

Matías Salvador Ballesteros

CONICET. Universidad de Buenos Aires. Argentina

matiballesteros@yahoo.com.ar

EL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO: UN ANÁLISIS A PARTIR DE LA EVOLUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DESDE MEDIADOS DEL SIGLO XX A LA ACTUALIDAD

Resumen: *Analizamos la evolución de los establecimientos de salud argentinos desde mediados del siglo XX hasta la actualidad y su vínculo con los cambios en el sistema sanitario y en los roles que asumió el Estado. Del siglo XX, destacamos el aumento constante en el peso relativo de los efectores del subsector privado. A su vez, mostramos la compleja relación entre los actores del sistema en el marco de una escasa articulación y control del Estado. Del siglo XXI, resaltamos el crecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención y una serie de políticas para jerarquizarlos. Sin embargo, señalamos como característica principal la continuidad en rasgos estructurales del sistema, que permitió la consolidación de reformas neoliberales realizadas en los 90.*

Palabras clave: *sistema de salud, evolución del sistema sanitario, establecimientos sanitarios, políticas sanitarias, Argentina*

The Argentine health system: an analysis on the basis of the evolution of health facilities since the mid-twentieth century to the present

Abstract: *We analyze the evolution of Argentine health facilities since the mid-twentieth century to the present and its link with the health system changes and the roles assumed by the State. We highlight the constant increase in the relative weight of establishments in the private subsector as the main trend of the twentieth century. In turn, we point out the complex relationship among the actors of the system, in the context of a weak articulation and State control. As regards the 21st century, we stress the growth of the institutions of primary care level and a series of policies to give them hierarchies. However, we note the continuity in structural features of the system as the main characteristic, which allowed the consolidation of the neoliberal reforms carried out in the 1990.*

Keywords: *health system, health system evolution, medical facilities, health policy, Argentina*



Introducción

Argentina tiene un sistema de salud segmentado (en el que conviven distintos sistemas de aseguramiento), fragmentado (sin articulación entre los distintos subsectores e incluso en el interior de ellos), superpuesto, heterogéneo y con desigual calidad en la atención, resultado de diversas transformaciones y tendencias históricas. En el artículo, analizamos la evolución de los establecimientos del sistema de salud argentino desde mediados del siglo XX hasta la actualidad. Nos centramos en la cantidad de establecimientos y camas de los distintos subsectores que componen el sistema de salud (público, seguridad social y privado) y en los niveles de dependencia dentro del subsector público (nacional, provincial y municipal). A su vez, para comprender el vínculo entre la evolución de los establecimientos con los cambios acontecidos en el sistema de salud y los distintos roles que asumió el Estado, nos basamos en distintas fuentes bibliográficas. Entendemos que este breve recorrido histórico nos permite enmarcar algunos rasgos actuales del sistema de salud en tendencias de largo alcance.

Metodología

Para analizar la evolución de la cantidad de establecimientos y camas de los subsectores del sistema y los niveles de dependencia dentro del subsector público, nos basamos en información proveniente de los catastros nacionales de recursos y servicios de salud realizados en 1958, 1968 y 1980 publicados por el Ministerio de Salud y Acción Social (1985) y la Guía de Establecimientos Asistenciales de 1995 publicada por el Ministerio de Salud y Acción Social (1997). Destacamos que entre las dos publicaciones que realizó el Ministerio de Salud y Acción Social (1985 y 1997) hay diferencias sobre los establecimientos contabilizados, ya que en la publicación de 1997 se excluyeron “a) los establecimientos de Fiscalización, Producción y gran parte de los de investigación, b) los escuadrones, comandos, pelotones o destacamentos de sanidad de las FFAA y los puestos de enfermería y hospitales de las unidades penales, c) las residencias geriátricas” (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997: 37). Estos datos habían sido relevados e incluidos en los catastros anteriores. Para poder comparar los resultados de 1995, el Ministerio de Salud y Acción Social realizó una actualización de los



resultados de 1980 excluyendo esos establecimientos. Sin embargo, no se realizó esta actualización para los resultados de 1958 y 1969. Por lo tanto, la comparación que puede realizarse es por un lado de los resultados de 1958, 1969 y 1980, y por el otro, los de 1980 y 1995. Cabe destacar que son leves los cambios en los resultados de 1980 a partir de que se excluyen los establecimientos anteriormente detallados.

Luego de la Guía de Establecimientos Asistenciales de 1995 no se volvió a realizar un nuevo relevamiento de este tipo. Entre 1998 y 2000 se efectuó una actualización de la Guía de Establecimientos, aunque ésta no se pudo completar en todas las provincias. Sin embargo, a partir de 2009 se creó el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) que incluye a todos los establecimientos sanitarios del país del sector público y privado y cuya actualización y mantenimiento es jurisdiccional¹. A partir del Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA), se puede obtener información de los establecimientos, como tipo de establecimiento, subsector al cual pertenecen y nivel de dependencia para los públicos. En el artículo trabajamos con un reporte de marzo de 2015.

Cabe destacar que no encontramos ninguna publicación que compare los resultados de la Guía de Establecimientos asistenciales de 1995 con el REFES. Consultamos con distintas fuentes del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL)², que nos transmitieron las dificultades para comparar los datos. Por un lado, porque existe una leve diferencia entre ambas fuentes con relación a cómo definir el establecimiento de salud y por lo tanto la contabilización. El catastro tiene un criterio administrativo y físico (en un edificio puede haber más de un establecimiento si tiene más de una dependencia administrativa), mientras que el REFES tiene exclusivamente el criterio físico. Esta diferencia de criterio podría provocar que se sobreestimen los datos de la Guía de Establecimientos o se subestimen los datos del REFES (según con qué criterio trabajemos). Sin embargo, las fuentes consultadas nos aseguraron que son situaciones excepcionales en las que la Guía de Establecimientos Asistenciales contabilizó más de un establecimiento en un edificio.

A su vez, es necesario excluir algunos establecimientos registrados en REFES, ya que no han sido contabilizados en la publicación de la Guía de Establecimientos Asistenciales de 1995 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997). Hemos

¹ Información recuperada de https://sisa.msal.gov.ar/sisa/sisadoc/docs/050101/refes_intro.jsp

² Entrevistamos a un técnico de la Dirección de Estadísticas de Información de Salud (DEIS-MSAL)-Dirección encargada de la Guía de Establecimientos de Servicios de Salud de 1995, y al director de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud (MSAL) –área a cargo del SISA– y a técnicos de distintas áreas del MSAL usuarios cotidianos del SISA.

excluido los establecimientos catalogados por el REFES como 1) dependientes de las FFAA y de los servicios penitenciarios y 2) “destinados a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación destinada a resolver la demanda en la tercera edad en carácter de residencia geriátrica” (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997).

Por último, también nos informaron que hay diferencias en cómo se contabilizan las camas. La Guía de Establecimientos contabiliza la dotación (las camas realmente disponibles). Por su parte el REFES expresa las camas habilitadas (un establecimiento puede tener habilitadas más camas de las que efectivamente tiene en funcionamiento) y también le solicita al establecimiento que indique cuántas están disponibles. Si bien en principio se podría comparar las camas contabilizadas por la Guía de Establecimientos con las que figuran en el REFES como disponibles, las fuentes consultadas nos informaron que esa opción todavía no está implementada en el uso cotidiano de los establecimientos.

Debido a estas complejidades, decidimos no analizar la evolución de la cantidad de camas durante el siglo XXI. En cambio, sí incluimos el análisis de la cantidad de establecimientos. Las diferencias mencionadas en la forma de contabilizar establecimientos y el hecho de tratarse de distintas fuentes pueden generar ciertas imprecisiones para realizar comparaciones. Sin embargo, entendemos que las diferencias entre los resultados de ambas fuentes exceden a estas imprecisiones metodológicas y dan cuenta de importantes transformaciones que se han producido en el sistema sanitario durante los últimos veinte años.

La evolución de los establecimientos de salud durante el siglo XX

La periodización del sistema sanitario argentino que realizan los distintos autores consultados es muy similar aunque presenta algunos matices. Para visualizar algunas diferencias en la forma de distinguir los períodos, en el Esquema 1 resumimos esa información. Todos los autores coinciden en señalar el período del primer y segundo gobierno peronista³ (1946-1955) como un punto de inflexión, aunque algunos (Belmartino, Susana, 2005; PNUD, 2011) ya marcan en la gran etapa previa dos momentos distintos (hasta 1920 y de 1920 a 1940). Con excepción de Belmartino

³ Belmartino (2005) ubica el inicio de este período en 1943.



(2005), existe consenso en señalar el fin de la primera etapa del peronismo como el inicio de un nuevo período, aunque hay mayores diferencias en cuándo se cierra esta etapa iniciada en 1955. Así, mientras algunos autores (Belmartino, 2005; PNUD, 2011) lo ubican hacia 1970, ya que entienden que la universalización del subsector de obras sociales para los trabajadores registrados y sus familias (a partir de la Ley 18.610) reestructura profundamente las características del sistema en su conjunto, otro grupo (Fidalgo, Maitena, 2008; Tobar, Federico, 2001) considera que el período se cierra hacia 1976, incluyendo los cambios del sistema de salud como parte de las transformaciones de las políticas sociales, del rol del Estado y de la estructura social argentina que se producen a partir del golpe militar; y por último, un tercer grupo (Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar, 1997; Repetto, Federico et al., 2001; Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana, 2002), más centrados en los cambios que ocurren en el subsector público, ubican el fin del período hacia 1978, a partir de características que asumirá el proceso de descentralización de los hospitales públicos. A su vez, algunos de los autores (Belmartino, 2005; PNUD, 2011) señalan las reformas que se realizan en la década del 90 como momento de finalización del período anterior e inicio de un nuevo período. Por último, y esto también vinculado con las fechas de las publicaciones, PNUD (2011) trabaja de forma diferenciada los cambios sucedidos a partir de la crisis del 2001-2002 y la posterior recuperación económica del país.

Esquema 1. Distintas periodizaciones de la evolución del sistema de salud argentino

Autor	1920	1943-46	1955	1970	1976-78	1990	2002	Actualidad
Belmartino (2005)	Yellow	Yellow	Red	Red	Green	Green	Purple	Diagonal
PNUD(2011)	Yellow	Yellow	Red	Orange	Green	Green	Purple	Blue
Fidalgo (2008)	Yellow	Yellow	Red	Orange	Green	Green	Green	Diagonal
Tobar (2001)	Yellow	Yellow	Red	Orange	Green	Green	Green	Diagonal
Bisang y Cetrángolo (1997)	Yellow	Yellow	Red	Orange	Green	Green	Green	Diagonal
Repetto et al. (2001)	Yellow	Yellow	Red	Orange	Green	Green	Green	Diagonal
Acuña y Chudnovsky (2002)	Yellow	Yellow	Red	Orange	Green	Green	Green	Diagonal

Fuente: Elaboración propia.



En este artículo, si bien recuperamos el aporte de los distintos autores, nos basamos en la periodización que se propone en PNUD (2011: 7). Allí se distinguen seis períodos: 1) hasta 1945, 2) de 1945 a 1955 (“los años de planificación centralizada”), 3) de 1955 a 1970 (“modelo pluralista de planificación descentralizada”), 4) 1970 a 1990 (“consolidación y crisis del sistema fragmentado”), 5) 1990-2001 (“la desregulación de los mercados de la salud”) y 6) luego del 2001 (“intentos de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social”).

Como ya mencionamos, distintos autores coinciden en señalar los cambios realizados durante el primer peronismo como un punto de inflexión a partir del cual comprender la evolución que tendrá el sistema durante el siglo XX. La etapa previa se caracteriza por una débil presencia del Estado en la organización de los servicios y por una amplia y heterogénea gama de instituciones (mutuales organizadas por nacionalidades, doctrinas, ideologías y ramas de actividad, hospitales de comunidades, hospitales privados con fines de lucro, sociedades de beneficencia y hospitales públicos) altamente fragmentadas y sin ningún tipo de coordinación (PNUD, 2011). Si bien existían instituciones financiadas con recursos públicos, la cobertura gratuita estaba garantizada solo para quienes eran catalogados como “pobres de solemnidad” (Belmartino, 2005: 31). Siguiendo a Tobar (2001: 4), el Estado liberal asume en el campo de la salud la función de “policía médica”: su preocupación principal estaba centrada en que no se expandieran las epidemias que pudieran afectar la economía.

Cabe destacar que a pesar de los grandes cambios en la organización del sistema que se producirán en las etapas posteriores, una característica presente desde esta época son las fuertes diferencias en las coberturas y accesos a los servicios que las distintas instituciones brindaban a sus beneficiarios, fuertemente condicionadas por las desiguales capacidades financieras (Belmartino, 2005; PNUD, 2011). Otra característica que continuará en las siguientes etapas son las profundas heterogeneidades jurisdiccionales en la oferta de servicios. En gran medida, ello se debió a que el Estado nacional centró principalmente sus recursos en la Ciudad de Buenos Aires y dejó a cargo de los gobiernos provinciales (con escasos recursos y distintas perspectivas sobre cuál debía ser su rol ante las problemáticas sociales) la constitución de los



sistemas de salud del interior (Carbonetti, Adrián, 2005: 93).

El período 1945-1955 abarca los dos primeros gobiernos peronistas (1946-1955) y está caracterizado por un cambio en la concepción política sobre la responsabilidad de la salud, que deja de ser pensada como una problemática individual y pasa a ser estatal (Tobar, 2001: 7). Se produce una gran expansión de la cobertura sanitaria y se nacionaliza gran parte de los servicios de salud públicos, produciendo una fuerte dependencia del sistema respecto del presupuesto del Estado nacional (Acuña y Chudnovsky, 2002: 20). A su vez, en este período las mutuales se empiezan a reagrupar a partir de ramas de actividad, generando las organizaciones que luego tomarán el nombre de obras sociales (Acuña y Chudnovsky, 2002; Belmartino, 2005). La gran expansión del subsector público nacional junto con el impulso dado al subsector de obras sociales refleja la tensión de dos modelos impulsados por el propio Estado: el de seguridad social/universalista donde se garantiza el acceso a la salud a toda la población financiado por el Estado (subsector público), frente a un modelo de seguro social (que en Argentina toma el nombre de seguridad social) basado en entidades intermedias que contratan proveedores y es financiado por los trabajadores y empleadores (Tobar, 2001: 6-7). Siguiendo a Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Corech (2004: 480) las instituciones sanitarias pasan a tener una dependencia dual entre dos secretarías con proyectos en pugna

...la Secretaría de Salud Pública, a cargo de la sanidad y de la asistencia médica de la población de menores recursos, y la Secretaría de Trabajo y Previsión, a cargo de la asistencia médica y social de grupos *especiales* de trabajadores (Veronelli, Juan Carlos, y Veronelli Corech, Magalí, 2004: 480).

Si bien años más tarde la Secretaría de Salud Pública alcanza el rango de ministerio, la dualidad de la dependencia continuó.

Además, Belmartino (2005:115-117) sostiene que en muchos casos las propuestas técnicas chocan con las conveniencias políticas, impidiendo que la expansión de los servicios opere bajo una lógica centralizada y de unidad. Es por todo lo anterior que la ampliación del acceso a la atención de la salud a vastos sectores sociales se produce a partir de un sistema fragmentado y con subsectores que coexisten sin estar integrados, características que lo acompañarán hasta la

actualidad (PNUD, 2011).

En las tablas 1 y 2, podemos ver cómo algunas de las características desarrolladas para el período se reflejan en la información que suministra la publicación de los resultados de los catastros. La Tabla 1 muestra la cantidad de camas por subsector entre 1946 y 1969. Para 1946, inicio del período analizado, solo contamos con los datos de las camas en hospitales públicos, que eran 63 mil. Podemos ver que para 1958, poco tiempo después de finalizar el segundo gobierno peronista, las camas del subsector público aumentan más de 50%, llegando superar las 97 mil, lo que da cuenta de la expansión de la cobertura de salud de este subsector. Además, vemos la dependencia del sistema hacia el Estado nacional en el hecho de que 80% de las camas y 68% de los establecimientos (Tabla 2) apenas finalizado el período dependen del sector público (en gran medida del Estado nacional).

Tabla 1. Cantidad de camas por subsector. Argentina 1946-1969

Subsector	1946 (1)		1958(2)		1969 (2)	
	F	%	F	%	F	%
Público	63000		97319	80	97688	74
Obras sociales	Sin datos		6028	5	4977	4
Sector privado	Sin datos		17903	15	30095	22
Total	Sin datos		121250	100	133847	100

Fuente: (1) Isuani y Mercer (1985) (extraído de Acuña y Chudnovsky, 2002:21). (2) Ministerio de Salud y Acción Social (1985).

Tabla 2. Cantidad de Establecimientos por subsector. Argentina 1958-1969

Subsector	1958		1969	
	F	%	f	%
Público	2474	68	3720	58
Obras sociales	111	3	264	4
Privado	1066	29	2485	38
Total	3651	100	6469	100

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (1985).

A partir del derrocamiento del segundo gobierno



peronista (1955) y hasta 1970 se desarrolla un nuevo período. Una de sus principales características es que se transfieren responsabilidades regulatorias e institucionales a las provincias. En lo que respecta a los servicios de salud públicos, se produce una fuerte descentralización del subsector desde la nación a las provincias y, en menor medida a los municipios, que continuará en los siguientes períodos (Findling, Liliana, y Tamargo, María del Carmen, 1994; Belmartino, 2005). Otra tendencia que se inicia en esta etapa, y que también continuará en las posteriores, es el retraimiento del peso del subsector público. Como decíamos anteriormente, en las tablas 1 y 2 vemos que para 1958, en el inicio de este período, el subsector público cuenta con el 80% de las camas y el 68% de los establecimientos, mientras que en 1969 cuenta con el 74% de las camas y el 58% de establecimientos. Con relación a la cantidad de camas, se mantienen prácticamente constantes en el sector (pasaron de 97.319 a 97.688 camas), mientras que en el número de establecimientos observamos que si bien se produce un fuerte aumento (pasan de 2.474 a 3.720), se genera un descenso relativo debido a que el mismo es considerablemente menor que el de los otros subsectores, sobre todo del privado (cuyos establecimientos pasan de 1.066 en 1958 a 2.485 en 1969).

La contracara de este proceso es que en este período también comienza la tendencia de aumento del peso del subsector privado. Es importante marcar esto ya que varios de los autores consultados ubican el inicio de este proceso en 1970, a partir de la generalización del sistema de obras sociales para los trabajadores en relación de dependencia. Sin embargo, y siguiendo a Belmartino (2005), el importante aumento de los efectores del subsector privado ya comienza en los 50 y 60, y se explica porque se continúan expandiendo las obras sociales, pero el impulso a su capacidad instalada propia, característico de los 40 y la primera parte de los 50, cede a la estrategia de contratación de servicios del ámbito privado. Rovere (2004: 3) plantea que la transferencia a las provincias y municipios, pero también al sector privado, de funciones, infraestructura y competencias estuvo signada por una marcada intencionalidad política del gobierno de facto (autodenominado Revolución Libertadora) de diferenciarse del peronismo.

Por otro lado, cabe destacar que al relacionar las tablas 1 y 2 también surge un cambio en la organización de los

establecimientos que seguirá en los próximos períodos. Observamos que a partir de 1958 disminuye constantemente la cantidad de camas por establecimientos. Si las comparamos con la cantidad de camas por establecimientos que hay en 1969, vemos se reducen a casi 40% (pasan de 33 camas a 21 camas). Esto se debe a un cambio en la modalidad de los establecimientos: a partir de 1958 decrecen constantemente el peso de los establecimientos de internación (Ministerio de Salud y Acción Social, 1985).

El inicio de un nuevo período hacia 1970 estará marcado por la Ley 18.610, dictada por el gobierno de facto presidido por el general Juan Carlos Onganía, a partir de la cual se generaliza la cobertura vía obras sociales para la población asalariada registrada (que trabaja en el sector formal de la economía) y sus familia, ya que se hacen obligatorios los aportes a este subsector por parte de los empleadores y trabajadores (Belmartino, 2005). La ley se produce un año después del Cordobazo (mayo de 1969), el pico de una escalada de conflictividad social en el que cobran protagonismo los militantes sindicalistas de base y se ve socavada la legitimidad (y por lo tanto la capacidad de contención) de las cúpulas sindicales. En este marco, la Ley 18.610 tiene como trasfondo restituir “el modelo sindical al viejo esquema establecido por Perón. El objetivo era recentralizar el movimiento obrero y otorgarle financiamiento a fin de contener la militancia de base” (De Fazio, Federico, 2013: 308).

Además, a partir de la Ley 19.032 el sistema también se extendió a los jubilados y pensionados (PNUD, 2011: 8). Producto de esos cambios se estima que las obras sociales pasaron de cubrir el 37% de la población total en 1960, a cerca de 70% a principios de los 80, convirtiéndose este sector en el principal eje articulador del sistema y relegando a la red de prestadores públicos la atención de los sectores carenciados y sin cobertura (Cetrángolo, Oscar, y Devoto, Florencia, 1998: 5). Cabe destacar que si bien las obras sociales funcionaban como un sistema solidario en su interior, ya que en un mismo rubro (comercio, por ejemplo) había salarios muy disímiles y los asalariados recibían los mismos beneficios, había gran heterogeneidad entre los recursos por beneficiario que manejaban las distintas obras sociales, que se profundizará con los cambios ocurridos en los 90.

Las tablas 3 y 4 dan cuenta de la particular forma en que se consolidó el subsector de las obras sociales a partir de su



fuerte vínculo con los proveedores privados de servicios de salud: mientras que el subsector privado aumenta fuertemente su representación, al pasar de tener el 38% de los establecimientos y el 22% de las camas en 1969 a 43% de los establecimientos y 31% de las camas en 1980, las obras sociales mantienen constante su importancia y permanecen durante todo el período con un peso marginal (mantiene el 4% de los establecimientos y pasan de 4% a 5% de las camas). Siguiendo a PNUD (2011:7), las obras sociales se consolidaron como financiadores del sistema, con una prestación directa marginal, al orientar su demanda hacia el subsector privado (efectores, laboratorios y productores de equipamiento médico) permitiendo su fuerte expansión. Por su parte, las organizaciones de proveedores (tanto de profesionales independientes como de clínicas y sanatorios privados) comenzaron a controlar en este período el mercado de los servicios de salud de forma oligopólica (Belmartino, 2005: 242).

^{4/5} Figuran dos datos para los resultados del catastro de 1980. Esto, porque en el relevamiento de 1995 se excluyeron "a) los establecimientos de Fiscalización, Producción y gran parte de los de investigación, b) los escuadrones, comandos, pelotones o destacamentos de Sanidad de las FFAA y los puestos de enfermería y hospitales de las unidades penales, c) las residencias geriátricas" (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997:37). Estos datos habían sido relevados e incluidos en los catastros anteriores. Para comparar los resultados de 1995, el Ministerio de Salud y Acción Social actualizó los resultados de 1980 excluyendo esos establecimientos. Sin embargo, no se actualizó para los resultados de 1958 y 1969. Por lo tanto, la comparación es por un lado de los resultados de 1958, 1969 y 1980; y por el otro, los de 1980 y 1995.

Tabla 3. Cantidad de camas por subsector. Argentina 1969-1995⁴

Subsector	1969 (1)		1980 (1)		1980 (2)		1995 (2)	
	F	%	F	%	f	%	f	%
Público	97688	74	94883	63	91034	62	84094	54
Obras sociales	4977	4	8079	5	8045	6	4375	3
Sector privado	30095	22	47048	31	46611	32	67198	43
Total	133847	100	150010	100	145690	100	155822	100

Fuente: (1) Ministerio de Salud y Acción Social (1985). (2) Ministerio de Salud y Acción Social (1997).

Tabla 4. Cantidad de Establecimientos por subsector. Argentina 1969-1995⁵

Subsector	1969 (1)		1980 (1)		1980 (2)		1995 (2)	
	F	%	F	%	f	%	f	%
Público	3720	58	5123	53	4648	51	6971	44
Obras sociales	264	4	374	4	364	4	222	1
Privado	2485	38	4145	43	4039	45	8873	55
Total	6469	100	9642	100	9051	100	16066	100

Fuente: (1) Ministerio de Salud y Acción Social (1985). (2) Ministerio de Salud y Acción Social (1997).

Siguiendo a Belmartino (2005), entre las obras sociales y las organizaciones de proveedores se produce un *pacto corporativo*, que se mantiene estable en el período, pero que contiene tensiones que terminarán de estallar en el próximo. Las obras sociales permitían a sus afiliados elegir entre una amplia gama de efectores, a quienes se les pagaba por acto médico. No existía ninguna otra regulación a la asignación de recursos que la establecida en la relación médico-paciente. En este contexto, se producen excesos de gastos no justificados, nocivos para la viabilidad financiera del sistema (Belmartino, 2005: 244). La falta de regulación entre estos subsectores, así como la imposibilidad de coordinarlos con el subsector público, ha sido el problema principal de la política sanitaria argentina (PNUD, 2011: 9). En ese marco, el nomenclador nacional de prestaciones de salud dictado en 1977, a partir de cual se establecían los precios por cada uno de los servicios prestados, juega un importante rol en la regulación de la relación entre las obras sociales y los efectores privados. En este sentido, Ernesto Báscolo (2008: 9) plantea que el Estado cumple con el rol de *árbitro* sobre los precios del sector, asumiendo “una función de regulación macro sobre el funcionamiento general del sistema”, en el marco de un débil control general.

Cabe destacar que el subsector privado se vio favorecido por la política económica de sobrevaluación de la moneda nacional junto con la reducción de las barreras arancelarias desarrollada por la última dictadura militar, ya que fue un incentivo para que los prestadores importaran tecnología médica (Cetrángolo y Devoto, 1998). Además, los precios que establecía el nomenclador nacional de prestaciones de salud también favorecieron la inversión en servicios intensivos en capital y de alta complejidad en detrimento del trabajo clínico (Belmartino, 2005: 180-181).

La contracara de este proceso fue la continuación del retroceso del subsector público. Mientras que en 1969 este subsector contaba con el 74% de las camas (Tabla 3) y el 58% de los establecimientos (Tabla 4); en 1995, ya finalizado el período, pasó a tener el 54% de las camas y el 44% de los establecimientos. Además, continuó el traspaso de servicios de salud del subsector público desde el Estado nacional hacia las provincias y los municipios. Por ejemplo, con la Ley de Descentralización Hospitalaria (19032/71) alrededor de 100 establecimientos son transferidos desde la nación



a las provincias (Fidalgo, 2008: 53). También con la última dictadura militar se siguió con el proceso de descentralización. Hacia a fines de los 70 se produce el traspaso de 65 hospitales nacionales a distintas jurisdicciones, pero lo que caracterizó al mismo fue que se realizó sin ningún tipo de compensación presupuestaria, entonces es posible afirmar que la transferencia obedeció a motivaciones fiscales antes que a razones de política sectorial (Bisang y Cetrángolo, 1997). En la Tabla 5 vemos que en 1980 solo 1,1% y en 1995 solo 0,2% de los establecimientos dependían de Nación. La descentralización de los centros de salud sin recursos dejó a las provincias en una situación muy endeble para sostener los servicios que, agudizado por las crisis económicas que atravesó el país, produjo un fuerte deterioro (Chiara, Magdalena et al., 2009).

Tabla 5. Establecimientos asistenciales del subsector público por nivel de dependencia y año. Argentina 1980-1995

	Nacional		Provincial		Municipal		Otras oficiales		Total
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	
1980	51	1,1	3507	75,5	903	19,4	187	4,0	4648
1995	16	0,2	4628	66,4	2003	28,7	324	4,6	6971

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (1997).

En la Tabla 5 también se ve que luego de 1980 se produce un aumento de la dependencia municipal de los establecimientos públicos (pasan de 19,4% a 28,7% de 1980 a 1995), en detrimento de la proporción que dependen de las provincias y de nación. El aumento de la proporción de los establecimientos públicos se explica principalmente por la descentralización de los servicios de salud de la provincia de Buenos Aires. El proceso descentralizador en Buenos Aires comienza a fines de los años 70 y se profundiza en los 80 cuando también se incorpora el financiamiento de los servicios de salud en la coparticipación provincial (Chiara et al., 2009). Según los datos de la Guía de Establecimientos Asistenciales, para 1995 el 88% (1.548) de los establecimientos de la provincia de Buenos Aires dependen de los municipios. Estos 1.548 establecimientos representan el 77% del total de los establecimientos municipales del país (2.003 establecimientos) (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997: 72). En menor medida, los datos también dan cuenta de la descentralización que se comienza a producir en

Córdoba. En 1987 se reforma la Constitución provincial que desencadena un primer proceso de transferencia de servicios a los municipios. Iván Ase (2006) denomina este primer período (1988-1995) de tipo gradualista en el que “primó la búsqueda de consenso entre los actores involucrados” y lo diferencia un segundo período (1995-1999) en el que “primó la urgencia y compulsividad en la transferencia de los efectores de salud”. Hacia 1995, la provincia contaba con el 21,8% de sus establecimientos municipales (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997: 72), mientras que ya para 1996 se municipalizan casi todos los efectores y la totalidad de los del primer nivel de atención (Ase, Iván, 2006: 205).

Por otro lado, como lo sintetiza Belmartino (2005), en los 80 las obras sociales entran en una profunda crisis debido a que terminan de estallar las tensiones detalladas anteriormente en su relación con el subsector privado. A las prácticas habituales de sobrefacturación de los prestadores privados por la falta de control de las obras sociales, se le sumó el aumento de los costos por la utilización de la tecnología adquirida por el subsector privado. Esta conjunción de elementos, sumada a la disminución de beneficiarios y de recursos (producto de los cambios en el mercado de trabajo que se generaron desde fines de los 70), produjeron que hacia fines de los 80 las obras sociales se encontraran sumergidas en una profunda crisis financiera. En cuanto a los servicios que las obras sociales cubrían, se generó un importante detrimento en su calidad y continuidad, ya que los efectores privados recurrieron a la cesación de servicios ante la falta de pago de aranceles (esta situación continuará hasta avanzada la década del 90). Otra de las estrategias ante la crisis financiera adoptada por las obras sociales fue la implementación de copagos (implican una erogación del bolsillo del afiliado para utilizar determinados servicios), impactando negativamente en la equidad del acceso a los servicios (Báscolo, 2008). Estas limitaciones en los servicios recibidos por parte de los beneficiarios de las obras sociales generó que algunos sectores de mayores recursos contrataran empresas de medicina prepaga, mientras que quienes no podían costearla comenzaron a utilizar en forma creciente los servicios del subsector público (Belmartino, 2005: 187).

Con el inicio de la década del 90 se abre un nuevo período (denominado por PNUD (2011) “la desregulación de los mercados de la salud”). La crisis financiera en la que



se encontraban inmersas las obras sociales se agravará a partir de la Ley de Convertibilidad (1991), ya que no pueden utilizar más la inflación como estrategia para licuar deuda (Belmartino, 2005). A eso se le suma el descenso de los aportes a la seguridad social, en línea con las políticas de la reducción del costo de los asalariados como uno de los ejes centrales de aumento de la competitividad del modelo económico (Báscolo, 2008). Siguiendo a Belmartino (2005: 229-230), la crisis financiera del subsector de obras sociales es uno de los aspectos que enmarcan el cambio de las “reglas de juego” entre las obras sociales y los efectores privados en los 90. Durante el gobierno menemista se producen grandes cambios en la relación entre el subsector privado y el de las obras sociales. Debido al colapso del subsector de obras sociales, la modalidad de contrato pasa de pago por acto médico a los contratos de riesgo. Con estos contratos, las obras sociales se asocian con algunos efectores privados o gerenciadoras sin capacidad instalada, a quienes les pagan una cápita por afiliado, y caen sobre ellos los riesgos y la responsabilidad del control de la sobrefacturación o sobreprestación.

Sin embargo, esta nueva modalidad de la relación, sumada a la desregulación de las obras sociales, aumenta la heterogeneidad de servicios y desigualdad en los accesos por parte de sus beneficiarios, ya que los mecanismos de regulación pasan a estar orientados a garantizar exclusivamente el equilibrio financiero de las obras sociales, con grandes diferencias de recursos, en un contexto de carencia absoluta de control estatal. Así, por ejemplo, entre los mecanismos de regulación adoptados, se pone un tope a la utilización de tecnología por mes. Una vez alcanzado ese tope, el profesional debe esperar hasta el próximo mes para utilizarla, generando un fuerte deterioro en la calidad del servicio. El tope varía según la cápita que cada obra social puede pagar. Por lo tanto, los contratos de riesgo implicaron un fuerte recorte en los servicios ofrecidos por las obras sociales con menores recursos (Belmartino, 2005: 229-230). En este marco deja de ser utilizado el nomenclador nacional de prestaciones de salud para la fijación de precios, y es sustituido por las negociaciones locales y regionales entre los actores con responsabilidad en la gestión de los contratos y los prestadores (Báscolo, 2008: 20).

En paralelo, en 1993 el gobierno decreta la desregulación de las obras sociales (decreto 9/1993), aunque entra en vigencia

recién en 1997. La reforma permite a los trabajadores (que se llevan consigo sus aportes a la seguridad social) optar entre las múltiples obras sociales y pactar planes diferenciales de salud (Cetrángolo y Devoto, 1998), bajo el argumento que de esta forma se generaría una competencia que traería mayor eficiencia al sistema (Findling y Tamargo, 1994). Uno de sus objetivos era achicar el número, hacer que éstas sean más eficientes y disminuir la heterogeneidad de recursos entre ellas. Sin embargo, esto no sucede: la cantidad de obras sociales apenas disminuye, a la vez que continúa habiendo una gran heterogeneidad en el número de afiliados que manejan y en los recursos por afiliados (Belmartino, 2005). Además, los sindicatos logran imponer una cláusula por la que los aportantes no pueden optar por las empresas de medicina prepaga, ya que éstas captarían a los beneficiarios de mayores recursos rompiendo la solidaridad hacia el interior de la obra social que caracterizaba al sistema. A pesar de ello, las prepagas hicieron acuerdos con algunas obras sociales para transferir filiados. De esta forma, los asalariados de mayores recursos y más jóvenes (con menores riesgos de enfermarse) “se pasan” a esas obras sociales, aunque en realidad se escapan del subsector y pasan a ser aportantes directos del subsector privado (Belmartino, 2005; Fidalgo, 2008).

Acompañando estas reformas, en 1996 se decreta el Plan Médico Obligatorio (PMO), que es un conjunto mínimo de prestaciones que las obras sociales deben cubrir a sus afiliados. A su vez, se destina una parte de lo recaudado por todo el sistema (Fondo Solidario de Redistribución) para contribuir con los trabajadores cuyos aportes se encuentran por debajo de los costos del PMO. De esta forma, las obras sociales pueden brindar un plan que asegure las prestaciones básicas del PMO a todos los afiliados, pero ofrecer más servicios a otros afiliados, permitiendo la emergencia de planes diferenciales en una misma obra social. Se garantiza una cobertura mínima para los afiliados que menos aportan con relación a su grupo familiar, y ya no una cobertura homogénea para todos los afiliados, profundizando la fragmentación y desigualdad del sector (PNUD, 2011: 26).

A su vez, la década del 90 estuvo marcada por el aumento del desempleo, la subocupación y sobreocupación, la precarización, la inestabilidad laboral y la caída del salario real (Salvia, Agustín, y Tissera, Silvana, 2000). Producto de estos procesos, la población afiliada a algún sistema de salud



descendió de 63,1% en 1991 a 51,9% en el 2001 (según los datos de los censos poblacionales realizados en dichos años). Este es otro de los aspectos que reduce la importancia del subsector de obras sociales y genera una mayor población como potencial usuaria del subsector de servicios públicos o que accede al subsector privado realizando un gasto de bolsillo.

Con relación al subsector público, debido a los problemas financieros que atravesaba desde la década pasada, en el mismo decreto de 1993 (9/1993) el gobierno impulsa la creación de hospitales autogestionados con la capacidad de obtener recursos propios a partir del cobro de los servicios a las personas con capacidad de pago y a las obras sociales y/o prepagas (en los casos que atiendan a sus beneficiarios). Sin embargo, esta política de arancelamiento permitió obtener muy pocos recursos por la falta de pago de las obras sociales y la baja capacidad de pago de los usuarios de este subsector. El leve aumento del gasto en el subsector público de salud (en proporción del PBI) (Isuani, Ernesto, 2009: 14) no fue suficiente para evitar la profunda crisis financiera y de infraestructura del subsector que debió atender una gran masa de usuarios que anteriormente contaban con otra cobertura. La crisis se manifestó en la falta reiterada de materiales sanitarios y medicamentos, así como en los conflictos laborales producto del estancamiento salarial (Acuña y Chudnovsky, 2002: 31).

Transformaciones y continuidades del sistema en el comienzo del siglo XXI

La profunda crisis social, económica y política argentina de 2001-2002 impactó fuertemente sobre el sistema de servicios de salud. Se rompió la cadena de pagos de medicamentos, insumos y de los servicios tercerizados de los hospitales y hubo demoras en los pagos a los trabajadores del sector, que respondieron con paros y hasta reclamos judiciales (Chiara, 2012: 71). Para aliviar la crisis financiera, en el 2002 se restringieron las prestaciones cubiertas por el PMO (a partir del decreto 486/2002) y las obras sociales volvieron a aumentar los copagos para acceder a los servicios (Báscolo, 2008: 11). Lo anterior impactó negativamente en la equidad del acceso a los servicios de salud, a la vez que generó un aumento aún mayor de la población usuaria del subsector público (Chiara, 2012). El subsector público pasó a atender a la creciente población que perdió la cobertura de salud

asociada al empleo formal, o que no podía pagar el copago para acceder a los servicios.

Luego de la profunda crisis de 2001-2002, el período iniciado en 2003 está marcado por una recuperación económica del país. En cuanto a las políticas orientadas al sistema de salud, siguiendo a PNUD (2011: 9), se han desarrollado planes para “limitar el impacto de la crisis, con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos”, como la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico, el Programa Remediar, el Plan Nacer/Sumar y el Programa de Salud Sexual y Procreación responsable. Ello se debe a que las mismas han tendido a garantizar una cobertura básica de determinados servicios a la población de todo el país. Además, dichos programas, junto con el Programa Médicos Comunitarios, tuvieron como principal o única (dependiendo el caso) instancia de ejecución los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), jerarquizando el primer nivel de atención y permitiendo que el ministerio nacional regrese como actor en el entramado de servicios de salud (Chiara, Magdalena, 2013: 33-34).

Una de las políticas de mayor impacto en materia de salud ha sido el Programa Remediar, que provee un conjunto de “medicamentos esenciales” a la población que consulta a través de los CAPS de forma gratuita e integral (para todo el tratamiento de la enfermedad) (Ministerio de Salud, 2013: 16). Siguiendo a Chiara (2013: 34) el hecho que el Remediar se ejecute exclusivamente a través de los CAPS fue el instrumento más eficaz para orientar la atención hacia esos centros, conduciendo a parte de la población que anteriormente se atendía a través de los hospitales públicos.

Con relación al programa Médicos Comunitarios, destacamos que brinda becas de apoyo y capacitación o solo de capacitación. La primera de ellas permitió que los médicos becados atiendan 25 horas en los CAPS y en otras 10 horas realicen trabajos en la comunidad y concurren a talleres presenciales (Chiara, 2012: 94). Además de médicos, el programa incluyó a “enfermeros, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos y agentes sanitarios” (Valdez, Melisa, 2014: 19).

El programa Nacer/Sumar fue otra de las políticas nacionales de salud importantes del período. Es un seguro público de salud que brinda cobertura para su población



-objetivo respecto de un conjunto de prestaciones priorizadas. Comenzó otorgando aseguramiento a mujeres embarazadas y sus hijos sin obra social o prepaga del NEA y del NOA, luego incluyó al resto de las regiones del país y se extendió para toda la población hasta los 64 años. Siguiendo a Fabián Repetto y Fernanda Potenza Dal Masetto (2012:37) este programa cambia la lógica del financiamiento por presupuesto hacia el pago según resultados. Los recursos se transfieren a las provincias, 40% en función de objetivos y 60% según los padrones de beneficiarios captados.

Destacamos que algunos de los requisitos de estos programas le han permitido al Ministerio de Salud Nacional incidir en las condiciones de prestación de los servicios en los CAPS, y de esta forma fortalecer su función *rectora* (Chiara et al., 2009; Gómez, Sara et al., 2012). Por ejemplo, estableciendo la gratuidad en los establecimientos del primer nivel de atención que reciben botiquines con medicamentos del Remediar.

Por otro lado, cabe mencionar que a partir de 2002 volvieron a elevarse los aportes obligatorios al esquema de seguridad social, revirtiendo las medidas tomadas en los 90 (Arnaudo, María et al., 2016). Ello, junto con el incremento de los niveles de población aportante a la seguridad social y el aumento del salario real que se produjo en el período, generó un alivio financiero al subsector de las obras sociales. Es válido destacar también aquí que la Superintendencia de Servicios de Salud retomó el rol de árbitro en la relación entre las obras sociales y los proveedores de servicios en lo referente a la actualización de los precios (Báscolo, 2008: 10-11).

A pesar de lo anterior, coincidimos con distintos autores que señalan que luego de la crisis de 2001-2002 se consolidó la fragmentación y desigualdad del sistema, ya que las políticas desarrolladas no han modificado las características centrales de las reformas realizadas en los 90 (Stolkiner, Alicia et al., 2011; PNUD, 2011; Gómez et al., 2012). En este sentido, destacamos que desde 1997 hasta la actualidad pasaron 18 años en los que se consolidaron las iniquidades generadas por la desregulación de las obras sociales. A pesar de la recuperación financiera del subsector, entre las distintas obras sociales continúa habiendo una gran diversidad en la cantidad de afiliados, recursos por afiliados y en sus estructuras poblacionales (en cuanto a edad y sexo), persistiendo las desigualdades en las prestaciones que brindan. Si bien estas diferencias ya existían previamente a

las reformas de los 90, éstas se agravan. Algunas obras sociales se ven particularmente perjudicadas por estos cambios, sobre todo aquellas que pertenecen a rubros de producción con una marcada desigualdad salarial. A partir de la reforma, se fueron de ellas los afiliados con mayores recursos y más jóvenes (con menos riesgo de enfermarse) quedando la población con menos recursos (y menos aportes) y con una estructura etaria más envejecida (Torres, 2004, citado en PNUD, 2011: 28). Además, estas reformas también permitieron que una obra social ofrezca planes diferenciales, generando que las desiguales coberturas no solo se produzcan entre las distintas obras sociales, sino también en su interior (PNUD, 2011: 28). A ello se le agrega que la oferta del subsector público continúa siendo fuertemente heterogénea entre las distintas jurisdicciones del país (en términos de disponibilidad pero también de sus características), tanto por diferencias en los presupuestos como en las estrategias sanitarias desarrolladas (Chiara et al., 2009; PNUD, 2011).

Como lo desarrollamos en la metodología, no contamos con un nuevo catastro de establecimientos de servicios de salud. Sin embargo, los datos del REFES nos permiten dar cuenta de algunas tendencias del período. Teniendo en cuenta los recaudos mencionados anteriormente, un primer elemento a resaltar es que entre 1995 (Tabla 4) y 2015 (Tabla 6) hubo un crecimiento importante en el total de establecimientos pasando de 16.066 a 20.871. Otro elemento a considerar es que sería el primer período en que se revierte la tendencia del retroceso del subsector público e incremento del subsector privado. Aunque leve, este sería el primer período que ganaría peso el subsector público en el total de establecimientos del sistema (pasaron de 44% a 47%). Por último, destacamos que el crecimiento de los establecimientos dependientes de obras sociales ha sido mínimo (pasan de 222 a 240) y continúan teniendo un peso marginal en el sistema.



Tabla 6. Cantidad de Establecimientos por subsector. Argentina 2015⁶

⁶ Se excluyeron establecimientos 1) dependientes de las FFAA y de los servicios penitenciarios y 2) “destinados a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación destinada a resolver la demanda en la tercera edad en carácter de residencia geriátrica”.

	2015	
	F	%
Público	9736	47
obra social	240	1
Privado	10895	52
Total	20871	100

Fuente: Elaboración propia en base al SISA, reporte de marzo de 2015.

Centrándonos en el subsector público, entre 1995 y 2015 hubo un crecimiento de 40% en el total establecimientos (pasaron de 6.971 a 9.736). Sin embargo, ese importante incremento se debe principalmente al aumento de los centros de salud que no tienen servicios de internación. Los centros con internación apenas crecieron 5%, pasando de 1.231 en 1995 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997) a 1.298 en 2015 (Tabla 7). En cambio, los centros sin internación crecieron 47%, pasando de 5.740 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997) a 8.438 (Tabla 7). Si bien esta tendencia ya se observaba desde mediados de siglo XX (Ministerio de Salud y Acción Social, 1985), también hay que destacar la incidencia de las distintas políticas que durante el último período tuvieron entre sus lineamientos la promoción de la atención en el primer nivel (Chiara, 2013), y que según Analía Bertolotto et al. (2012) han producido una desinversión del segundo y tercer nivel.

La política de jerarquización del primer nivel de atención es parte del Plan Federal de Salud de 2004. Éste planteó como eje de las políticas del subsector público la Atención Primaria de la Salud⁷ y se propuso priorizar la construcción de redes de atención⁸ (Stolkiner et al., 2011: 2810). Sin embargo, la articulación de estos establecimientos del primer nivel de atención con los establecimientos de segundo y tercer nivel varía fuertemente entre jurisdicciones, y es frecuente que se encuentren con altos niveles de desarticulación (Stolkiner et al., 2011).

⁷ La estrategia de APS como tal se difunde e institucionaliza con la “Declaración Alma-Ata” con la meta de alcanzar la “Salud para todos” (aunque hay experiencias de APS previas a la declaración) (Feo, 2012). Entre sus principales propuestas se destaca la concepción de “la salud como derecho fundamental del ser humano (...), la universalidad y la integralidad como elementos clave de la organización del cuidado (...), la organización y participación como componente central de la construcción social de la salud (...) [y] la necesidad de recursos humanos apropiados” (Feo, 2012; 353). Sin embargo, siguiendo a Bertolotto et al. (2012:363), destacamos la polisemia que ha adquirido el término APS y que bajo el mismo en Argentina “se ha cobijado un conjunto de dispositivos de atención provenientes de diferentes tradiciones de la Salud Pública, entretejidas a su vez por los disímiles modelos

Tabla 7. Cantidad de Establecimientos del subsector público por tipo de establecimiento. Argentina 1995-2015⁹

Tipo de establecimiento	2015	
	F	%
con internación	1298	13%
Sin internación	8438	87%
Total	9736	100

Fuente: Elaboración propia en base al SISA, reporte de marzo de 2015.

En lo concerniente a la dependencia en el subsector público, continuó la tendencia de descentralización. Mientras que en 1995 los establecimientos municipales eran el 28,7% y los provinciales el 66,4% (Tabla 5), en el 2015 los municipales pasan a ser el 38,3% y los provinciales el 60,9% (Tabla 8). Cabe destacar que los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCO) de Santa Fe fueron catalogados en la categoría “otras oficiales” en 1995 (eran 257) mientras que el SISA los categoriza como provinciales. Es por ello que mientras que los establecimientos municipales aumentaron su peso sobre el total de establecimientos públicos en casi 10 puntos porcentuales, los establecimientos provinciales apenas retrocedieron 5 puntos porcentuales. A su vez, los establecimientos nacionales se mantienen con un peso extremadamente marginal (0,6%).

Tabla 8. Establecimientos asistenciales del subsector público por nivel de dependencia y año. Argentina 2015¹⁰

Nacional		Provincial		Municipal		Otras oficiales		Total
Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	
54	0,6	5932	60,9	3732	38,3	18	0,2	9736

Fuente: Elaboración propia en base al SISA, reporte de marzo de 2015.

Cabe señalar que la descentralización a los municipios no ha sido un fenómeno uniforme en todas las provincias. Según los datos de la consulta realizada a partir del SISA, Buenos Aires tiene 95% de los establecimientos con dependencia municipal y Córdoba el 90%. Por ello y por el tamaño poblacional de estas provincias, más de 80% de los establecimientos de dependencia municipal son de Córdoba o Buenos Aires. En cambio, en otras provincias (Corrientes, Entre Ríos, Mendoza, Santa Fe) los establecimientos municipales representan entre el 20% y el 40%, en otras

políticas que se sucedieron en Argentina antes y después de 1978”. Desde 2003 la estrategia de APS ha sido fuertemente promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) retomando la propuesta integral de la estrategia (OPS, 2005; OMS, 2008).

⁸ Destacamos que las redes de atención suponen centros del primer nivel de atención que se encuentran articulados y complementados con centros de segundo y tercer nivel, y tienen como objetivo “cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad” (Ase y Burjovich, 2009: 34). En un estudio reciente sobre redes de atención, Stolkiner et al (2011: 2813) sostienen que si bien la gran mayoría de los CAPS se encuentran en red con centros de mayor complejidad para la derivación de pacientes, en la práctica las formas de funcionamiento de esas redes varían fuertemente y no suelen estar “preestablecidos los tiempos de espera ni funcionalizadas las vías de operación que garanticen la continuidad de los cuidados”.

⁹ Ídem nota de Tabla 6.

¹⁰ Ídem nota de Tabla 6.



(Misiones, San Juan, Santiago del Estero) son entre el 10% y el 20%, y en las provincias restantes representan menos de 10%.

Destacamos que mientras el importante aumento del peso de los efectores municipales hacia 1995 se debió principalmente a la descentralización de los centros de la provincia de Buenos Aires, el aumento del peso que reflejan los datos de 2015 se debe sobre todo a la descentralización de los establecimientos de la provincia de Córdoba (que como ya vimos se produjeron, en su mayoría, en 1996). Los establecimientos municipales de Córdoba pasaron de representar el 21,8% de los establecimientos de la provincia en 1995, a 90% en 2015.

El proceso de descentralización de las provincias a los municipios no ha sido lineal, no solo porque se produjo con más fuerza en algunas provincias que en otras, sino también porque en algunos casos hubo una provincialización de centros que pasaron a depender de los municipios. Un caso paradigmático es Corrientes, donde se inicia un fuerte proceso descentralizador de los servicios entre 2000 y 2006. Luego de disputas entre el gobierno provincial con distintos gobiernos municipales, gran parte de los servicios vuelven a tener dependencia provincial (Zurita, Alfredo et al., 2006). Centrándonos en los establecimientos sin internación del subsector público, para 1995 solo un centro (sobre un total de 142) tenía dependencia municipal (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997: 72). Hacia 2004-2005 los establecimientos municipales pasan a ser el 72% (142 sobre un total de 198) (datos obtenidos del Catastro de CAPS 2004-2005 del Remediar-MSAL). Por último, para 2015 los establecimientos de salud sin internación del sector público con dependencia municipal pasan a ser el 39% (131 sobre un total de 336) (datos provenientes del SISA, reporte de marzo de 2015).

Consideraciones finales

En el artículo analizamos la evolución de los establecimientos de salud de Argentina desde mediados del siglo XX hasta principios del XXI, y su relación con los cambios acontecidos en el sistema de salud. Entre las principales tendencias que marcamos con relación al siglo XX, destacamos el aumento constante en la participación de los efectores del subsector privado a partir de la finalización del primer gobierno peronista. Si bien los establecimientos

del subsector público también se incrementaron, su nivel de crecimiento fue menor. Esto generó que en los períodos analizados aumente el peso relativo de los efectores del subsector privado y disminuya el de los del subsector público. A su vez, destacamos la complejidad de la relación entre los distintos actores que componen el sistema, en el marco de una escasa articulación y control por parte del Estado. En cuanto al subsector público, cabe remarcar que luego de una fuerte centralización y expansión en la primera etapa peronista, asistimos a una constante descentralización en su organización: para 1995 se había descentralizado prácticamente todos los establecimientos y solo 0,2% era nacional. La descentralización también se produjo de las provincias a los municipios y esta tendencia continuó durante el siglo XXI. Sin embargo, destacamos que no se trata de un fenómeno uniforme ya que hay algunas provincias en las que prácticamente todos los centros de salud tienen dependencia municipal (Buenos Aires y Córdoba), otras en las que prácticamente todos los centros de salud tienen dependencia provincial (Chaco, La Pampa y Neuquén, por ejemplo) y en otras conviven proporciones importantes de ambos tipos con mayor presencia de establecimientos provinciales (Corrientes, Entre Ríos, Mendoza y Santa Fe).

Como señalamos, a partir de 2003 hubo una serie de políticas para jerarquizar el primer nivel de atención y facilitar el acceso a la población más vulnerable a distintos servicios de salud. Vimos que en parte por ello, pero también como resultado de una tendencia de más largo alcance, durante los últimos 20 años han crecido fuertemente los establecimientos del primer nivel de atención del subsector público, que con frecuencia tienen bajos niveles de articulación con establecimientos del segundo y tercer nivel.

Sin embargo, destacamos que en el siglo XXI que no hubo modificaciones a los rasgos estructurales, lo que permitió la consolidación del diseño instalado a partir de las reformas neoliberales de los 90. Esto genera que continúe siendo una particularidad del sistema la heterogeneidad de recursos y prestaciones de servicios brindados por las distintas de coberturas (incluso en una misma obra social a partir de distintos planes). Por su parte, a pesar de la mayor presencia del Estado nacional en comparación con períodos recientes; continúa muy débil. La falta de articulación y control sigue siendo otro rasgo que caracteriza el sistema.



Bibliografía

- ACUÑA, Carlos, y CHUDNOVSKY, Mariana (2002). *El sistema de salud en la Argentina*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés.
- ARNAUDO, María; LAGO, Fernando; MOSCOSO, Nebel; BÁSCOLO, Ernesto y YAVICH, Natalia (2016). Concentración y desigualdades en el financiamiento de las obras sociales posdesregulación: un análisis comparativo de los años 2004 y 2011. En *Salud Colectiva*, Vol. 12, N° 1, Lanús, pp. 125-137.
- ASE, Iván (2006). La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. En *Salud colectiva*, Vol.2, N° 2, Lanús, pp. 199-218.
- ASE, Iván, y BURIJOVICH, Jacinta (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? En *Salud Colectiva*, Vol. 5, N° 1, Lanús, pp. 27-47.
- BÁSCOLO, Ernesto (2008). *Cambios de los mercados de salud en la seguridad social en Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- BELMARTINO, Susana (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BERTOLOTTO, Analía; FUCKS, Ana, y ROVERE, Mario (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. En *Saúde em Debate*, Vol.36, N° 94, Londrina, pp. 327-342.
- BISANG, Roberto, y CETRÁNGOLO, Oscar (1997). *Descentralización de los servicios de salud en Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CARBONETTI, Adrián (2005). La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926. En *Dynamis*, Vol. 25, pp.87-116.
- CETRÁNGOLO, Oscar, y DEVOTO, Florencia (1998). *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad*. Buenos Aires: CECE.
- CHIARA, Magdalena; DI VIRGILIO, Mercedes, y MORO, Javier (2009). Inequidad (es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local. En *Postdata*, Vol. 14, N° 1, pp. 97-128.
- CHIARA, Magdalena (2012). ¿Restricciones o incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del régimen de implementación. En CHIARA, M. (coord.), *Salud, política y territorio en el Gran*

- Buenos Aires. Los Polvorines, Argentina: UNGS.
- CHIARA, Magdalena (2013). Políticas e instituciones en salud: el desafío de construir nuevos escenarios. En *Debate Público*, Vol. 3, N° 6, Buenos Aires, pp. 31-42.
- DE FAZIO, Federico Leandro (2013). Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político. En *Salud colectiva*, Vol. 9, N° 3, Lanús, pp.301-315.
- FEO, Oscar (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate". En *Saúde em Debate*, Vol. 36, N° 94, Londrina, pp. 327-342.
- FIDALGO, Maitena (2008). *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires: Espacio.
- FINDLING, Liliana, y TAMARGO, María del Carmen (1994). Política de salud y negociación corporativa en Argentina. En KORNBLIT, A. (comp.), *Ciencias sociales y Medicina. La salud y Latinoamérica*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- GÓMEZ, Sara Ardila; DE PAEPE, Pierre; CONDE LUCIANI, Leandro, y STOLKINER, Alicia (2012). La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. En *Saúde em Debate*, Vol. 36, N° 94, Río de Janeiro, pp.436-448.
- ISUANI, Ernesto Aldo (2009). El Estado de Bienestar Argentino: un rígido bien durable. En *Politikos*, N° 12, Santa Fe, Argentina, pp.35-72.
- MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (1985). *Recursos en operación. Recursos Humanos del Sector Salud*. N° 10. 1958-1964 y 1969-1980. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social.
- MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (1997). *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República. Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). *La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de la Salud (Declaración de Montevideo)*. Recuperado el 16 de mayo de 2015, de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf
- PNUD (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina*. Buenos Aires: PNUD.



- REPETTO, Fabián; ANSOLABEHERE, Karina; DUFOUR, Gustavo; LUPICA, Carina, y POTENZA, Fernanda (2001). *Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.
- REPETTO, Fabián, y POTENZA DAL MASETTO, Fernanda (2011). *Protección social en la Argentina*. Buenos Aires: CEPAL.
- ROVERE, Mario (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. En *La Esquina del Sur*, mayo 2004. Recuperado el 3 de agosto de 2015, de http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf
- SALVIA, Agustín, y TISSERA, Silvana (2000). Heterogeneidad y Precarización de los hogares asalariados en Argentina durante la década del 90. En LINDENBOIM, J. (comp.), *Crisis y Metamorfosis del Mercado de Trabajo*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas-UBA.
- STOLKINER, Alicia; COMES, Yamila, y GARBUS, Pamela (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. En *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, N° 6, pp. 2807-2816.
- TOBAR, Federico (2001). *Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina*. Buenos Aires: Isalud.
- VALDEZ, Melisa (2014). Innovación para el acceso universal a la salud. En *Argentina Salud*, Año 4, N° 31, pp. 18-21.
- VERONELLI, Juan Carlos, y VERONELLI CORRECH, Magalí (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina*. Buenos Aires: OPS.
- ZURITA, Alfredo; PALLADINO, Alverto, y REY, Ana. *Evaluación de la municipalización de los Centros de Salud en la ciudad de Corrientes*. Documento Presentado en las Jornadas de Comunicaciones Científicas y Tecnológicas, Universidad Nacional del Nordeste. Recuperado el 6 de agosto de 2015, de <http://www.iaea.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-030.pdf>

Fecha de recepción: 22 de septiembre de 2016

Fecha de aceptación: 2 de marzo de 2017



Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional



