo y las formas diversas de existencia, determina índices de morbilidad y de mortalidad también diversos”. Es por eso que preconiza un modelo de atención que desarrolle además un nuevo modelo médico que visualice la necesidad de que “junto con la historia clínica del enfermo, se levante la historia social del hombre”. (Ierace V. p. 138).

En la constitución de 1949 por primera vez se había incorporado el concepto de salud pública como obligación del estado. Este concepto involucraba no solamente la salud física, sino la salud espiritual y la salud social, al asegurar la alimentación, un mínimo de trabajo, condiciones de vida digna y consideraba que el cuidado de la salud del conjunto de la población es responsabilidad del estado en el marco de una acción colectiva. (Ierace V. p. 134).

La política de salud implementada durante ese período dejaría una fuerte impronta en el sistema de salud argentino, ya que se basó en conceptos y hechos que en su mayoría serían reivindicados treinta años después en la declaración de Alma Ata, y que fueron la base conceptual de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

El período que se inicia en 1955 con el derrocamiento del presidente J.D. Perón muestra el progresivo desmantelamiento de la enorme estructura organizada por Carrillo, (p144)

El Gobierno Militar decidió acudir al asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para definir los destinos del sistema sanitario. Quienes le Recomendaron transferir la responsabilidad de los establecimientos nacionales a las respectivas provincias, idea que coincidía con los objetivos generales de la Revolución Libertadora. Como consecuencia de este informe, el gobierno decidió transferir los hospitales casi de oficio, sin el correspondiente soporte técnico y financiero, por lo que se produjo un rápido deterioro de los establecimientos. (p. 145)



### Actividad

Antes de continuar con la lectura, te invitamos a ver este video sobre el Dr. Ramón Carrillo



Biográficos: Ramón Carrillo - Canal Encuentro  
<https://www.youtube.com/watch?v=sI2A4dDtKI>

## LAS REFORMAS EN EL SISTEMA DE SALUD: DECADAS DE 1960 A 1990

**En la década de 1960, durante el gobierno de Arturo Illia, se intentó recomponer el protagonismo del Estado debilitado desde la dictadura militar del '55, recuperando su rol orientador.** El Ministro Oñativia, enmarcado también en la corriente de medicina social, se enfrentó a los laboratorios multinacionales en defensa de un sistema público nacional. Pero ese proceso fue truncado por otro golpe militar, durante el cual se desdoblaron y transfirieron las cuestiones de asistencia social, quedando solo la atención médica, la prevención y la fiscalización en el ámbito de la Secretaría de Salud.

Asimismo, **durante la dictadura de Juan Carlos Onganía se dictó la ley 18.610 de Obras Sociales (1971)**, que ordenó y consolidó como criterio general el régimen de obras sociales de nuestro país, cerrando el período voluntarista e imponiendo la obligatoriedad legal de la afiliación y la contribución pecuniaria a las obras sociales. Así **se dio comienzo a una gran transferencia de recursos desde el Estado hacia el subsector privado, a través de la contratación de su infraestructura por parte de aquellas obras sociales que carecían de la misma.**



**Con la llegada del tercer Gobierno Peronista en el año 1974, el Presidente Hector J. Cámpora promovió la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), plasmado en la Ley 20748 que impulsó el Dr. Domingo Liotta.** Este marco legal representaba las aspiraciones de la sociedad argentina de la época, orientadas a construir una sociedad centrada en la justicia social en un país sin lazos de dependencia con los poderes dominantes. **La ley establecía la creación de un sistema nacional con fuerte rol del Estado y con cobertura universal, integrando progresivamente a los otros subsectores (obras sociales y sector privado)** en un importante esfuerzo por superar las deficiencias que el sistema sanitario presentaba en la primera mitad de la década del setenta.

Al mismo tiempo, **se promulgó la ley 20.749 de Carrera Sanitaria Nacional, mediante la cual se creaba régimen laboral común en todo el país para los trabajadores de la salud, estableciendo un sistema de dedicación exclusiva al sistema público.** Ambas leyes llegaron a implementarse en cuatro provincias: Chaco, Formosa, La Rioja y San Luis, con resultados inicialmente auspiciosos, hasta que en 1978 fue derogadas por un decreto de la dictadura cívico- militar que derrocó al Gobierno Peronista en 1976 (Ierace V. pp. 187-210).



**Con el retorno de la democracia en 1983, durante el Gobierno de Raúl Alfonsín, se elaboró un proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud, liderado por el Ministro de Salud Dr. Aldo Neri.** Este proyecto fue aprobado hacia el final del mandato presidencial, aunque en la práctica no llegó a implementarse debido a que la reglamentación de varios de sus aspectos distorsionó el espíritu de la ley, especialmente las modificaciones realizadas durante el Gobierno de Carlos Menem. (Ierace V. pp. 215-220)

**En los años 90, la implementación de las políticas neoliberales, llevaron a profundizar y concluir el proceso de descentralización del sistema público, en el cual se introdujeron modalidades de gestión propias del sector privado (arancelamiento, tercerización) que repercutieron negativamente sobre la capacidad y funcionalidad del mismo, lo que, sumado a una profunda desregulación del Sistema de Obras Sociales, redundó en el fortalecimiento del subsector privado en detrimento de los otros subsectores.**



**La crisis del 2001 profundizó este cuadro, produciendo un severo deterioro de los tres subsectores, ya que el altísimo desempleo minó la base de sustentación de las obras Sociales y la afectación de amplios sectores de la clase media deterioró los ingresos del subsector privado. Fue sin embargo el Sistema Público de Salud el que, pese a sus carencias se convirtió en el único recurso para amplios sectores de la población que anteriormente eran asistidos por los otros subsectores.**

A comienzos del siglo XXI, **con la reactivación de la economía en el gobierno de Néstor Kirchner, los estados municipales y provinciales (principales administradores de los servicios de salud) pudieron volcar mayores recursos para la gestión sanitaria.** El crecimiento sostenido de la economía en los años siguientes, y la generación creciente de puestos de trabajo, hizo que los otros subsectores se fueran

**recuperando.** (Ierace, 2014)

Durante la gestión del Dr. Ginés González García, se implementó el Plan Federal de Salud 2004-2007, centrado en fortalecer el papel del Ministerio y apoyar a provincias y municipios para garantizar la cobertura básica universal, con énfasis en la atención primaria. Se destaca la implementación de programas nacionales como Remediar, Nacer, Médicos Comunitarios y PROFE, que impactaron positivamente en la atención primaria y generaron confianza en el Estado. Se menciona el Programa Remediar, que distribuye medicamentos gratuitos a personas bajo la línea de pobreza, y la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico.

**Entre 2003 y 2015 se amplió significativamente el derecho a la salud con un importante número de leyes que dieron origen a diversos programas sanitarios:** Salud Sexual y Procreación Responsable, Reproducción Asistida, Celiaquía, Identidad de Género, Regulación de la publicidad y consumo del Tabaco, Producción Pública de Medicamentos, Salud Mental y Adicciones, Derechos del Paciente, Regulación de la medicina prepaga, etc.

Asimismo, se ampliaron programas como el Plan Nacional de Inmunizaciones (ampliación del Calendario de Vacunación), Salud Materno Infantil y Adolescente a través de los programas Nacer y SUMAR, Programa Remediar de acceso a medicamentos, etc. Finalmente se hizo una importante inversión en equipamiento e infraestructura, con la remodelación y ampliación de hospitales y centros de salud en todo el país, y la creación de los hospitales del Bicentenario (entre los cuales se encuentra el Hospital El Cruce Dr. Néstor Kirchner, en Florencio Varela).

Muchos de los programas desarrollados durante los Gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner fueron reducidos o bien cancelados durante **la gestión gubernamental de Mauricio Macri entre los años 2015 a 2019**; llegando incluso a **dar de baja al Ministerio de Salud de la Nación, reemplazándolo por una Secretaría de Salud**, situación que nunca había ocurrido hasta el momento durante gobiernos democráticos.

La Propuesta Liberal anunciada en agosto de 2016 por el gobierno de Mauricio Macri de implementar una Cobertura Universal de Salud (CUS), puede ser visualizada como un paso en la dirección de instalar en la Argentina una cobertura universal de salud con características cercanas al modelo de los seguros de salud. Por la cual se dicta un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) y no se envía un proyecto de ley al Congreso para su sanción. De lo establecido en el decreto no se desprende ningún instrumento que se proponga la superación de la fragmentación de nuestro sistema de salud, que actúe sobre la inequidad y desigualdad propias de los sistemas segmentados. (Ierace V. pp222- 223).

Durante el gobierno de Alberto Fernández, la **pandemia** por COVID-19 puso ante la vista de todos el rol del estado frente a la necesidad de dar respuestas en forma integrada a un problema de salud mundial. Entre las medidas más destacadas se pueden mencionar, las de prevención de contagios, de investigación y tratamientos experimentales (suero equino hiperinmune Anti Sars-coV-2) desarrollado en la compañía Biotecnológica Inmunova (UNSAM), creación de infraestructura y abastecimiento de recursos médicos (construcción de hospitales modulares, gestión en la producción de respiradores) protocolos sanitarios para los lugares de trabajo, campaña de

vacunación masiva contra COVID19 (la más importante en la historia sanitaria de nuestro país.). Estudios recientemente realizados han posicionado a la Argentina dentro de los países con mejores resultados en el manejo de la pandemia (*Estimaciones Mundiales de mortalidad, esperanza de vida y población específica por edad y sexo en 204 países y territorios y 811 ubicaciones subnacionales, 1950 -2021, y el impacto de la pandemia COVID19: Un análisis demográfico integral para el estudio global de enfermedades 2021*. The Lancet 2024).

A partir de esta experiencia resurge el debate sobre la necesidad de un “Un sistema Nacional Integrado” para resolver el problema histórico de la Fragmentación. Este debate quedo trunco a partir del cambio de gobierno en diciembre 2024.

## EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO EN LA ACTUALIDAD

La República Argentina es un Estado Federal integrado por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal). Estas 24 unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población. Como la salud es un derecho constitucional, no existen barreras legales que impidan el acceso de la población a los servicios públicos de salud; por lo que se considera que éstos brindan una “cobertura universal”.



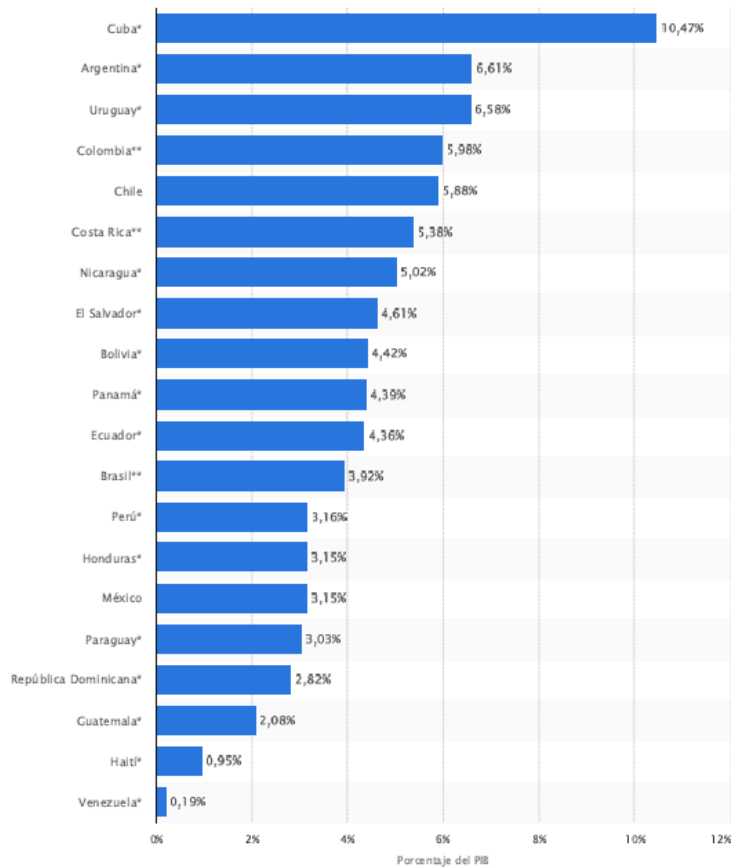
El Ministerio de Salud de la Nación es la máxima autoridad del país en materia de salud. A nivel provincial y municipal existen los respectivos Ministerios y Secretarías de Salud. El Estado actúa a través de sus tres niveles: Nación, provincias y municipios. La financiación de los servicios de salud en el sector público se realiza a través de los impuestos que se recaudan.

La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera; mientras que las provincias y municipios brindan servicios directos de atención a la población. El Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo la conducción del Sector en su conjunto a través del diseño de políticas, el dictado de normas y la ejecución de acciones que permiten la coordinación entre los distintos sub-sectores. Todas estas decisiones son compartidas con las gestiones provinciales en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), y luego son llevadas adelante por las provincias y los municipios.

La Superintendencia de Servicios de Salud, es un organismo de alta importancia dentro del sistema. Su función central consiste en regular y ejercer el control sobre las Obras Sociales Nacionales, y administrar un fondo de redistribución que compensa a las Obras Sociales más desfavorecidas.

El Sistema de Salud de la República Argentina muestra un grado de desarrollo elevado respecto a otros países de América Latina, aunque teniendo en cuenta que presenta además un nivel de gasto en salud mayor a algunos de ellos, esta supremacía no se ve totalmente reflejada en los resultados sanitarios nacionales.

### Ranking de los países de América Latina y el Caribe con mayor gasto público en salud como porcentaje del PIB en 2020



**El Sistema de Salud en la Argentina está constituido por tres sub-sectores cuya regulación es responsabilidad del Estado Nacional:**

- Subsistema Público
- Subsistema de la Seguridad Social
- Subsistema Privado

Esta conformación especial le imprime al área de la salud una lógica peculiar, puesto que implica la coexistencia de cada uno de estos subsistemas, los que difieren respecto a:

- La población objetivo
- Los servicios que brindan
- El origen de los recursos con que cuentan
- El nivel de decisión en el sistema

-

## Población cubierta por tipo de cobertura

Cantidad y porcentaje. 2021.

Tipo de cobertura	Población cubierta	Participación % en población
Subsistema Público (1)	16.500.000	36,00%
Subsistema de la seguridad social	27.928.471	60,97%
Subsistema privado	6.218.032	13,57%
<b>Total</b>	<b>50.750.833</b>	<b>110,54%</b>
Población Argentina	45.808.747	100,00%
Población con más de una cobertura (2)	4.942.086	10,54%

(1) Estimación a 2021 sobre la base del Censo 2010-INDEC, concordante con EPH

(2) Estimación basada en la diferencia entre población proyecta a 2021 y sumatoria de población cubierta

FUENTE: OPC, en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud e INDEC



### El Sub-sector Público:

Este sector presta servicios a la población a través de hospitales y de los centros de salud. Los gobiernos provinciales y municipales tienen los establecimientos de atención bajo su jurisdicción y son los responsables directos de la misma. Atiende a todas las personas que habitan la jurisdicción o región.

<i>Aspectos del Modelo Público</i>	
<i>Principio</i>	<i>Justicia social</i>
<i>Cobertura</i>	<i>Universal</i>
<i>Financiación</i>	<i>Presupuesto-impuesto</i>
<i>Gestión</i>	<i>Ministerio de Salud de la Nación Ministerio de Salud Provinciales Secretaría de Salud Municipal COFESA</i>
<i>Prestaciones</i>	<i>Integrales</i>



### El Sub-sector de la Seguridad Social:

Presta servicios a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos, también a las personas jubiladas. Las obras sociales están organizadas por sector y se financian por aportes obligatorios de trabajadores y empleadores.

<i>Aspectos del Modelo de Obras Sociales</i>	
<i>Principio</i>	<i>Solidaridad</i>
<i>Cobertura</i>	<i>Asalariados</i>
<i>Financiación</i>	<i>Aportes-Trabajadores/Patronos</i>
<i>Gestión</i>	<i>Ministerio de Salud de la Nación Ministerio de Salud Provinciales INSSJYP (PAMI) Superintendencia de Servicios de Salud</i>
<i>Prestaciones</i>	<i>PMO</i>

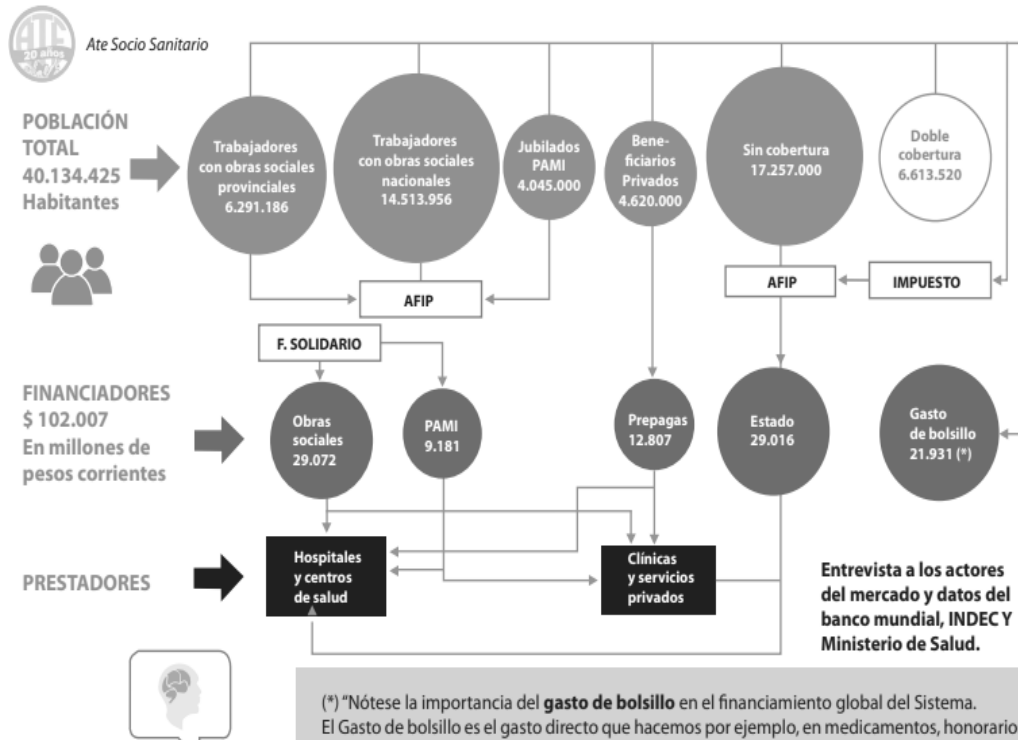


### El Sub-Sector Privado:

Presta servicios a personas y familias que pagan por acto médico o que pagan las cuotas de un plan de salud (pre-pago) Las entidades de medicina prepaga cubren una población cercana a 2.500.000 personas, de las cuales el 60% se afilia en forma individual o familiar, y el resto a través de empresas.

Aspectos del Modelo Privado	
Principio	Mercantilismo
Cobertura	De acuerdo a los servicios contratados
Financiación	Aporte-particulares
Gestión	Ministerio de Trabajo y Seguridad social
	Secretaría de Comercio
Prestaciones	Servicio/paga PMO

### Financiamiento del sector salud en Argentina



Fuente: Cuadernos de autoformación para trabajadores de la salud, ATE Socio-sanitario 2012.

El sistema de salud argentino se caracteriza por estar **SEGMENTADO** entres subsectores:



## Y al mismo tiempo, el sistema está FRAGMENTADO

Esta clasificación de subsectores, pensada donde cada uno era financiador y contaba con capacidad instalada propia, ha quedado desdibujada. Actualmente existen esquemas cruzados donde se han separado las funciones de financiación y provisión de servicios y aparecen múltiples formas de convenios entre los tres subsectores que complejizan aún más la situación y el análisis de los resultados. Hoy tenemos un sistema fragmentado en general, con escasa articulación entre los tres subsectores y, en no pocas regiones, con sobreoferta de recursos y subcobertura en la atención. El subsector público a su vez tiene enormes desigualdades regionales en torno a financiamiento, capacidad instalada (recursos físicos, tecnológicos, personal capacitado) y por consiguiente una desigual capacidad organizativa, de respuesta y de calidad de la atención. A esto se suma una importante fragmentación institucional traducida en multiplicidad de jurisdicciones que no siempre logran articularse y mucho menos complementarse, financiamientos cruzados y/o afectados a programas específicos, administraciones paralelas en su versión de unidades ejecutoras de proyectos, etc. Esta diversidad financiera, institucional y jurisdiccional, entre otras cosas, aumenta la cantidad de decisores de políticas y determina una baja capacidad de gestión pública, sin quedar claro si existe un proyecto integral y cuáles son las estrategias para disminuir la fragmentación y aumentar la coherencia del sistema y la eficacia de las políticas. (Lareo M. 2008)

Esta **fragmentación** se expresa en distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento entre los tres subsectores, con diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados, así como distintos regímenes y órganos de control y fiscalización. Además, la fragmentación se observa al interior de cada uno de los subsectores.



**La fragmentación se observa no solo en la estructura de los subsectores, sino que también es operativa: superposición de redes, falta de coordinación, y en definitiva, imposibilidad de realizar un cuidado integral.**

**El Subsector Público** está fragmentado en niveles: nacional, provincial y municipal; por lo cual queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones. Es importante aclarar que, a partir de los procesos de descentralización de fines de los años setenta y principios de los noventa, la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales.

**El Subsector de la Seguridad Social** está conformado por numerosas instituciones, con diferentes poblaciones afiliadas y marcos normativos propios. En forma conjunta, las diferentes instituciones de la seguridad social brindan cobertura de salud al 60% de la población del país (Centrángolo, 2018). Este sistema constituye el ejemplo más claro de esta situación de fragmentación.

**Cuando se habla de Seguridad Social, se hace referencia, por lo menos, a cuatro universos diferentes:**

- 1) **Obras sociales nacionales:** En Argentina existen 292 Obras Sociales Nacionales que brindan atención de salud a más de 14 millones de afiliados. Los datos disponibles corroboran la concentración generada desde la desregulación. En efecto, en términos de afiliados se observa que el 5% de las Obras Sociales absorben más del 50% de los afiliados (Centrángolo, 2018). Entre ellas, destacamos a una con características especiales: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, habitualmente conocido como PAMI (siglas de Plan de Atención Médica Integral), que da cobertura a aproximadamente a tres millones de habitantes.
- 2) **Obras sociales provinciales:** Existen 24 institutos provinciales de obra social, una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los que proveen servicios a cerca de 7 millones de afiliados. (Centrángolo, 2018).
- 3) **Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad:** las que cubren alrededor de un millón de beneficiarios
- 4) **Obras sociales de las Universidades Nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial:** las que alcanzan aproximadamente a trescientos cincuenta mil beneficiarios.
- 5) **El subsector privado:** está conformado por las empresas de seguros voluntarios (medicina prepaga). brinda cobertura de seguros a los sectores de altos ingresos que tienen acceso a la cobertura privada en función de sus propias capacidades de pago, así como a otros sectores sociales que, no hallándose satisfechos con los servicios que brinda el sector público o la seguridad social, contratan seguros privados que brindan cobertura total o parcial (Centrángolo, 2018). Incluye numerosísimas entidades, con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientos mil personas.



## Redes en salud:

Hablaremos de redes como la forma en que los actores y sus instituciones intentan potenciar las relaciones presentes en el contexto (en sus diversos niveles), no sin conflictos y considerando los diversos proyectos posibles en pugna (Governa, 1997, 2001). En cada escala, de un modo complejo, se producen y cambian bienes y servicios pero también visiones del mundo, estrategias, etc. que ordenan de una cierta manera sistemas de producción, actores sociales y sobre los cuales se sostienen esas relaciones específicas entre diversos sujetos, instituciones, etc que nosotros llamamos redes. Éstas son formas particulares, en constante evolución, contenidas en ese sustrato relacional más estable. La fragmentación es un mal que aqueja a la mayoría de los sistemas en el mundo, condicionando los objetivos de los mismos y tergiversando su rol social. El de la Argentina es particularmente un sistema fragmentado, territorial y socialmente asimétrico, por la coexistencia de diferentes subsistemas de financiamiento y por los problemas que este intrincado conjunto genera en el acceso a la salud y en su costo. Las redes de salud pueden representar una estrategia de inclusión, efectividad asistencial y superación de la fragmentación del sistema sanitario, en este sentido, el caso del trabajo en red del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner (HEC) y su contextualización sanitaria y regional, resulta relevante en tanto matriz de análisis y de potencial planificación para replicarla como modelo de atención de la salud inclusivo.

## HACIA UN SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

El impacto de la pandemia de COVID19 sobre los sistemas de salud en el mundo puso de manifiesto la relevancia del rol del Estado en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado. Como plantea Mario Rovere (2021) en la diferencia entre enfermar y no enfermar *-ytambién entre enfermar y no agravarse, o entre enfermar y no fallecer-* se puso en juego la gobernabilidad del Estado, en términos de capacidad política para regular, comunicar, y construir consensos. En este marco, también se expuso la capacidad de los sistemas de salud para enfrentar las dimensiones de la demanda de atención provocada por la pandemia, tanto en el volumen como en la gravedad de los casos.

A la luz de dichos acontecimientos, en Argentina se reabrió el debate sobre la necesidad de revisar, actualizar y reorganizar nuestro sistema de salud. Esto implica la recuperación de los antecedentes normativos y programáticos desarrollados en nuestro país, así como las experiencias territoriales que abonaron a la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud.

El acceso a la salud es un derecho universal, por lo tanto, constituye una responsabilidad indelegable del Estado garantizar su ejercicio a todas las personas. En Argentina, la organización de un sistema integrado tiene como base los servicios gestionados por el Estado y las obras sociales, que en conjunto constituyen el sistema solidario de salud. También el sector privado, a través de las empresas de medicina prepaga, deben formar parte de este sistema.

Sin embargo, dada la complejidad del sistema de salud como está planteado actualmente, y las fortalezas y debilidades que presentan cada uno de los subsectores que lo componen, se requiere efectuar importantes adecuaciones para poder construir un sistema integrado. Uno de los grandes problemas de nuestro sistema sanitario es la fragmentación, que produce y reproduce la desigualdad en el acceso<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> El acceso a la salud involucra acciones de promoción, prevención, atención y cuidado.

(FSS, 2021)

Al respecto, es importante destacar que *“el subsector público luego del desempeño en la pandemia no puede ni debe retroceder ni en su capacidad de respuesta, ni en su rol articulador con otros subsectores. Esto no es un juego de suma cero. No se trata de que un subsector avance sobre otros, se trata más bien de un gran acuerdo para enfrentar juntos un complejo médico industrial transnacionalizado que viene inviabilizando los sistemas de salud en el mundo”*. (Rovere, 2021)

En la misma línea, también se necesita establecer una política nacional respecto a la fuerza laboral en salud, a fin de resolver los problemas de desigualdad hacia adentro del equipo de salud y de inequidad en la distribución geográfica de profesionales; así como el reconocimiento de las tareas de cuidado forma parte de la política laboral del sistema nacional integrado de salud.

Por otra parte, se necesita un sistema nacional integrado de información en salud que incluya los datos epidemiológicos, de gestión, infraestructura y fuerza laboral de todos los subsectores y todas las jurisdicciones.

Asimismo, se hace indispensable establecer un debate abierto en la sociedad, a fin de generar consensos que permitan transformaciones orientadas a cuidar la salud de la población en su conjunto, evitando la cooptación por parte de determinados grupos de intereses concentrados. Así, la participación de las organizaciones de la comunidad en la toma de decisiones sanitarias sigue siendo un eje central para un sistema integrado e inclusivo; como también el desarrollo de una política integrada de medicamentos y tecnología médica, y la articulación entre el sistema nacional integrado de salud y el sistema científico tecnológico, demodo de garantizar la soberanía sanitaria y el desarrollo económico (FSS, 2021)



## TRABAJO GRUPAL



**Para finalizar, les pedimos que reflexionen en el grupo y respondan las consignas que presentamos a continuación:**

Expliquen en que consiste la fragmentación y la segmentación en el Sistema de Salud Argentino. ¿Cuáles son los beneficios y obstáculos que generan estas características en relación al acceso al sistema de salud?

Lean el siguiente artículo y desarrollen una breve reflexión sobre las características de un sistema de salud integrado, y cuáles son los antecedentes de este modelo en Argentina

**Hacia un sistema nacional integrado de salud, el desafío pospandemia.** Por Oscar Trotta

## Bibliografía

- Cetrángolo O., Goldschmith A.** (2018) Obras sociales en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual. Fundación CECE <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/obras-sociales-argentina.pdf>
- Escudero, J.** (2014). Proceso de integración del sistema de salud. Revista del Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Lujan. 5:121-131 <http://www.redsocialesunlu.net/wp-content/uploads/2014/11/RSOC005-07-Proceso-de-integraci%C3%B3n-del-sistema-de-salud-ESCUDERO.pdf>
- FSS** (2021) Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino. Bases para la discusión. Fundación Soberanía Sanitaria [www.soberaniasanitaria.org.ar](http://www.soberaniasanitaria.org.ar)
- Galli A., Pagés M., Swieszkowski S.** (2017) Sistema de Salud Argentino [https://www.sadamweb.com.ar/news/2019\\_06Junio/El\\_Sistema\\_de\\_Salud\\_en\\_Argentina.pdf](https://www.sadamweb.com.ar/news/2019_06Junio/El_Sistema_de_Salud_en_Argentina.pdf)
- Ierace V.** (2013) El sistema Nacional Integrado de Salud, hacia una revalorización. Revista Epidemiología y Salud pag. 31-34. [https://www.siicsalud.com/pdf/epidemiologia\\_salud\\_1\\_4\\_82913.pdf](https://www.siicsalud.com/pdf/epidemiologia_salud_1_4_82913.pdf)
- Ierace V.** (2016) Ramón Carrillo: actualidad y vigencia de su pensamiento sanitario. En Dossier Ramón Carrillo, Revista Mestiza, Universidad Nacional Arturo Jauretche UNAJ <https://revistamestiza.unaj.edu.ar/ramon-carrillo-actualidad-y-vigencia-de-su-pensamiento-sanitario/> <https://revistamestiza.unaj.edu.ar/dossier-ramon-carrillo/>
- Ierace V.** (2022) La Ley del sistema nacional Integrado de Salud. Un intento de superación de la fragmentación. Universidad Nacional Arturo Jauretche Florencio Varela Provincia de Buenos Aires <https://biblioarchivo.unaj.edu.ar/uploads/5a6c7965b5bf5a7a7e29325edec9f9225d10e4f1.pdf>
- Lareo M.** (2008) Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud. La Inequidad en la Salud. en Hacia un abordaje integral. ISBN: 978-987-22370-4-2 Primera edición en Buenos Aires - Argentina. IIED-América Latina Publicaciones (p. 111)
- López, S.** (2006) El Sistema de Salud Argentino. Material de la materia Medicina Social, Facultad de Trabajo Social UNLP. La Plata [https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez\\_el\\_sistema\\_de\\_salud\\_argentino\\_%20El%20sistema%20de%20salud%20Argentino.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez_el_sistema_de_salud_argentino_%20El%20sistema%20de%20salud%20Argentino.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación** (2005) Políticas de salud. Módulo 5. Programa de Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001030cnt-modulo\\_5\\_politicas\\_salud.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001030cnt-modulo_5_politicas_salud.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación.** (2012) El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en Argentina. Buenos Aires.
- OPS, PNUD, CEPAL.** (2011) Aportes para el desarrollo humano en Argentina – El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. <https://www.paho.org/es/noticias/21-12-2011-sistema-salud-argentino-su-trayectoria-largo-plazo-logros-alcanzados-desafios> <https://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>
- Rovere, M** (2004) La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. Publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/09/la-salud-en-la-argentina-alianzas-y-conflictos-en-la-construccic3b3n-de-un-sistema-injusto.pdf>
- Rovere, M.** (2021) Derecho a la Salud y Sistemas Integrados. Lecciones de la Pandemia. Revista Debate

Público, reflexión de Trabajo Social. Año 11 No. 21. Carrera de Trabajo Social, FCS/UBA

[http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/07\\_Rovere.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/07_Rovere.pdf) **Tobar, F** (2012). Breve historia del sistema argentino de salud En: GARAY, O (Coordinador) "Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal". Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012 <https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Modulo-2-Tobar-historia-SSA.pdf>

**Trotta, O.** (2021) Hacia un sistema nacional integrado de salud, el desafío pospandemia. En diario Pagina 12, 18/06/2021 <https://www.pagina12.com.ar/348641-hacia-un-sistema-nacional-integrado-de-salud-el-desafio-posp>

**Veronelli, C** (2003) Los orígenes de las instituciones de salud pública en la Argentina. Tomo 2. OPS <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3477/argentina-salud-publica-historia-tomo2.pdf?sequence=1>