



Instituto  
**IDEAS**

INSTITUTO DE ECONOMÍA APLICADA Y SOCIEDAD

Observatorio de Desarrollo Humano

# **Fragmentación y segmentación: una radiografía del sistema de salud argentino**

## **AUTORES**

GIULIANA LABORATO

LARA VELASCO PALO

SANTIAGO MANUEL D'AGOSTINO

## **COORDINADORA**

VICTORIA CONTRERAS DEL OLMO

**JUNIO 2021**

# El Sistema de Salud en Argentina

## RESUMEN

En la Argentina, la fragmentación constituye el gran problema del sistema de salud. La falta de coordinación entre los subsistemas público, de seguridad social y privado evidencia fallas a la hora de proveer cobertura de salud, generando dificultades en el acceso así como problemas en la calidad de la atención. El presente informe tiene por objeto analizar esta problemática y cómo este sistema reproduce las desigualdades sociales. Para un abordaje más exhaustivo, cuenta con una entrevista a Edgardo Trivisonno, médico sanitarista con experiencia en la función pública.

## 1. Introducción

La pandemia obligó una revisión interna de los sistemas de salud en todos los países del mundo, y sobre este asunto Argentina no es una excepción. Es cierto que, en materia de salud pública, es conocida a lo largo del mundo, la capacidad de respuesta que la Argentina ha podido dar a través de los años.

No obstante, por el momento no se puede afirmar lo mismo del sistema de salud argentino en general, que está fuertemente segmentado en tres subsistemas. Estos son la salud pública, las obras sociales y el sector privado o medicina prepaga. Además, es fragmentado, por lo que su falta de integración deriva en una disolución de responsabilidad en la provisión de salud y en que el acceso sea desigual.

El presente informe busca caracterizar en profundidad el sistema de salud argentino, así como dar respuesta a estas problemáticas y situar al lector a través del desarrollo de una cuestión que hasta el momento no se ha solucionado.

A su vez, la presente investigación contará con una entrevista a Edgardo Trivisonno, quien es un conocido médico sanitarista que durante el período 1996 - 2001 ocupó el cargo de Director General de Planeamiento y fue también Subsecretario de Salud en la Ciudad de Buenos Aires. A través de su aporte, se podrá definir con más claridad, los síntomas visibles e invisibles del sistema de salud argentino.

**Gráfico 1: Organización del sistema de salud argentino**



Fuente: Elaboración propia.

## 2. Los modelos de sistema de salud: integrados y fragmentados

Previo a caracterizar el sistema de salud argentino, resulta relevante indagar en los esquemas de salud a nivel internacional. A partir del análisis de bibliografía especializada en la temática, se pueden distinguir dos grandes modelos: un modelo integrado y un modelo fragmentado (Maceira, 2011).

Los sistemas de salud integrados eran los que había adoptado en su momento la Unión Soviética, previo a la reforma sanitaria en 1991. Se caracterizan por ser únicos e íntegramente público, financiado exclusivamente mediante gasto público. Su cobertura es de carácter homogénea y universal, puesto que no depende del nivel de ingreso de los ciudadanos. En la región latinoamericana, exponentes de este tipo organizativo son los países de Cuba y el Caribe (CEPAL, 2006).

En segundo lugar, están los sistemas de salud fragmentados y segmentados. Por un lado, la segmentación significa que coexisten subsistemas con distintas formas de financiamiento, afiliación y provisión y que se especializan según quienes sean sus beneficiarios. En otras palabras, un modelo segmentado plantea que el acceso a la salud está condicionado por el nivel de ingreso de la población. Por un lado, existe un subsistema público orientado a la población con menores recursos; luego un subsistema de seguridad social que cubre a los trabajadores formales; y, por último, un subsistema privado cuya demanda se concentra en los estratos de mayor poder adquisitivo de la población, los cuales buscan una mayor calidad en los servicios de salud. La fragmentación es, entonces, la existencia paralela y no integrada de las mencionadas entidades. Dentro de esta categoría se puede encontrar, entre otros países, a la Argentina, cuyo sistema de salud es tripartito.

## 3. El sistema de salud argentino

A continuación, se desarrollarán los tres subsistemas que componen el sistema de salud argentino. Estos son: a) la salud pública; b) la seguridad social (integrada por las obras sociales nacionales, provinciales y la de jubilados); y c) la medicina prepaga. Dentro de cada uno, se especificará su régimen legal, su cantidad de beneficiarios y sus fuentes de financiamiento.

### 3.1 Salud Pública

Comenzando por el subsistema de salud pública, este se compone por el Ministerio de Salud en sus tres dimensiones: nacional, provincial y municipal. Se caracteriza por brindar una cobertura de salud universal a la cual todo ciudadano tiene derecho de acceso, independientemente de que cuente con otro tipo de cobertura (obra social o medicina prepaga). Se estima actualmente que el 35,7% de la población hace uso de los servicios de salud pública (CADIME y DPT, 2020). En lo que respecta a su financiamiento, su fuente principal son los impuestos recaudados a nivel provincial, nacional y municipal.

Dentro de las competencias del Ministerio de Salud Nacional (MS) se halla la normalización, regulación, planificación y evaluación de toda política de salud dentro del territorio nacional y comprende, a la vez, la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación (Belmartino, 1999). Sin embargo, debido a la estructura federal y descentralizada del Estado, las provincias revisten una alta autonomía en materia de políticas de salud dentro de sus jurisdicciones. De esta forma, las directivas desde la Nación, adoptan formas diferentes según cada jurisdicción provincial. En otras palabras, en la práctica, el poder del MS está acotado a los criterios del gobierno de

cada provincia. Esto genera que la responsabilidad por los servicios públicos de salud resida en la gestión provincial (Cetrángolo, 2014).

### 3.2 Seguridad social

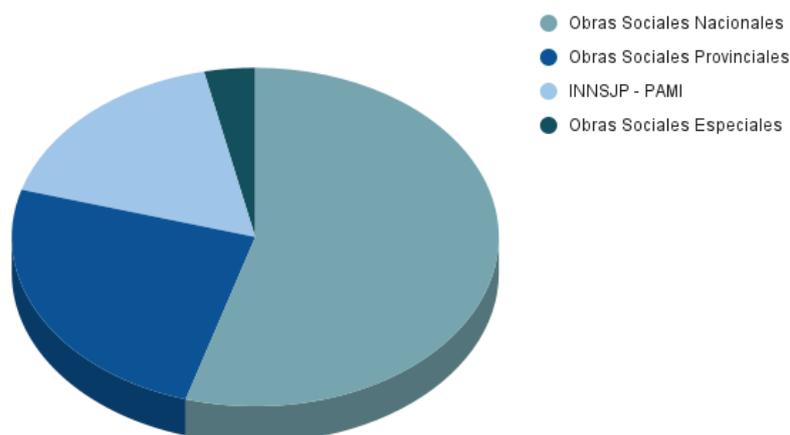
Está integrado por las obras sociales, que son organizaciones de la seguridad social cuya función consiste en prestar servicios de salud y sociales a los beneficiarios. Estos últimos son todos aquellos ciudadanos comprendidos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), es decir, trabajadores en relación de dependencia del sector privado o público nacional, jubilados y pensionados, trabajadores autónomos (monotributistas y adherentes), el personal doméstico incorporado por vía fiscal y desempleados. Además, incluye a los grupos familiares primarios de cada uno de estos subconjuntos (Garay, 2017).

Este subsistema no es homogéneo. Según el marco normativo vigente, está conformado por las obras sociales nacionales (OSN), las obras sociales provinciales (OSP) y la obra social de los jubilados (INSSJyP, conocido como PAMI). Todas ellas son diferentes entre sí en lo que hace a beneficiarios y financiamiento, y son el claro reflejo de la fragmentación del sistema (particularmente si se observa a varias de las obras sociales de los sindicatos). Esto sucede ya que, al contar con distintos marcos normativos que delimitan los recursos, los beneficiarios y los beneficios, genera variaciones en el acceso y uso de servicios y, por ende, inequidad (Cetrángolo y Goldschmit, 2012).

Este problema de desigualdad de recursos entre las distintas obras sociales aún persiste, más allá de las iniciativas para resolverlo. Una de ellas es el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) creado por la ley N° 23.661. Su principal función es apoyar financieramente no sólo a las obras sociales para la cobertura de prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico, sino también a las jurisdicciones adheridas a la Ley del Seguro Nacional de Salud, con el objeto de incorporar a aquellas personas sin cobertura ni recursos.

Cabe destacar que, al día de hoy, la Seguridad Social es la principal fuente de cobertura de salud no gubernamental del país: son 28,8 millones las personas cubiertas por este subsistema (el 63,6% de la población): el 34,73% cuenta con OSN, el 10,88% con INSSJyP-PAMI, el 15,83% con OSP y el 2,15% con obra social con legislación y regulación propia. Esta última abarca a la de todas las Fuerzas de Seguridad, la del personal de Universidades Nacionales, la del Congreso y la del Poder Judicial de la Nación (CADIME y DPT, 2020).

**Gráfico 2: Cantidad de beneficiarios por tipo de obra social. Argentina 2020.**



Fuente: Elaboración propia en base a los datos extraídos de CADIME y DPT (2020)

### 3.2.1 Obras sociales nacionales (OSN)

Son obras sociales que tienen por objeto brindar las prestaciones médicas que figuran en el Programa Médico Obligatorio (PMO) a sus afiliados-beneficiarios, los cuales están conformados por los trabajadores del sector privado formal, del sector público nacional, monotributistas y su grupo familiar. Estos tienen la opción de elegir a la Entidad a la que afiliarse.

Están sujetas a control estatal, más específicamente a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), la cual funciona como organismo descentralizado de la administración pública nacional, tiene personalidad jurídica y está enmarcada en un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. Esto es así ya que se encarga de supervisar, fiscalizar y controlar los agentes que integran el SNSS (art 2, decreto 1615/96) y la aplicación de las leyes N° 23.660 de Obras Sociales y N° 23.661 del SNSS, las cuales regulan a este tipo de obras sociales.

Son financiadas mediante los aportes de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores. Por ley, el trabajador en relación de dependencia debe aportar el 3% de su remuneración, y también un adicional de 1,5% de su remuneración bruta por cada beneficiario que esté a su cargo (art 16, inc b., Ley de Obras Sociales N° 23.660). El empleador, por su parte, debe contribuir el 6% de la remuneración de los trabajadores en relación de dependencia (art 16, inc a, Ley de Obras Sociales N° 23.660).

### 3.2.2 Obras sociales provinciales (OSP)

Las 24 obras sociales provinciales brindan cobertura a los empleados públicos provinciales (y en algunos casos municipales), docentes, personal de seguridad y sus grupos familiares y en algunos casos también a jubilados (Cetrángolo, y Goldschmit, 2018). Están agrupadas en el Consejo de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina (COSSPRA) y, a diferencia de las OSN, no son vigiladas ni fiscalizadas por la SSSalud, sino que rinden cuentas de su accionar a aquellas instancias establecidas por el respectivo Estado provincial. Tampoco están alcanzadas por la normativa que regula el PMO, sino que cada jurisdicción provincial tiene una ley especial que regula qué

prestaciones médicas debe brindar. Otra diferencia con las OSN, es que los afiliados de las OSP no tienen la libertad de elegir a cuál pertenecer (Jaimarena Brion, 2017).

Al igual que con las OSN, este sistema es financiado de forma contributiva por medio de aportes y contribuciones, con la diferencia de que aquí son los empleados públicos los que aportan y el Estado provincial el que contribuye. Las leyes provinciales que regulan las OSP fijan un aporte obligatorio por parte de los primeros que ronda entre el 3% y el 5% de las remuneraciones, valor similar al que aportan los trabajadores beneficiarios de las OSN. Además, cada jurisdicción provincial destina recursos económicos (Jaimarena Brion, 2017).

### 3.2.3 Obra social de los jubilados (INSSJyP-PAMI)

Por medio de la Ley N° 19.032 promulgada durante el año 1971, se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (más conocido como PAMI - Programa de Atención Médica Integral), el cual tiene por objeto principal "(...) la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección recuperación de la salud." (art 2). Al igual que con el sistema de las OSN, quienes finalizan su trámite jubilatorio pueden elegir a qué obra social pertenecer, en el caso de no querer permanecer en el INSSJP - PAMI.

El Instituto es un organismo no estatal, por lo que tiene autarquía y autonomía administrativa. Sin embargo, funciona como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación. Además, en cuanto a su financiamiento, los recursos provienen de los aportes de los trabajadores activos y de las retenciones a los jubilados y pensionados de sus haberes (Garay, 2017). También son importantes los aportes del Tesoro Nacional (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Actualmente el Gobierno Nacional destina al instituto un presupuesto de \$456.400.242.000,00. ( INSSJP, Resolución 2 de 2021)

### 3.3. Medicina prepaga o sector privado

Este subsistema está conformado por las Empresas de Medicina Prepaga (EMP), las cuales, conforme al artículo 2° de la Ley N° 26.682, consisten en personas físicas o jurídicas que brindan prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud a los usuarios, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto. La asociación es voluntaria mediante sistemas de pagos de adhesión (es decir, se les cobra una cuota). Por lo tanto, en cuanto a su financiamiento, se sostiene por el pago de las cuotas periódicas por parte de los adherentes.

Se encuentra bajo la administración de un organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Salud de la Nación: la Superintendencia de Servicios de Salud. Las medicinas prepagas están obligadas, por el artículo 7° de la ley anteriormente mencionada, a cubrir, como mínimo, el PMO y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la Ley 24.901.

De forma estimada, el subsector privado cubre a 6,3 millones de personas (14% de la población). Sin embargo, a la hora de realizar una lectura de estos números, hay que tener presente que los principales beneficiarios provienen de aquellos trabajadores que "desregulan" sus aportes a obras sociales que brindan cobertura por medio de

convenios con EMP, a las que, por ende, les transfieren la responsabilidad de prestar servicios. Es por eso que sólo 2,4 millones (5%) son los usuarios que pagan de forma directa (CADIME y DPT, 2020), sin usar como intermediario a las obras sociales.

#### 4. Las dimensiones de la fragmentación del sistema

Para dilucidar mejor la problemática de la fragmentación del sistema de salud y de las consecuencias que esto acarrea, se le realizó una entrevista a Edgardo Trivisonno, médico clínico y sanitarista. Entre 1996 y 2001 se desempeñó como Director General de Planeamiento de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y también fue Subsecretario de Salud de esta misma jurisdicción. Asimismo, fue Subinterventor de Atención de la Salud en el PAMI.

Trivisonno elogia al sistema de salud argentino, destacando sus múltiples virtudes. Como por ejemplo sus valores: “Lo primero que define al sistema es la filosofía con la que encara su salud pública. Nuestro sistema nacional de salud tiene principios muy interesantes como la universalidad, la gratuidad, la solidaridad y el libre acceso.”

Sin embargo, el exsubsecretario resalta una grave contracara, al afirmar que la posibilidad de acceder a una atención de calidad, en condiciones de igualdad, no se cumple. Esto es así debido a la fragmentación del sistema: “No solo no tenemos un sistema universal de cobertura, sino que hay una compleja fragmentación en cada subsector (...) el sistema de salud está dividido, fragmentado en aspectos sociales y corporativos.”

Comúnmente se piensa que la multiplicidad de actores es el problema fundamental en el sistema de salud. Sin embargo, esto no es así ya que la verdadera deficiencia es la falta de integración en el desarrollo de las funciones que le competen a cada subsistema, es decir, la fragmentación. Que un sistema sea amplio en términos cuantitativos y se lleve a cabo bajo numerosas relaciones, no necesariamente implica una falta de coordinación y planificación en las tareas.

La fragmentación se caracteriza por ser un fenómeno multidimensional; entre estas dimensiones se encuentra la funcional, la económica-financiera y la social. En su dimensión funcional, se puede observar una falta de responsabilidad en quien provee los servicios de salud a la población. Además, vemos que, dentro del sector público, esta falta de coordinación lleva a una descentralización de la toma de decisiones a nivel nacional y provincial, lo que suma una arista política a la problemática.

Esta falta de coordinación entre los subsistemas se puede ver reflejada en la presencia de tres transferencias cruzadas. Ellas se dan de tres formas:

1. Subsidios: transferencias indirectas del subsector público a las obras sociales y empresas de medicina prepaga.
2. Descreme de las obras sociales: Beneficiarios del sistema de seguro social recurren a obras sociales con el objetivo de acceder a una prepaga.
3. Doble cobertura: personas que tienen más de una obra social, o que tienen obra social y prepaga (Tobar, 2012).

Por lo tanto, cada vez que se lleva a cabo una de estas tres modalidades, se reproduce la desintegración de responsabilidades que afecta la eficiencia del sistema (Tobar, 2012). Es por esta razón que se observa que, aunque se destine un porcentaje

considerablemente alto del gasto público al sistema de salud (7,1% del PBI) (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018), ello no garantiza su eficiencia.

Lo mencionado anteriormente constituye la dimensión económica y financiera de la fragmentación del sistema, ya que se puede observar una incongruencia entre los recursos que se le asignan a la salud y la calidad de los servicios brindada.

De aquí también se desprende la dimensión social de la problemática, ya que no estaría funcionando en condiciones de equidad y según las necesidades en el acceso a los servicios de salud. La falta de responsabilidad que genera el sistema de salud hace que no exista una verdadera cobertura universal, ya que hay barreras económicas, entre otras, para acceder. En otras palabras, si bien todas las personas pueden tener una cobertura, no todos la reciben en la misma calidad y en los mismos tiempos. Por lo tanto, se puede afirmar que el sistema de salud no solo reproduce las desigualdades sociales, sino que también las retroalimenta. Esto se puede ejemplificar a través del círculo pobreza-enfermedad, el cual evidencia que, a mayor pobreza, mayor enfermedad, y viceversa.

Por otro lado, el sistema de salud argentino tal cual está diseñado carece de una visión integral sobre los factores que inciden en la salud de las personas. Entre estos factores se encuentra no sólo la cobertura a la cual puede acceder la persona, sino también aquellos relacionados a las condiciones de vida. En este sentido, Trivisonno sostiene que la calidad de vida no se soluciona únicamente a partir de una planificación adecuada de un sistema integral de salud, sino que es necesario incorporar otras dimensiones a la problemática tales como el problema del hábitat.

“Es fundamental hacer planes de vivienda, agua potable y cloacas. Todavía hay un gran déficit en el conurbano de un mínimo de un 40% de hogares que no tiene agua potable ni cloacas. Y esto es fuente de enfermedad (...). Deberíamos hacer un plan desde el Estado, ya que es el único que se puede ocupar de que estas personas empiecen a estar incluidas en el sistema.”

## 5. Propuestas para lograr una verdadera cobertura universal

De cara a solucionar estas problemáticas, surge la gran pregunta de si existen modelos en otros países que sean viables de ser adoptados por la Argentina. Sobre esto, Trivisonno sostiene que, si bien es urgente transformar integralmente el sistema de salud, “(...) no se trata de copiar modelos, cada país tiene una cultura y realidades sociodemográficas, económicas y epidemiológicas distintas”. Además, menciona las diferencias entre las provincias del país: “(...) no es lo mismo planificar la salud para la Ciudad de Buenos Aires o para Salta, Jujuy o el Impenetrable.”

Esto hace necesario una reforma del sistema nacional de salud. Como argumenta Trivisonno, una posible alternativa es la creación de sistemas jurisdiccionales de salud y regionalización en el país. Esto último tiene como objetivo lograr un acceso de hecho, independientemente de la provincia en la que viva la persona. Respecto a esto, el entrevistado sostiene que “(...) cada región tiene que tener centros de alta complejidad (...) para que un chico jujeño o tucumano, por ejemplo, no tenga que ir al Garrahan (ubicado en CABA) a atenderse”. Por ende, es indispensable planificar teniendo en cuenta las necesidades de cada provincia, su situación económica y epidemiológica.

Retomando la mencionada falta de coordinación entre los subsistemas, surge el interrogante de cómo hacer para complementar los sistemas sanitarios tanto público como privado. Ante esto, el médico sanitarista afirma que es primordial que se aspire a que el PMO, ajustado a la realidad, se aplique de forma efectiva a todos los ciudadanos argentinos por igual. Además, afirma que, para lograrlo, el sistema público debe ocupar un rol central, aunque también se necesita del sector privado.

“Hay que fortalecer y robustecer el sistema público primero, para que tenga más peso la decisión. Pero no se podrá hacer todo desde el sector público. Por ejemplo, el trasplante de corazón lo puede hacer el Argerich, el Garrahan, pero no todos los hospitales públicos hacen trasplantes. Por eso, vamos a necesitar en muchos casos del sector privado”.

Por otro lado, para lograr una coordinación efectiva, Trivisonno destaca la necesidad de un pacto político entre el Estado federal y los gobernadores que “tienda a salvar la grieta”. Solo así se podrán llevar adelante ciertas transformaciones sanitarias.

En este camino, Trivisonno menciona que existen obstáculos relacionados a una puja de intereses materiales. Entre ellos, se encuentran los de las obras sociales sindicales: (..) no va a ser fácil llevarla a cabo (la reforma sanitaria) por los intereses que hay, que son intereses corporativos muy fuertes. Por ejemplo, si vos quisieras manejar los fondos de las obras sociales sindicales, tendrías un grave problema.”

Si bien es necesaria una reforma sistémica que aporte una respuesta integral a la problemática, esta transformación representa una meta a largo plazo y muy compleja, más aún teniendo en cuenta los intereses en pugna y la diversidad de actores que intervienen. Muchas veces, el afán de querer lograr un cambio profundo termina quedando en meras propuestas, sin una aplicación práctica. Por esta razón, es necesario establecer metas concretas, viables y realistas en el corto y mediano plazo, que se puedan llevar adelante mediante políticas públicas puntuales, que cambien la realidad de las personas.

Dos propuestas que aporta Trivisonno son, en primer lugar, extender el “Plan Médicos de Cabecera”. Este es un servicio gratuito dirigido a las personas de CABA que no cuentan con una cobertura de salud. Se encarga de brindar atención clínica médica, pediatría, odontología, ginecología y enfermería en los consultorios particulares de los profesionales del Hospital. Además, brinda medicamentos gratuitos a los afiliados. En segundo lugar, menciona la importancia de agregar a este plan o a la cobertura porteña, el psicólogo de cabecera.

## 6. Conclusiones

La Argentina presenta virtudes destacables en materia de Salud, como el esfuerzo de los profesionales y del personal sanitario, y principios inclusivos, como la universalidad respecto a la cobertura. Sin embargo, en los hechos se observan graves falencias. Hoy en día, no está garantizado el acceso y, cuando se tiene, la calidad del servicio no es homogénea, ya que se ve determinada por el poder adquisitivo. Esto se debe a que el sistema de salud está fuertemente fragmentado, generando una falta de coordinación que diluye la responsabilidad a la hora de brindar cobertura.

Por lo tanto, es necesaria una reforma sanitaria que logre integrar los subsistemas. La fragmentación no exige que la solución sea la implementación de un sistema único. En todo caso, si se planteara una reforma sistémica, ella debería tender hacia la integración, tanto de los subsistemas, como de sus funciones y mecanismos de provisión del servicio de la salud. Sin ello, será muy difícil comenzar a integrar los fragmentos en pos de lograr un sistema de salud más eficiente, coordinado y equitativo. Esta integración, además, tiene que contemplar las particularidades de cada provincia y región.

Sin embargo, se pone en evidencia que lograr esta meta es una tarea de largo plazo y muy compleja. Por lo tanto, se debe rescatar la importancia de crear y aplicar políticas públicas concretas que tengan un impacto tangible y a corto plazo, y que sean políticas de Estado, infranqueables a los cambios de gobierno.

## FUENTES

- Acuña, C. H. y Chudnovsky, M. (2002). El Sistema de Salud en Argentina. Disponible en: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Belmartino, S. (1999.) *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?*, Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME) y Centro de Investigación de la Fundación DPT (2020). Servicios de salud. Informe sectorial #15. Disponible en: <https://www.cadime.com.ar/newsletter/Informe%20Sectorial%20CADIME%20N%20152020.pdf>
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2012), "Sistema de salud argentino. Provisión y financiamiento en busca de la cobertura universal" (mimeo) Banco Mundial, Buenos Aires.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2018), *Obras sociales en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual*. Centro de Estudios para el Cambio Estructural. Disponible en: <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/infomes/obras-sociales-argentina.pdf>
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, (13), 146- 183. Disponible en: [http://bibliotecadigitalold.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli\\_v8\\_n13\\_05.pdf](http://bibliotecadigitalold.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf)
- Decreto 1615/1996 (Poder Ejecutivo Nacional) Administración Nacional del Seguro de Salud (A.N.S.Sal.), Instituto Nacional de Obras Sociales (I.N.O.S.) y Dirección Nacional de Obras Sociales (D.I.N.O.S.). Fusión. 23 de diciembre de 1996.
- Garay, O. (2017). INSSJP. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/inssjp>
- Garay, O. (2017). Obras Sociales. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Atención primaria. Médicos de Cabecero. Disponible en: [https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/ate\\_primaria/medicos/?menu\\_id=796](https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/ate_primaria/medicos/?menu_id=796)
- Jaimarena Brion, G (2017). Obras Sociales Provinciales. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales-provinciales>
- Ley 19.032 de 1971. Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados. 13 de mayo de 1971.
- Ley 23.660 de 1989. Nueva ley de obras sociales. 5 de enero de 1989.
- Ley 23.661 de 1989. Sistema Nacional del Seguro de Salud. 5 de enero de 1989.
- Ley 26.682 de 2011. Marco regulatorio de medicina prepaga. 16 de mayo de 2011.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018) Análisis de situación de Salud: República Argentina. *Secretaría de Gobierno de Salud*. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis\\_de\\_situacin\\_de\\_salud\\_-\\_republica\\_argentina\\_-\\_asis\\_2018\\_compressed.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis_de_situacin_de_salud_-_republica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf)
- Maceira, D. (2011). Documento de Políticas Públicas. Argentina: Claves para coordinar un sistema de salud segmentado. Nro.92. CIPPEC. Disponible en: [https://issuu.com/cippec/docs/92\\_dpp\\_r\\_argentina\\_claves\\_para\\_coordinar\\_un\\_sistema/2?ff](https://issuu.com/cippec/docs/92_dpp_r_argentina_claves_para_coordinar_un_sistema/2?ff)

- Organización Panamericana de la Salud (2007). Agenda de la Salud para las Américas, 2008-2017. Washington, D.C. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007.) Salud en las Américas. Washington DC. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/index.html>
- Tobar, F.; Olaviaga, S.; y Solano, R. (2012). Complejidad y Fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Documento de Políticas Públicas/Análisis N 108. Buenos Aires: CIPPEC. Disponible en: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/201803/108%20DPP%20Salud%2C%20Complejidad%20y%20fragmentacion%2C%20Tobar%2C%20Olaviaga%20y%20Solano%2C%202012%5B1%5D.pdf>