

## CAPÍTULO 4

# El Sistema de Salud Argentino Breve recorrido histórico político desde mitad del siglo XIX hasta la actualidad

*Susan López*

### Introducción

En este capítulo se propone realizar una descripción histórica y cronológica del sistema de Salud Argentino haciendo hincapié en la conformación de la organización político administrativa de los tres subsectores que lo componen. Subsectores: público, seguridad social y privado.

La configuración actual de la organización política y administrativa del campo de la salud argentino tiene sus antecedentes después de la mitad del siglo XIX. Sin embargo, la consolidación de la organización tripartita data de mitad del siglo XX. En primer lugar, cuando el Estado adquiere un papel activo en la organización y administración de la salud pública. Esto ocurre en el primer gobierno de Perón con la creación del Ministerio de Salud que tendrá como primer protagonista al Dr. Ramón Carrillo. Cabe resaltar que la fortaleza que adquirió el subsector público fue y es tan relevante que resistió a los embates de varios intentos por privatizarlo, sea por las dictaduras cívico-militares o los gobiernos de corte neoliberal.

En cuanto a la forma que adquirió el subsector de la seguridad social, si bien tiene antecedentes en el siglo XIX el funcionamiento, organización y normalización de las llamadas Obras Sociales data del 1970 con la creación de la ley 18610. Las Obras Sociales se conforman como el seguro social para la protección social de salud y otros beneficios para los asalariados y sus familiares. Estas nacieron y se fortalecieron en relación directa con las organizaciones de trabajadores.

Pocos años después surgieron las entidades de la medicina prepagas, que muchas crecieron al calor de modelos de salud mercantiles importados de los países del hemisferio norte.

Cabe resaltar que la existencia de los hospitales de la comunidad, que surgieron al amparo de las migraciones del siglo XIX, modernizados a los tiempos que corren, también conforman el actual subsector privado. La tendencia a la mercantilización de la medicina de la mano de las políticas neoliberales ofreció un buen plafón para la creación de sus propios prepagos. Además

son proveedores, mediante convenios, de servicios de internación y prácticas médicas de muchas obras sociales.

Cabe resaltar que desde la organización administrativa y desde la oferta de servicios, el sistema de salud argentino cubre, en teoría, a toda la población. Sin embargo, la garantía de la accesibilidad para todos no responde a parámetros lineales sino que están determinados por relaciones complejas entre los diferentes agentes que conforman el campo de la salud en cada momento histórico político. La pugna ideológica, política y económica juega un papel central en el entrecruzamiento de la financiación y prestaciones para garantizar la efectiva accesibilidad a la atención a la enfermedad para toda la población.

## **Antecedentes del Sistema de Salud Argentino<sup>25</sup>**

De un modo muy general puede decirse que, como en la mayoría de los países del mundo, los sistemas de salud surgen para dar respuestas a las amenazas de las epidemias, como por ejemplo de fiebre amarilla, cólera, tuberculosis, viruela, fiebre tifoidea y tifus. En este sentido, Argentina no fue una excepción aunque su condición de exportador de materias primas le imprimió un sesgo de predominancia de las medidas sanitarias en relación al puerto de Buenos Aires.

De allí que, en sus inicios, en Argentina existía un Departamento Nacional de Higiene (creado en 1880) que principalmente se dedicaba al cuidado de los puertos que era el lugar de intercambio con otras naciones, fronteras y limpieza general de municipios. Anteriormente eran acciones aisladas, por ejemplo los primeros servicios de salud estaban destinados a atender la salud de los soldados en las campañas del desierto y la Guerra del Paraguay. También con la creación de este Departamento se produjo un pasaje de atribuciones del poder local al nivel central.

El financiamiento del mismo era con recursos del Estado, provenientes de impuestos implementados por normas legales. La forma de gestión predominante se puede caracterizar como descentralizada y anárquica, respondía a la demanda puntual y de corto plazo.

Hasta la mitad de los años 40 del siglo XX el sistema estaba conformado por una multiplicidad de instituciones, casi todas de beneficencia y algunos hospitales de comunidad.

El rol del Estado era prácticamente subsidiario y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial.

La concepción de salud dominante (paradigma) de esa época sostenía que el cuidado de la salud era de responsabilidad individual y objeto de la caridad.

Hacia fines del siglo XIX se evidenció un crecimiento urbano. El mismo se explica en gran parte por las corrientes migratorias, principalmente europeas, y esta situación explica a su vez las nuevas orientaciones que asumió el Estado en materia de salud pública. Las epidemias de

---

<sup>25</sup> Para ampliar sobre los antecedentes véase a Isuani y Mercer , 1986.

Cólera y luego Fiebre Amarilla aceleraron los procesos del saneamiento urbano en la zona del puerto. Pocos años después se incorpora una Comisión de asilos y hospitales y en 1888, se crea el servicio de sanidad escolar.

Todas estas incipientes medidas de salud pública estuvieron acotadas en algunos aspectos que tenían vital importancia para el comercio internacional. La transformación más importante ocurrió recién a partir de 1943, con la organización de los servicios de salud estatales.

Hasta ese momento, el Departamento de Higiene dependía del Ministerio del Interior, pero a partir de 1943 se convierte en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Conjuntamente con la Secretaria de Trabajo y Previsión Social a cargo del entonces Coronel Perón, y se generó una política tendiente a consolidar el apoyo de los sectores populares al Gobierno satisfaciendo mejores condiciones de vida. En 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública la cual luego se convertirá en Ministerio de Salud con el Dr. Ramón Carrillo como el primer Ministro al frente de esa cartera.

## Conformación de los subsectores del Sistema de Salud Argentino

La organización del sistema de salud argentino está conformado por tres subsectores. Los mismos a su vez se diferencian en su forma de **financiamiento** (de donde provienen los recursos económicos), de **cobertura- beneficiarios** (para quién es) y de **prestación** (con cuales prestadores-efectores). A continuación se ilustra en el cuadro N°1.

**Cuadro N°1**

SUBSECTORES DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO			
	PÚBLICO	SEGURO SOCIAL (O.O.SS.)	PRIVADO
FINANCIAMIENTO	Presupuesto vía impuestos	Aportes de trabajadores y empleadores	Pago de bolsillo
COBERTURA	Universal y gratuito	Para los trabajadores y su grupo familiar	Para quién realiza el pago
PRESTACIÓN	Efectores públicos (Hospitales, centros de salud)	-Efectores propios -Convenio con efectores privados y públicos	-Privado -Efectores propios en el caso de Hosp./santuario con prepagas

Fuente: *Elaboración propia*

Hay que tener en cuenta, que en cada uno de estos subsectores hay diferentes actores que participan para ofrecer servicios de atención a la enfermedad en todo el país. Dentro de los principales actores encontramos al Estado, las entidades médicas y de profesionales de la salud, las

organizaciones gremiales y sociales, las empresas prestadoras sean de internación o de diagnóstico-terapéuticas, la industria farmacéutica, etc., que interactúan y pujan por mejores condiciones dentro de cada subsector y en las distintas jurisdicciones del país.

Por otra parte, en cada subsector hay diferencias en relación a la población destinataria, los servicios que brindan y también los recursos con que cuentan. Esta es una de las principales razones por la que se sostiene que nuestro sistema se caracteriza como heterogéneo, fragmentado y desigual.

Heterogéneo por la cantidad de prestaciones y prestadores que coexisten, fragmentado por la falta de articulación que se observa en muchas oportunidades entre las distintas jurisdicciones, y desigual porque, para los casos de la seguridad social y medicina prepaga, las coberturas de las prestaciones suelen ser de diferentes calidades, dependiendo del tamaño y los recursos financieros de las mismas.

## 1. Subsector Público

La actual organización política administrativa tiene una organización vertical coordinada por el Ministerio de Salud a nivel nacional. A su vez cada jurisdicción provincial también tiene un organismo rector y cada municipio una secretaria.

Figura N°1



El Gobierno Nacional fija sus objetivos y políticas en el campo de la salud a través del Ministerio de Salud que cumple una función de conducción y dirección. A su vez este ministerio, cuenta con organismos descentralizados como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO) y el Instituto Nacional de Microbiología Dr. Carlos Malbrán, entre otros.

En 1981 se creó el Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por las principales autoridades de salud de las 24 provincias del país. Este Consejo constituye el espacio donde se

observan las problemáticas de salud comunes a todo el país, se establecen metas y se adoptan decisiones compartidas entre las diferentes jurisdicciones.

Cabe aclarar que los Ministerios de Salud Provinciales son quienes tienen la gerencia y gestión política y técnica de todos los establecimientos y programas de salud, además los Municipios suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para realizar acciones de salud en forma independiente.

Como se dijo anteriormente el subsector público se financia con recursos provenientes del tesoro nacional vía la recaudación de impuestos. Los prestadores de servicios asistenciales se realizan a partir de efectores públicos: Hospitales, centros de salud, dispensarios, postas sanitarias. Las distintas problemáticas de las enfermedades pueden ser resueltas en establecimientos de diferentes complejidades. El sistema ofrece los centros de salud como el primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema. Los hospitales de segundo nivel cuentan con varias especialidades médicas y el tercer nivel ofrece atención especializada de alta complejidad para patologías específicas (Salud Mental, Infecciosas, Gastroenterología, Quemados, etc. o para grupos específicos, por ejemplo hospital de niños)

**Figura N°2**



*Fuente: Elaboración propia*

## Origen y desarrollo del Subsector Público

La consolidación de la organización político administrativa y el crecimiento de la infraestructura del sistema público se dieron en la gestión del Dr. Ramón Carrillo. A modo de ejemplo, se

puede ilustrar con la ampliación del número de camas hospitalarias que se duplicaron, en estrecha relación con la construcción y adecuación de establecimientos de salud. El hospital público se convirtió en el eje de la atención y el ministro Carrillo pretendió una estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público, dejando el sector privado para los sectores más pudientes.

Con la gestión de Ramón Carrillo frente al Ministerio de Salud se expresó una fuerte voluntad de regulación de la atención de la enfermedad por parte del Estado, como así también el propósito de garantizar la accesibilidad a los servicios de atención médica a los sectores menos recursos. Esta meta es una de las principales razones de la creación de centros de salud y establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación del recurso humano en salud pública. Durante la gestión de Carrillo, la esperanza de vida aumentó en 5 años, la tasa de mortalidad infantil descendió a la mitad, y la tuberculosis en un 75%.<sup>26</sup>

Esta gran capacidad asistencial fue un gran instrumento de legitimación del gobierno peronista<sup>27</sup>, pero además la atención hospitalaria se había incorporado en el comportamiento colectivo del cual, aún hoy, no es fácil retroceder porque allí se asentaron las bases del derecho a la salud.

Por esa razón, caído Perón hubo intentos de descentralización para disminuir el papel central y coordinador que se había tenido desde el Estado con el accionar del Ministerio de Salud Pública y Acción Social. Desde ese momento, puede observarse un claro cambio de modelo de estatista y garantizador e incluyente hacia uno desconcentrador y excluyente.

Con el gobierno de Illia, se intentó recomponer el protagonismo del Estado recuperando su rol orientador pero la puja que sostuvo el Ministro Oñativia con la industria farmacéutica empujó e interrumpió el proceso democrático.

Hasta entonces el financiamiento de este subsector fue exclusivamente por rentas generales, proveniente de impuestos. La idea de establecer un mecanismo financiador de las prestaciones fue propuesta durante el gobierno de facto de Onganía para constituir un seguro de salud. Hacia fines de la década del 60 la conflictividad social se incrementó y se desencadenó el estallido social conocido como el Cordobazo. En ese contexto surge el Pacto Sindical Militar que dará lugar a la creación de la primera ley de Obras Sociales hacia fines de 1969.<sup>28</sup>

Después de asumir la presidencia Héctor Cámpora, en 1974, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ley 20.748). Con esta ley, el Estado recobraba su rol protagónico y pugnaba por hacer efectivo el derecho a la salud. Este debía actuar como financiador y ser garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario. A su vez permitía la incorporación de provincias, universidades y del sector privado por medio de convenios. El SNIS, no

---

<sup>26</sup> Pigna 2020.

<sup>27</sup> Véase Cendali 2009.

<sup>28</sup> Para ampliar véase Belmartino 1994.

prosperó en general por falta de apoyo de las organizaciones sindicales y del sector privado, sólo lo adoptaron las provincias de San Luis, Chaco y Formosa. Pero fue desapareciendo de las partidas presupuestarias hacia 1977.

A partir de la dictadura cívico militar del año 1976 se agudizó la descentralización, se debilitó claramente el protagonismo del Estado y se desfinanció. Desde entonces el Estado fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios.<sup>29</sup>

Al mismo tiempo que se comenzó el camino hacia la privatización, se permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, consolidándose el modelo prestador de servicios sumamente tecnologizados.

Con la llegada de la democracia en 1983, el gobierno de Raúl Alfonsín intentó recomponer el rol del Estado y avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de Salud (SNS). Los enconados debates con la dirigencia sindical se recuerdan con los 13 paros que Saúl Ubaldini, Secretario General de la CGT, le realizó al gobierno radical. La mayor resistencia estuvo dada por los gremios que no querían perder el manejo de los fondos de sus obras sociales. Esta ley establecía que las Obras Sociales eran agentes prestadores del SNS.

La Ley del SNS se aprobó después de muchas idas y vueltas, al inicio del gobierno de Menem desdoblándose en la Ley de Obras Sociales N° 23.660 y la del SNS N° 23.661. Si bien ambas leyes comenzaron a regir a principios de los años 90, el sistema no registró un cambio significativo hasta las reformas impulsadas por el gobierno de Menem. Ya en la década de los '90 se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización y el Estado se fue debilitando. La lógica imperante a partir de ese momento vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo pasó al mercado.

Para poder comprender este giro, se debe entender que esta transformación responde a toda una reforma en el Estado. Las reformas en este sector corresponden a las reformas de “segunda generación” impulsadas por los organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Estas reformas fueron impulsadas para dar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas, es decir, a las políticas de ajuste estructural.<sup>30</sup>

Las medidas fueron de recorte administrativo financiero, por ejemplo la nueva modalidad de gestión financiera de los hospitales, profundización de la **descentralización, privatización** de servicios de salud y la puesta en marcha de **programas focalizados**, por ejemplo el primero fue el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN).

La descentralización ya estaba bastante consolidada hacia 1991, pero la medida más relevante fue la creación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93), que proponía transformarlos en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del recupero de las prestaciones realizadas a beneficiarios de OO.SS, Prepaga y del posible aranceamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. La atención

---

<sup>29</sup> Para ampliar véase Róvere 2011,

<sup>30</sup> Para ampliar véase Laurell 1997.

médica gratuita quedaba así, restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado.

El modelo de autogestión no llegó a consolidarse totalmente porque el arancelamiento de los servicios hospitalarios tuvo una aplicación muy limitada. En parte por la falta de pago por parte de las Obras Sociales de "sus afiliados" que usaban las instalaciones del subsector público y por la baja capacidad de contribución de los usuarios. Este es un claro ejemplo de subsidio encubierto por parte del sistema público al sistema de seguridad social. Además, la reorganización y subcontratación se fueron desvirtuando a medida que se verificaba la ausencia de un adecuado gerenciamiento.

Asimismo, y al mismo tiempo que decaía la atención médica gratuita en los hospitales, crecía su demanda como consecuencia del incremento del desempleo con la consiguiente pérdida de cobertura de Obra Social. En ese contexto, los efectores públicos cada vez más desfinanciados atendían a un número creciente de personas.

Las políticas de salud neoliberales que se impulsaron en este período, bajo la égida bancomundialista, se caracterizaron por la reducción del gasto público social, la descentralización, la focalización y la privatización.

Otra innovación que trajo aparejada esta reforma fue la intención del Ministerio de Salud de trasladar paulatinamente el "*subsidio a la oferta*" por el "*subsidio a la demanda*". En sentido general significaba dar el servicio según la demanda. Esto implicó que además se exigieran, por los sucesivos planes de ajuste, cada vez más condiciones para poder acceder a estos beneficios.

Después del cambio de gobierno en octubre de 1999, el régimen de Hospitales de Autogestión fue reemplazado por el de Hospitales de Gestión Descentralizada. Sin embargo, no existieron modificaciones sustantivas respecto del mecanismo de cobro.

El impacto de estas políticas, con priorización del mercado y minimización del Estado, se tradujo en retrocesos en las condiciones de vida de la mayoría de los argentinos profundizándose la brecha de desigualdad social, con un fuerte deterioro del tejido social que terminó con el estallido de diciembre de 2001 y con el país subsumido en la peor crisis que haya registrado la historia argentina y en el enriquecimiento de unos pocos.

La recuperación del protagonismo estatal regresó de la mano del gobierno popular de Néstor Kirchner a partir de 2003. La política pública de los gobiernos Kirchneristas se caracterizó con un activo rol del Estado en el campo de las políticas sociales, marcada por la transversalidad de las acciones y un fuerte trabajo territorial. Destacándose la direccionalidad de políticas de inclusión, acompañado por un amplio marco jurídico que le dio sustento y consolidación al considerar a todas las personas como sujetos titulares de derechos. Las leyes de Matrimonio Igualitario, Identidad de Género, Salud Mental, Derechos del Pacientes, Protección Integral a las Mujeres, etc. Como así también la creación de nuevos hospitales, la ampliación del calendario de vacunación, la Asignación Universal por Hijo (AUH), son algunos ejemplos de estas acciones.

En 2015, con la asunción de la alianza Cambiemos observamos un corrimiento hacia la disminución del protagonismo estatal en cuestiones sociales y de protección social, con un claro regreso de los lineamientos de las políticas neoliberales. Desde la degradación de los Ministerios

de Salud y Trabajo a Secretarías, pasando por la reducción del calendario nacional de inmunización, la disminución de la cobertura de medicamentos para jubilados y pensionados, desinversión en ciencia y tecnología y producción pública de medicamentos, el retiro de equipos territoriales, hasta la fuerte tendencia de la atención a la salud centrada en la enfermedad haciendo hincapié en la atención hospitalocéntrica, con eje en la guardia emergentológica. El impulso dado a la Cobertura Universal de Salud (CUS) con el tramposo lema “*llegar a los 15 millones de argentinos sin cobertura*”, fue un claro ejemplo de cómo incorporar el aseguramiento y mercantilización de servicios de salud.

Hacia fines de 2019 asume al gobierno el Frente de Todos, se recupera el Ministerio de Salud y se refuerza el accionar del Estado. Dentro de las principales políticas de salud se observa la organización y reorganización con prioridades de asistencia en los establecimientos de internación, equipamientos y vacunación para enfrentar la pandemia de COVID-19. Cabe destacar que el gobierno puso a disposición alojamientos en hoteles o centros sociales y culturales para cumplir con el período de aislamiento para los enfermos que no tenían condiciones para realizarlo. Además se desarrollaron varios programas con la finalidad de prevenir y cuidar la salud. Por ejemplo, centros de testeos, campañas de comunicación, prevención, vacunación, etc.

## 2.- Subsector de Seguro Social (Seguridad Social)

Este subsector se constituyó como un seguro social para la protección y asistencia a la enfermedad de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de un porcentaje de la nómina salarial tanto del trabajador del 3%<sup>31</sup> como del empleador 6%<sup>32</sup>. La ley que dio sustento a esta conformación fue la N° 18610/69. La misma además, creó el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) que se encargaba de coordinar e integrar las actividades de las obras sociales. Entre sus acciones estableció un Fondo de Redistribución para compensar las desigualdades entre OO.SS.

Históricamente, el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio para todo trabajador en relación de dependencia. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Las características centrales que le otorgaron, desde su creación, una singularidad única a las Obras Sociales Argentinas son: la obligatoriedad de la adhesión, el principio de solidaridad, acotadas al trabajador asalariado y la pertenencia por rama de actividad.

---

<sup>31</sup> Con excepción de las OOS provinciales o regímenes especiales, que tienen un porcentaje mayor de aporte.

<sup>32</sup> Con excepción de las OOS provinciales o regímenes especiales, que tienen un porcentaje mayor de aporte

Se resalta el carácter solidario. El mismo queda establecido a partir de la constitución de un fondo común para ser usado por quien lo necesite independientemente del valor absoluto del dinero aportado.

La otra característica es la rama de actividad. Esto se comprende por la forma en que surgió cada una de las obras sociales. La relación directa con la pertenencia a una asociación gremial de trabajadores de una rama de actividad laboral. Por ejemplo: Ferroviarios, Construcción, Industria del Vidrio, trabajadores Metalúrgicos, Docentes, Camioneros, Panaderos, etc., etc.

**Figura N° 3**



*Fuente: Elaboración propia.*

### **Origen del Seguro Social. Las Obras Sociales**

Las asociaciones de ayuda mutua, las asociaciones obreras, principalmente mutuales son los antecedentes de nuestras obras sociales.

La primera asociación mutual fue la Sociedad Topográfica Bonaerense de 1857. Hacia fines del s.XIX se comenzaron a registrar las primeras huelgas, y empezaron a adquirir características de organizaciones de negociación y lucha gremial. Aún frente a estas modificaciones estas organizaciones no perdieron su carácter mutualista.

Es a partir del gobierno peronista, hacia mediados de los años 40, cuando estas mutuales comienzan a tener dinámica de obras sociales. Por ejemplo, el gremio de los ferroviarios, con el apoyo del Ministerio de Trabajo construyó establecimientos hospitalarios para sus trabajadores en varias localidades del país.

El subsector de Obras Sociales está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

El sistema de Obras Sociales se consolidó como tal, recién en 1970 y después de que se aprobara la ley 18610 como resultado del pacto sindical-militar en el gobierno del general Onganía. Esta ley dio el marco regulatorio que permitió la extensión de manera obligatoria a toda la población trabajadora y a los jubilados y pensionados. Aunque estas existían desde mucho antes, la modalidad que tenían era muy diferente a la que conocemos. Durante las décadas del 50 y del 60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas sólo en parte a través de servicios propios, es a partir de esa ley se unificaron algunos criterios de prestaciones y obligaciones.

Desde sus inicios, las Obras Sociales han sido una fuente de poder económico para el liderazgo sindical y contribuyeron al mismo tiempo a sostener su poder político.

La expansión de las obras sociales respondió a dos fenómenos:

**A la voluntad estatal** de fortalecer las estructuras sindicales y transformarlas en los pilares de su proyecto político

**A las demandas de los dirigentes sindicales**, para quienes las O.S. constituían una fuente de poder económico y legitimación frente a sus bases.

Existen diferentes tipos de Obras Sociales predominando las relacionadas con: sindicatos, empresas del Estado, administración mixta como el caso del PAMI, y otras específicas, FF.AA, universidades, empresas, etc. Esta conformación actualmente se ha modificado en consonancia con las políticas implementadas para el sector, y particularmente a partir de las reformas neoliberales de los años '90.

Las Obras Sociales provinciales (IOMA – Pcia de Bs.As., IAPOS -Pcia de Santa Fe, APROSS -Pcia. de Córdoba, etc), son 24 instituciones que otorgan cobertura a casi el 30% de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependencias

A modo ilustrativo véase el Cuadro N°2 para observar la cantidad de OO.SS. que existían en 1985 y los beneficiarios de cada tipo. Este cuadro demuestra el claro predominio de beneficiarios de obras sociales sindicales.

En la dictadura cívico militar del período 1976-1983, las obras sociales no disminuyeron de modo significativo las prestaciones aunque los sindicatos habían sido intervenidos. La dictadura intentó quitarles poder y propuso una nueva organización a partir de la Ley 22.269 de 1980, pero la misma nunca fue reglamentada.

**Cuadro N°2**  
**Población beneficiaria por categoría institucional. 1985**

<b>Naturaleza Institucional</b>	<b>Beneficiarios titulares</b>	<b>%</b>	<b>Cantidad de O. S.</b>	<b>%</b>
Sindicales	2.194.661	12,68	199	68,39
Estatales	287.060	1,66	16	5,5
Por Convenio	77.974	0,45	31	10,65
Personal directivo	264.346	1,53	24	8,25
Administración mixta	4.389.300	25,36	12	4,12
Por adhesión	25.858	0,15	3	1,03
Ley 21.476	16.998	0,10	5	1,72
De empresas	7.302	0,04	1	0,34
<b>Total</b>	<b>7.263.499</b>	<b>41,97</b>	<b>291</b>	<b>100,00</b>

*Fuente. Elaboración con datos de Isuani, Mercer. 1986*

En la década de los años 90, y como vimos anteriormente el sistema de salud fue sujeto de la reforma neoliberal. Recordemos también, que hacia fin de los años 80 y con el gobierno de Alfonsín, el intento de la creación del Seguro Nacional de Salud (SNS) que pretendía unificar los fondos para garantizar el financiamiento del sistema encontró una gran resistencia por parte de los sindicatos. El resultado de esa disputa se dirimió con dos leyes que se sancionaron en el inicio del gobierno de Carlos Menem.

La creación del SNS, ley N° 23661 y la ley N° 23660 para las OO.SS. La nueva norma que desde entonces regula las OO.SS. mantenía el manejo de los fondos por parte de cada OO.SS. y las convirtió en agentes prestadores del SNS, bajo la coordinación de la Administradora Nacional del Seguro de Salud. (ANSSAL).

Las Obras Sociales con más de 300 instituciones a comienzos de la década del '90, eran los agentes centrales del seguro de salud, daban cobertura al 50,2% de la población con seguro obligatorio. A partir de 1996 estuvieron bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), entidad que reemplazó a la ANSSAL.

Cabe resaltar que en general, salvo casos contados como Ferroviarios, Bancarios y algún otro, estas entidades no contaban con provisión directa de servicios, con lo cual para proveer los mismos realizaban convenios con establecimientos privados de internación, diagnóstico y tratamientos.

Por eso cuando se reguló el funcionamiento de las OO.SS. se afianzó la tendencia (ya existente) de que las OS concretaran contrataciones con el sector privado. Esa es la razón por la que se sostiene que el subsector privado creció a expensas de las OO.SS.

Isuani y Mercer (1986) relevaron que entre 1969 y 1980, los establecimientos asistenciales de las Obras Sociales representaban solamente el 4% de los establecimientos del sistema de

salud. Mientras que entre 1980 y 1995, se observó un descenso de esta participación que alcanzó tan sólo el 1%.

Durante la década de los años noventa, y en el contexto de las reformas, el gobierno abrió el juego al sector privado y conjuntamente con las organizaciones de empleadores y el Banco Mundial propuso con insistencia la necesidad de mejorar la eficiencia de los servicios de salud para los asalariados. La pretensión por implementar la libre competencia entre los seguros privados y las obras sociales para que ofrecieran servicios en forma conjunta no prosperó. Sin embargo, sí fue una medida de presión para que las organizaciones sindicales accedieran a la flexibilización laboral.

El Decreto 9/93 habilitó a los trabajadores a optar por una Obra Social que no perteneciera a la actividad económica de empleo. Esto permitió el desplazamiento de las afiliaciones hacia aquellas Obras Sociales donde, aprovechando algunas ambigüedades de la legislación, los sindicatos habían acordado con empresas de medicina Prepaga la transferencia de contribuciones patronales y personales. Por otra parte, se legisló la libre elección entre Obra Social y seguro privado para el personal jerárquico. En la práctica, la conjunción de estos factores permitió la ampliación de la participación del sector privado en el sistema de cobertura de salud de los asalariados. Este proyecto de desregulación de las Obras Sociales erosionó el monopolio de los sindicatos en la provisión y financiamiento de la cobertura de salud de los asalariados.

Una referencia particular merece el Programa Médico Obligatorio (PMO), creado por la Resolución 247/96, y que conforma un extenso y completo listado de prestaciones a cubrir por los prestadores y agentes del sistema. .

**A través del PMO se estableció la obligación de cubrir los tratamientos psiquiátricos, del HIV y problemas de drogadicción, que en general quedaban excluidos de la cobertura.**

**No Pueden establecerse períodos de carencia, es decir tiempos mínimos de espera para poder gozar de determinadas prestaciones, ni cargos adicionales fuera de los expresamente indicados en el PMO.**

**La empresa no puede negar una cobertura, con independencia de lo que se disponga en el contrato, si es de cumplimiento obligatorio por el PMO.**

Cabe resaltar que en la mayoría de los países las reformas bancomundialistas impulsan un paquete o canasta mínima de prestaciones. Sin embargo, e PMO en Argentina toma como referencia o piso al Nomenclador Nacional que es un listado extenso codificado de patologías y prácticas. Que a su vez está en constante ampliación, dado que la aprobación por ley de cualquier problema de enfermedad, automáticamente ingresa al PMO y deberá ser cubierto por los tres subsectores. La superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es la entidad responsable de velar por el cumplimiento de las normativas que rigen para las OO.SS. como así también el traspaso de los afiliados.

## Programa de Atención Médica Integral (PAMI)

Una mención especial merece la OO.SS. de los Jubilados y Pensionados. El Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

En el contexto de regulación de las obras sociales sindicales se creó en 1971, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INNSJyP) mediante el Decreto Ley 19.032, con el propósito de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria.

Así se instrumentó el conocido PAMI, la OO.SS. más grande y también la prestadora de servicios que en la actualidad brinda sus servicios también a los familiares, Veteranos de la Guerra de Malvinas, alcanzando alrededor de cinco millones de beneficiarios.

El PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral) cubre al 91% de la población mayor de 65 años. En cuanto a la población cubierta por el PAMI debe destacarse que ésta no ha sido siempre la misma, sino que se han ido incorporando nuevos sectores. Al conjunto de jubilados y pensionados, se sumaron mediante el Decreto 28/74 los beneficiarios de pensiones por vejez, invalidez y leyes especiales. En 1988 se sancionó la Ley 23.569 que estableció la incorporación a la nómina de beneficiarios del INSSJP de toda persona mayor de 70 años que no fuera titular o adherente a otra obra social. En 2005 se incorporó a los veteranos de guerra por la Resolución 191/2005. Así, en la actualidad la población beneficiaria del PAMI está compuesta mayoritariamente por jubilados, pensionados y sus familiares, además de discapacitados y veteranos de guerra.

El financiamiento es a través de impuestos sobre los salarios de los trabajadores activos y sobre los ingresos de los jubilados además de subsidios de emergencia realizados por el gobierno.

El PAMI cubre aproximadamente al 9.2 % de la población total. En comparación con el PMO los afiliados del PAMI reciben, teóricamente, mejor atención que la exigida a las obras sociales. El PAMI brinda servicios médicos, cuidado hospitalario, prescripción de medicamentos, odontología y geriatría. No existen copagos o deducibles, excepto en caso de medicamentos y cuidados especiales. El INSSJP también provee una variedad de servicios sociales que incluye asistencia financiera y alimentación a los beneficiarios pobres.

La provisión de los servicios médicos fue hasta marzo de 2022 por intermedio de proveedores capitados. Anteriormente el beneficiario tenía asignado un médico de cabecera y lugares de internación, actualmente puede elegir libremente dentro de los médicos del sistema. El PAMI también provee atención primaria y especializada y cuidado con internación domiciliaria además de establecimientos de atención médica sean de las clínicas, sanatorios u hospitales. Hace unos pocos años el sistema comenzó a tener prestadores propios y hoy -marzo de 2022- los *beneficiarios pueden elegir un médico dentro de la lista de los que ofrece el sistema*.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Véase nota de la página web del PAMI. <https://www.pami.org.ar/novedades/novedad/1052>

### 3.- Subsector Privado

Este subsector se caracteriza por brindar prestaciones de atención médica personalizada, sea en consultorios privados de profesionales médicos y/o en establecimientos sanatoriales.

El financiamiento de este subsector es a partir del aporte voluntario y anticipado de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos o altos ingresos.

Actualmente existen beneficiarios del sistema de OO.SS que trasladan sus aportes a una empresa de medicina prepaga, en general con un costo adicional.

La prestación es brindada por efectores privados y la cobertura es para aquellos que para obtenerla pagan por los servicios, o sea es individual y está en relación directa con el pago.

#### Origen y Desarrollo del Subsector Privado

Los antecedentes históricos se remontan a barberos, cirujanos, boticarios que atendían la demanda personal. Hacia fines del s. XVIII comienza el ejercicio de la práctica médica, pero la elevada proporción de médicos por habitantes comienza a partir de 1960.

Las primeras instituciones privadas fueron muy modestas y en su mayoría pertenecían a las colectividades. El primero fue el Hospital Francés 1832, luego el Británico 1844, le siguieron el Alemán, Español, Italiano. Gran parte de ellos se establecieron antes de 1920 en Capital Federal. Además estaban los establecimientos privados de propiedad de particulares y las sociedades de socorros mutuos.

Mucho más tarde y en consonancia con lo que ocurría en otras partes del mundo surgieron los sistemas prepagos, esto se dio en Argentina hacia fines de los años 70. Iniciaron sus actividades sin capacidad instalada propia, subcontratando servicios a sanatorios y clínicas.

Bajo la denominación generalizada de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos, mucho mayor que el de las Obras Sociales.

Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina (CIMARA) y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP) (que representa a las empresas sin servicios propios). Las cámaras agrupan a la totalidad de las empresas que más de dos tercios de las mismas están radicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó. Mientras que a fines de la década de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50%. A su vez, la capacidad instalada del subsector se duplicó entre 1969 y 1995 como así también, el número de camas.

Finalmente, cabe señalar que a pesar de que el gasto anual de este sector en valores absolutos es menor en comparación con el subsector público y las Obras Sociales, su gasto per cápita es el más elevado.

Asimismo, este subsistema está conformado por un conjunto de instituciones muy heterogéneas, con gran número de entidades, costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. Por otra parte, en los últimos años, las condiciones económicas nacionales e internacionales contribuyeron a la aparición de capitales externos que ingresaron al campo de los servicios privados.

Para comprender el funcionamiento de este subsector hay que tener en cuenta que, la intervención regulatoria por parte del Estado ha sido mínima. La resolución 2181 del año 1980 de la Secretaría de Comercio establecía las condiciones a registrar en los contratos, pero éstas se refieren a características de los convenios (individual o colectivo); porcentajes de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; normas aplicadas a la provisión de servicios y; formas de pago de las primas y reintegros.

Con la reforma de los años 90 las empresas fueron consideradas agentes del SNS y debían cumplir, según la ley 24754, con el Plan Médico Obligatorio (PMO), igual que las OO.SS.

Existieron varios proyectos para tratar de regular sus prestaciones, situación que se alcanzó recién en 2011 con la ley 26682. Entre las principales medidas estaba la eliminación del periodo de carencia, la exclusión por patología preexistentes y el aumento del valor de la cuota por edad.

## Algunos Datos del Sistema de Salud

El gasto en salud representa el 9,7 % del PBI. (Valor para 2018).

- El gasto del subsector público en salud es de 2,52% (Como % del PBI,2018).
- El gasto del subsector de la Seguridad Social es de 3,55% (Como % del PBI),2018).
- El gasto del subsector privado es de 3,62 % (Como % del PBI.2018).

### 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

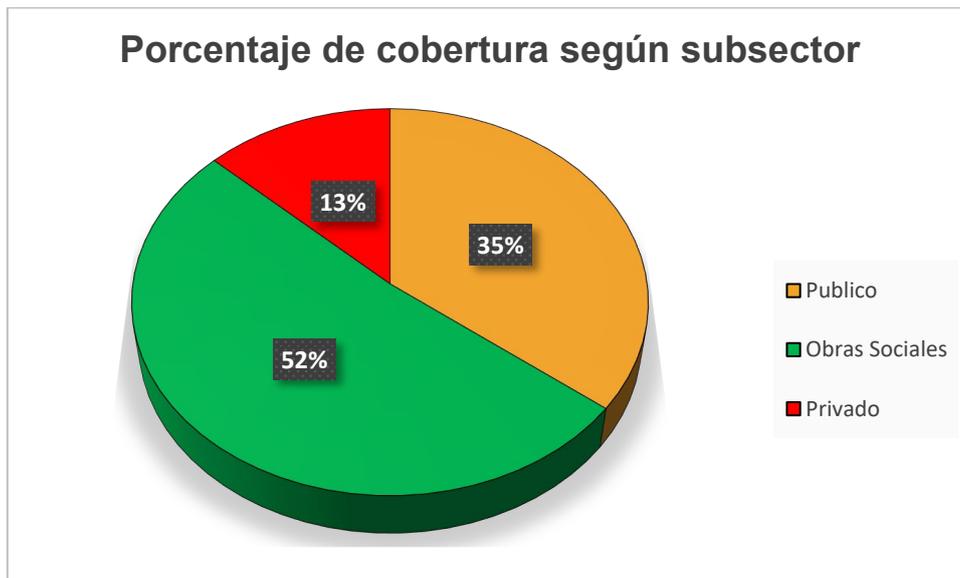
Fuente: Oficina de Presupuesto del Congreso (OPC) 2021

El cuadro anterior revela con claridad que toda la población tiene cobertura para la atención de la enfermedad. Sin embargo también nos muestra que muchos beneficiarios tienen más de una cobertura. Esto puede deberse a una elección propia, por ejemplo incorporar una prepaga, o ser beneficiario de diferentes seguros de salud, situación que viene dada por la estructura familiar donde los cónyuges comparten beneficios de diferentes OO.SS.

A modo ilustrativo se grafican los porcentajes de cobertura según la naturaleza del subsector.

Cabe aclarar que para el subsector de Obras Sociales se incluyen a las Obras sociales sindicales, provinciales y el PAMI:

**Gráfico N° 1**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y DEIS. 2018-2020

## Conclusiones

El sistema de salud argentino se caracteriza como heterogéneo, fragmentado y desigual por su complejidad dada por las múltiples relaciones y disputas de intereses entre actores, financiadores y prestadores tanto al interior como entre subsectores.

Asimismo, la historia del formato actual se remonta a la década de los años cuarenta y a la constitución de un sistema sustentado en un modelo de desarrollo económico basado en el mercado interno y en el pleno empleo. En ese contexto, el subsector público se conformó como tal, bajo una fórmula universalista de atención que encuentra, con el paso de los años, serias limitaciones en su impacto real.

Simultáneamente a este proceso, se fue consolidando el subsector del seguro social (Obras Sociales) que es un elemento central y constitutivo del sistema de salud argentino. Este subsector, que tiene antecedentes que datan del siglo XIX, logra convertirse en un actor central del sistema durante el siglo XX. La fortaleza y consolidación de los sindicatos, columna vertebral del

peronismo, pugna por la cobertura de salud para los trabajadores y familiares dejándolo sujeto a la rama de actividad. El principio que rigió fue la solidaridad, que se observó principalmente al interior de los gremios.

Entonces, tenemos un sistema de salud conformado por un sector público que brinda cobertura médica a toda la población y con una constante búsqueda de llegar a los sectores más carenciados. Un subsector de OO.SS. que pretende dar cobertura a los trabajadores asalariados pero que no asegura a aquellos que engrosan el creciente grupo de los desempleados y, sobre todo, de trabajadores informales. Aunque cabe resaltar la incorporación en los últimos años de los monotributistas. Y, por último, un subsector privado, que apunta a los estratos sociales con mayor capacidad de adquisitiva, pero que -como consecuencia no buscada de la acción/inacción de las OO.SS. - está logrando una cada vez mayor inserción como prestador del subsector de OO.SS, por lo que se desdibuja como competidor.

En este contexto, la reforma del área que se llevó a cabo a partir de los noventa con una clara búsqueda de la mercantilización del sistema de salud, se centró en los subsectores públicos y de OO.SS, aunque el impacto esperable sobre el conjunto del sistema será consecuencia, fundamentalmente, de la reforma de este último subsistema. Esto fue así porque, en relación al sector público, la reforma -basada en el proceso de descentralización-, no era realmente un elemento novedoso ya que desde la década de los años setenta se vienen impulsando este tipo de transferencias desde la Nación hacia las provincias. En el caso del subsector de OO.SS., la desregulación, la libre elección de los beneficiarios y la obligatoriedad de cumplir con el PMO fueron tal vez los rasgos prioritarios que asumió el sistema de salud argentino.

Asimismo, el espíritu que guió estas reformas fue más bien de corte fiscal y no priorizó una reconversión de las capacidades institucionales y de gerenciamiento de los hospitales. La atribución de capacidades decisorias a los niveles subordinados de las organizaciones (desconcentración), por un lado, y la descentralización con transferencia de funciones a los niveles regionales, provinciales o locales de gobierno, por el otro, implicaron una redefinición del papel normativo y orientador del Ministerio de Salud.

En todo ese periodo, la autogestión de los hospitales públicos, la descentralización, la focalización de los planes y programas de salud y la tendencia a la mercantilización del sistema fueron rasgos que perduraron en el tiempo.

Podemos concluir entonces, que los gobiernos que sostienen y sostuvieron políticas públicas inclusivas pensadas en el beneficio de la mayoría de la población impulsaron un rol activo del Estado en la garantía del derecho a la salud. Mientras que los gobiernos que impulsaron la reducción del gasto público en favor del mercado y priorizaron las acciones que minimizaron el acceso a los servicios de atención y prevención de enfermedades, excluyen a muchos sectores del derecho a la salud.

## Bibliografía

- Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial (1993). *Invertir en Salud*, Washington D.C, Julio de 1993.
- Belmartino, S. (1994). Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. En: *Cuadernos Médico Sociales N°68:5-27*; Rosario.
- Cendali, F. (2009). Políticas de salud en tres peronismos, En: *Cuadernos para la emancipación. Salud y Educación.* Año 5, No 5, abril de 2009. Córdoba.
- Cetrángolo, O, Devoto, F. (1998). *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a equidad.* En: *Nexo. Rev. del Hospital Italiano de Bs.As.* v.18(3). 1998 y v.19(1) 1999.
- Escudero, J. C. y López, S. (1998). La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la salud argentina. En: *Salud, Problema y Debate N°20*. Buenos Aires.
- ISAG-UNASUR (2012). Sistema de salud de Argentina En: *Sistemas de salud en Suramérica. Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.* Ligia Giovanella y col. Organizadores. Págs. 72-163. Rio de Janeiro.
- Isuani, E. y Mercer, H. (1986) La Fragmentación Institucional del Sector Salud en Argentina. ¿Pluralismo o Irracionalidad? En: *Boletín Informativo Techint N° 244*.
- Laurell, Asa C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa.* México: Fundación Friedrich Ebert. Ediciones Era.
- López, S. (2015). El sistema de salud argentino en los 90 y en los 2000 ¿Qué cambió y qué continuó? *Ficha de cátedra. Medicina Social/Salud Colectiva. FTS UNLP.* La Plata
- López, S. (2006). El sistema de salud Argentino. *Ficha de cátedra de Medicina Social.* FTS-UNLP. Disponible en: [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)
- OPC. (2021). Disponible en: <https://www.opc.gob.ar/evaluacion-politicas-de-gobierno/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/>
- Pigna, F. (2020). Ramón Carrillo, Precursor del sanitarismo argentino. Disponible en : <https://www.elhistoriador.com.ar/ramon-carrillo-precursor-del-sanitarismo-argentino/>
- Rovere, M.. (2011). La salud en la Argentina. Alianzas y conflictos en la construcción de un modelo injusto. Facultad de Ciencias Sociales UNER. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
- Superintendencia de Servicios de Salud (2022). *Estadísticas.* Disponible en: [https://www.sssa-lud.gob.ar/index.php?page=estad\\_ben](https://www.sssa-lud.gob.ar/index.php?page=estad_ben)
- Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario. En: *DPP 108. CIPPEC.* Buenos Aires.