UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas
Área de Integración Disciplinar y Estudio de la
Problemática Profesional

MATERIAL DE ESTUDIO - UNIDAD 3

SALUD Y SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

AÑO ACADÉMICO 2023
Seminario Introductorio a la Problemática Profesional

Material de Estudio elaborado con fines educativos – Seminario Introductorio a la Problemática Bioquímica / Farmacéutica. Espacios curriculares de 1º año de las carreras de Bioquímica y Farmacia, respectivamente. Elaborado por: Gabriel Calviño, Florencia Facciuto, Virginia Osella, Melisa Montalto y Mariela Valentín.
Año Académico 2023
Área de Integración Disciplinar y Estudio de la Problemática Profesional (IDEPP), Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, UNR.
Rosario, Santa Fe – 2023.

CONTENIDO

SISTEMA DE SALUD 4
EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA 5
ANÁLISIS DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD 6
El subsistema Público 6
El subsistema de Obras Sociales..... 7
El subsistema Privado 8
CAMBIOS EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO..... 10
1) Estado liberal tradicional 10
2) Estado social (1945-1955) 11
3) Desarrollismo (1955 a 1976) 12
4) Conformación del Estado neoliberal (desde 1976-2002) 14
5) Del neoliberalismo al neointervencionismo y viceversa (2003 a la actualidad)..... 15
LA REFORMA DEL SUBSISTEMA PÚBLICO DE SALUD 15
LA REFORMA DEL SUBSISTEMA DE OBRAS SOCIALES 17
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS..... 19

SISTEMA DE SALUD

Se entiende por Sistema de Salud el *conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal mejorar la salud de la población*. Estas intervenciones o acciones de salud abarcan la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios.

Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud.

Se pueden considerar otras dimensiones y afirmar que los sistemas también expresan los siguientes aspectos:

> representan ciertos valores de la sociedad de la cual son parte, como por ejemplo, la solidaridad y la justicia social;

> están estrechamente relacionados con los objetivos de la política social de un país;

> ponen en evidencia las características de la relación de la población con su Estado;

> son una parte fundamental de la Seguridad Social de amplios sectores de la población, y; > funcionan como articuladores entre lo político y lo económico en un país.

Los países optan por organizar sus sistemas de salud a fin de satisfacer valores y principios establecidos, cumplir con sus propósitos y alcanzar los objetivos sanitarios planteados. Esto genera distintas modalidades de conducir el sistema y regular su funcionamiento, financiar y asignar los recursos, y proveer los servicios de salud.

La definición del sistema de salud, de sus diversos subsistemas, las organizaciones que lo constituyen y las relaciones existentes entre ellos se mencionan en las constituciones, leyes generales de salud o códigos sanitarios de todos los países de la Región. Casi todas las constituciones de los países de la Región *reconocen la salud como un derecho humano*; sin embargo, la historia muestra que los gobiernos y las sociedades han logrado mejores resultados a la hora de formular la legislación sanitaria que de introducir los cambios necesarios a sus sistemas de salud y protección social para asegurar ese derecho.

Para reflexionar: en instancias anteriores de esta unidad hablamos de la concepción de la salud como un derecho, ¿Qué significa esto? ¿Qué implicancias tiene para un país entender a la salud como un derecho?

EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

Nuestro país posee un sistema de salud altamente desarrollado en comparación con otros países con situaciones socioeconómicas similares. La esperanza de vida al nacer, para el 2022 fue de 76 años, lo que representa un aumento de 3,6 años respecto de lo informado en el 2000. Entre el 2000 y el 2019, la mortalidad infantil en Argentina se redujo de 19,3 a 11 por 1000 nacidos vivos, lo cual implica una disminución de 43,0% y la cobertura de servicios de salud es relativamente buena en todos los niveles de ingreso. La cantidad de médicos es 40.5 cada 100000 habitantes mientras que los datos proporcionados por OMS para el año 2017, indican que el promedio en la región de las Américas es de 23,3 cada 10 mil habitantes, según lo cual Argentina superaría incluso al conjunto de los países europeos que cuentan con 33,8 profesionales de medicina cada 10 mil habitantes. Estos datos nos hacen reflexionar acerca de la importancia que tiene la Educación Superior en nuestro país, donde la presencia de Universidades en todo el territorio nacional y la gratuidad de los estudios superiores permiten, en parte, la formación de un número considerable de profesionales. (UNIDAD 2)

El Sistema de Salud Argentino se encuentra altamente concentrado en atención de la salud especializada y basada en hospitales con una escasa atención de la promoción de la salud y el control de enfermedades. Las principales causas de su mala performance se deriva de la **fragmentación** entre los subsistemas de salud existentes y dentro de los mismos y de la **poca articulación**, debido a que las diferentes instituciones y actores que lo conforman no tienen relaciones aceitadas entre ellos, lo que atenta constantemente con la conformación de un sistema formal de salud, el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Dicha articulación está a cargo del Ministerio de Salud a quien le corresponde formalmente la función de coordinación del Sistema general de salud. No sólo se observa la falta de integración entre los distintos subsistemas, sino que dentro de cada uno de ellos también existen serios niveles de fragmentación. En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones y en el caso de la seguridad social y el subsector privado ambos están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación.

Te invitamos a investigar cómo se conforman los Sistemas de Salud de TRES PAÍSES diferentes al nuestro y los compares con el sistema de salud argentino.

ANÁLISIS DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD

El Sistema de Salud Argentino se encuentra **fragmentado en tres subsectores**: *subsistema público*, *subsistema privado* y el *subsistema de las obras sociales.*

1) el subsistema público (Nación, Provincia y Municipios).

2) el subsistema *de la Seguridad Social* (Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales y el INSSJP) y

3) el subsistema *privado* (empresas de medicina prepaga).

EL SUBSISTEMA PUBLICO

Este subsector, cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud a toda la población. En los hechos, abarca aproximadamente al 30% de la misma, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores.

Según datos de la Encuesta de Desarrollo Social de 1997, se estima que la población que accede sólo a los servicios de salud de este subsector, se constituye en poco más de un tercio de la población (13,4 millones de personas) (Cuadro 1). Se observa que el 62,3% de la población posee algún tipo de cobertura social y que el 37.6% solamente utiliza el hospital público.

Asimismo, la representación de los establecimientos del sector público dentro del total de los establecimientos de los diferentes subsectores, ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo.

A su vez, hay en el país más de mil doscientos establecimientos públicos con internación, la mayoría de los cuáles son hospitales. La mayor parte de ellos son provinciales y sólo una mínima proporción depende del nivel nacional.

Una última característica central a considerar para dar cuenta de los rasgos constitutivos de este subsector, es el doble vínculo laboral que establecen sus recursos humanos (principalmente, los profesionales y los técnicos) que, en su mayoría, desarrollan actividades en el subsector privado en forma independiente y vinculados a los establecimientos públicos.

Simultáneamente a estas consideraciones de carácter descriptivo, es necesario analizar la dinámica que asume este área. Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal). Hipotéticamente, la Nación en la figura del Ministerio de Salud asume en la década de los años noventa las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. En la práctica, el rol del nivel central es muy acotado. Prácticamente no interviene en la política de salud nacional. Asimismo, cabe aclarar que el porcentaje de gasto público que actualmente maneja es muy pequeño. Por el contrario, en las últimas décadas, se ha visto reforzada la importancia de los Ministerios o Secretarías de Salud provinciales, los cuales como producto de un progresivo proceso de transferencia de establecimientos, han tenido que ir haciéndose cargo de muchos de los hospitales públicos nacionales.

El Ministerio de Salud es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación. Administra en forma directa cinco hospitales con funciones específicas y programas especiales. Por último, participa también a través de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) en la definición de la política relativa a las Obras Sociales (OS). Actualmente, las funciones de coordinación de las OS están en manos de la SSS. La SSS es un organismo descentralizado en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social y es un ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el sistema nacional de seguros de salud.

Simultáneamente, los gobiernos provinciales, son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus propios MS. Las provincias tienen un papel relevante dentro del sector salud, puesto que realizan con sus propios recursos alrededor del 75% del gasto público destinado a la financiación de servicios de atención médica.

La relación entre la Nación y las Provincias, no siempre resulta en una coordinación articulada. Aunque sus vínculos se establecen a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), pueden observarse, en algunos casos, servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones.

EL SUBSISTEMA DE OBRAS SOCIALES

El subsistema de las obras sociales se consolidó durante la década de los setenta a través de la incorporación de su rasgo central: el carácter obligatorio de su adhesión y la organización por ramas de actividad. Cada trabajador, obligatoriamente, debía adherirse a la obra social perteneciente a su actividad laboral. Las obras sociales se encuentran conformadas por diversas instituciones de salud que no solo cubren las posibles contingencias en el terreno de la salud, sino que también proveen infraestructura en turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia y a los jubilados a través del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI). Las obras sociales de régimen nacional brindan cobertura al 50,2% de la población y se encuentran coordinadas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Las Obras Sociales provinciales son 23 instituciones que otorgan cobertura a un 29,41% de la población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes. La fuente de financiamiento de las obras sociales proviene fundamentalmente de la contribución de los empleados y empleadores, a través del débito del 8% del salario en las obras sociales nacionales y de entre el 7 y el 12,5% en caso de las provinciales.

Es importante resaltar que este subsistema se terminó de consolidar como tal cuando en 1970 se extendió de manera obligatoria a toda la población trabajadora y a los jubilados y pensionados. Pero esta circunstancia le imprimió una característica peculiar, puesto que en vez de impulsar la provisión directa (centrada en servicios de su pertenencia) o la participación del sector público en el sistema, a partir de la sanción de esta leyes se afianzó la tendencia (ya existente) de que las OS concretaran contrataciones con el sector privado.

Por otra parte, además de nuclear a una gran parte de la población, la importancia de este subsector radica también en su capacidad de tornarse en un eje constitutivo del sistema de

salud argentino desde 1970. De hecho, el sistema en general ha girado fundamentalmente alrededor del subsistema de Obras Sociales, que ha sido dependiente de los cambios políticos y del mercado laboral ocurridos en los últimos cuarenta años. El desarrollo del seguro social bajo jurisdicción sindical desde los años cuarenta, implicó una redistribución de poder hacia los sindicatos que ganaron un enorme poder con el control y la administración de los fondos y desde entonces defendieron fuertemente esta adquisición.

Una importante consecuencia de la formación del sistema de Obras Sociales ligado a la rama de actividad fue la creación de un seguro de salud basado en la categoría de trabajadores formales y sujeto a la existencia de un mercado de trabajo que presentase condiciones de pleno empleo y una alta tasa de salarización. Esta fuerte vinculación entre Obras Sociales y sindicatos ha generado una continua politización de los conflictos que implica, la mayor parte de las veces, que se privilegien objetivos de esta lucha política por sobre las necesidades del área de la salud.

EL SUBSISTEMA PRIVADO

Este subsistema está integrado por profesionales independientes que brindan atención en consultorios de forma privada, efectores de salud de gestión privada y empresas de medicina prepaga.

Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales. Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios). La afiliación se concentra fundamentalmente en la Capital Federal y, en menor medida, en el Gran Buenos Aires, existiendo algunas importantes entidades en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán.

Este subsistema brinda cobertura al 7,2% de la población y se financia a través del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen ingresos medianos o altos y que, muchas veces, cuentan también con cobertura de obras sociales (doble afiliación), siendo estos últimos un 4,2% de la población.

Durante los últimos años, el subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las Obras Sociales. Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadriplicó. Mientras que a fines de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50%. A su vez, la capacidad instalada del subsector se duplicó entre 1969 y 1995.

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

Es necesario tener en cuenta para comprender este subsector que el Estado ha tenido una mínima intervención regulatoria en el área, hasta la ley de Medicina Prepaga legislada en mayo del 2011. La resolución 2181 del año 1980 de la Secretaría de Comercio establece las condiciones que deben registrarse en los contratos, pero éstas se refieren a características

de los convenios (individual o colectivo); porcentajes de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; normas aplicadas a la provisión de servicios y; forma de pago de las primas y reintegros

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

Del volumen total de asociados, en el 65% de los casos se trata de adherentes individuales y el resto (35%) está conformado por afiliaciones corporativas.

Un fenómeno que también se observa es la creciente tendencia, entre las Prepagas, a establecer contratos prestacionales con las Obras Sociales. Esta modalidad se inició con contratos con algunas Obras Sociales de personal superior, como OSDE.

Ahora te invitamos a pensar: ¿De cuál subsistema sos usuaria/o vos y tu familia?
¿Qué efectores de salud (centros de salud, hospitales, farmacias, clínicas, laboratorios, entre otros) existen en tu localidad? ¿A cuál de los subsistemas pertenece cada uno de ellos?

CAMBIOS EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Una vez delineadas las características centrales que presenta la organización actual del sistema de salud en la Argentina, es necesario revisar los aspectos más importantes de su evolución reciente. Sin embargo, no se puede dejar de tener en cuenta un hecho central: así como el Estado no siempre se ocupó de la salud, sus políticas con respecto a la misma fueron variando a través de los años.

Aunque no siempre fue así, hoy existe consenso respecto a la importancia de la intervención del Estado en la salud. De hecho, gran parte de la discusión actual en relación a las alternativas para la reforma sectorial pasan por la definición (o redefinición) del rol del Estado con respecto a la salud puesto que pocas son las políticas sociales que poseen la importancia y complejidad de la relacionada con la atención de la misma. Por eso su preservación es una preocupación central de individuos y sociedades y de ahí la importancia de las políticas destinadas a protegerla.

La mayoría de los estudios que se ocupan de la evolución histórica del sistema, coinciden en señalar que existen, al menos, cuatro etapas identificables en función del nivel de concentración o descentralización de las decisiones tomadas respecto del sector, así como también del poder relativo de los actores principales involucrados (Estado, Obras Sociales y Privados).

Estos cuatro períodos se organizan de la siguiente forma:

1) Desde 1880 hasta 1945 (Estado liberal tradicional)
2) Desde 1946 a 1955 (Estado social, de compromiso, de Bienestar /peronismo)
3) Desde 1955 a 1976 (Desarrollismo)
4) Desde 1976 a 2002 (Conformación del Estado neoliberal que se consolida en los ‘90)
5) Desde 2003 a la actualidad (Del neoliberalismo al neointervencionismo y viceversa)

1) Estado liberal tradicional

El sistema sanitario argentino estaba conformado, durante la primera mitad del siglo veinte, por una amplia y diversa cantidad de instituciones que operaban, en términos generales, como respuestas a demandas puntuales y de corto plazo. En el Estado liberal la salud no era considerada un problema público sino privado. El campo de la salud mostraba una Medicina privada destinada a sectores con capacidad de pago, sistema de Hospitales de Beneficencia (venerables damas) para los sectores sin recursos y los Servicios mutuales de origen migratorio o de actividad laboral (organizaciones de base solidaria)

La función del Estado era marcadamente subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial. Se limitaba a cuidar la higiene pública, controlar epidemias y vigilar la sanidad de fronteras a la vez que se ocupaba de la asistencia frente a contingencias no previstas.

El paradigma reinante en ese entonces entendía a la salud como una cuestión meramente individual de responsabilidad y objeto de caridad. En ese marco, el conjunto de instituciones que conformaban al área de la salud no eran más que el resultado de esfuerzos individuales altamente fragmentados, sin ninguna coordinación y con una prácticamente escasa capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo.

Esta concepción subsidiaria del rol del Estado respecto de la salud, tenía su correlato en la estructura del Estado Nacional: el sector estaba representado por el Departamento Nacional de Higiene (que dependía del Ministerio del Interior) y la comisión asesora de asilos y Hospitales regionales (que dependía del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto). Cabe resaltar, por último, que hacia el final de este período se empiezan a vislumbrar aquellos elementos que impulsarán grandes cambios en el sistema de salud. Sobre todo, en los servicios de salud estatales hasta ahora agrupados en torno al Departamento Nacional de Higiene.

2) Estado social (1945-1955)

La irrupción del Peronismo trajo aparejado un cambio de paradigma. La idea dominante durante este período era que la salud era responsabilidad del Estado. La consecuencia inmediata de este cambio en la visión del tratamiento de la salud de la población, fue la expansión estatal -impulsada desde el gobierno central- de la cobertura sanitaria. Durante este período, se nacionalizaron todos los establecimientos públicos -desplazando así a las sociedades de beneficiencia- y, también se desarrolló una red de centros de atención ambulatoria a la vez que se llevaron a cabo una gran cantidad de programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas. Como consecuencia directa de este giro estatal en la relación con la salud, se generó una fuerte dependencia del sector con respecto al presupuesto central. Aunque seguían existiendo sistemas de coberturas mutualistas –ahora con fuerte predominio sindical- no existían grandes separaciones entre prestadores y financiadores. En última instancia, pese a la autonomía de las provincias derivada de la constitución, durante ese período el gobierno nacional llevó a cabo un ambicioso programa de obra pública y de expansión de servicios en todo el territorio nacional.

Respecto de los demás actores constitutivos del sistema de salud argentino, se observa la tendencia de las entidades mutuales a reagrupar a los trabajadores por rama de producción, sentando así las bases de lo que serían las Obras Sociales. La Secretaría de Trabajo promovió, en este sentido, el funcionamiento de la solidaridad grupal de los organismos gremiales. Ahora bien, en esta etapa se vislumbran elementos que se tornarán centrales y constitutivos del formato que asumirá el sistema de salud, por lo tanto, es fundamental para comprender este período, tener en cuenta como dato de sumo interés, la transformación del Departamento Nacional de Higiene en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, convirtiéndose así, por primera vez, a la salud pública en un asunto de interés específico. Asimismo, este hecho se ratificó en 1946 con la creación de la secretaría de Salud Pública y posteriormente con el establecimiento del Ministerio de Salud pública en 1949.

Este período asume características peculiares en tanto, en esta época se intentó desde las Secretarías de Trabajo y Previsión Social y de Salud Pública, llevar a cabo una política tendiente a consolidar el apoyo de los sectores populares al Gobierno, satisfaciendo sus aspiraciones por mejores condiciones de vida y mayores niveles de consumo. En esta dirección, se llevó a cabo, desde la Secretaría de Salud Pública, una ampliación de la cobertura asistencial dirigida a sectores sociales que hasta entonces habían tenido un acceso limitado y marginal a la atención médica hospitalaria.

En este período se produjo un importante crecimiento de los servicios públicos. Se instalaron nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios a la vez que se incrementó el número de empleados afectados al Ministerio de Salud Pública. Esta expansión del subsistema de salud público convirtió al hospital público en un centro formador de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica “para todos”. Bajo la gestión del Dr. Ramón Carrillo, se iniciaron una serie de

medidas que expresaban la voluntad de regular la Salud por parte del Estado así como de mantener un adecuado acceso para los sectores sociales menos pudientes. En suma, la gran capacidad asistencial instalada durante el gobierno peronista expresaba un sector público que había hecho de la atención médica uno de sus principales instrumentos de legitimación. Sería difícil, de aquí en adelante, retrotraer el acceso a la atención médica hospitalaria a una situación de marginalidad, puesto que se había establecido como un comportamiento colectivo al que no era posible renunciar.

3) Desarrollismo (1955 a 1976)

Tras el derrocamiento de Perón en 1955, el gobierno de la llamada Revolución Libertadora inició una serie de reformas tendientes a transferir hacia provincias y municipios, las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos en manos del Estado nacional, muchos de los cuáles habían sido construidos durante el periodo anterior

Es entonces que, a partir de 1955, se observa una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud. Por un lado, se realizaron las primeras transferencias jurisdiccionales y por el otro, las Obras Sociales cobraron importancia dentro del entramado de actores relevantes del sistema. Los antecedentes históricos del sistema de Obras Sociales en nuestro país, se remontan a las sociedades de ayuda y socorros mutuos organizadas espontáneamente por la inmigración europea a mediados del siglo XIX. A pesar del fuerte impulso que recibió esta forma de organización de los servicios médicos durante la década peronista, las Obras Sociales tal como hoy las conocemos no fueron una creación de dicho gobierno. Aunque existe cierta inclinación a relacionarlas, la política de Perón en materia de salud asumió rasgos universalistas – de la mano del ministro de salud Dr. Ramón Carrillo- propias de todo Estado asistencial o de bienestar, centrado su acción – principalmente- en el subsector público.

Se tiende a vincular el origen de los sindicatos con el gobierno peronista porque, en efecto, también este les dio gran aliento al desarrollo de las Obras Sociales sindicales. Sin embargo, en el origen de las mismas (de 1955 a 1970) los aportes para la cobertura de atención médica se establecían en las convenciones colectivas, lo cuál implicaba una fuerte diferenciación y fragmentación del sistema como consecuencia de los diferenciales de fuerza de cada sindicato que determinaban, a su vez, la forma de funcionamiento de sus respectivas Obras Sociales. Cada una de ellas desarrolló una estrategia de prestación directa de servicios de salud a sus afiliados a través de instalaciones propias. Los pequeños y medianos sindicatos también lo hicieron pero a través de prestaciones indirectas de servicios de salud y en convenio con el sector privado. Las Obras Sociales durante los años cincuenta y sesenta formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas sólo en parte a través de servicios propios. El Estado poseía escasa información sobre las Obras Sociales y no tenía control sobre sus fondos administrados. Tampoco lograba regular la poca coordinación que existía entre ellas.

En este marco, bajo el gobierno del general Onganía y de la ahora denominada "Revolución Argentina" y ante la evidencia de la agitación social que se plasmó en toda su dimensión en la insurrección popular denominada “El Cordobazo” (1969), es que se desencadenó como respuesta a las medidas económicas, la proscripción generalizada de la actividad política y sindical y el crecimiento de un nuevo sindicalismo que impulsaba la confrontación. En este contexto, el gobierno militar buscó fortalecer su relación con la dirigencia sindical “dialoguista” y tender un puente hacia el sindicalismo a través una ley (Ley 18.610) que se constituiría como un importante recurso de poder: las Obras Sociales.

En efecto, en 1970, en el marco del régimen militar autoritario liderado por el general Onganía desde 1966, fue sancionada una ley pro-sindical a través de la cuál se intentó fortalecer las estructuras sindicales más pragmáticas y proclives al diálogo y a la negociación con el objetivo de desactivar el conflicto social. Entre sus aspectos más relevantes, esta ley involucraba las siguientes características: por un lado, cubría a todas las Obras Sociales (estatales, paraestatales, organismos descentralizados, de empresas del Estado y obras sindicales) y por el otro, en relación a los recursos, éstos provendrían de una contribución de los empleadores del 2% de la nómina salarial, un aporte de los trabajadores del 1% de sus remuneraciones (1% adicional para quienes poseyeran una o más personas a su cargo) y un 2% de los haberes previsionales de jubilados y pensionados que se incorporaran al sistema. Las Obras Sociales serían conducidas por los mismos sindicatos que recaudarían sus fondos sin intermediación alguna.

La determinación de la obligatoriedad de la afiliación al sistema de Obras Sociales de todos los trabajadores en relación de dependencia, así como la generalización de la contribución patronal, son una muestra concreta de cómo la sanción de la ley reforzaba el poder económico y político de los gremios. Los fondos de las Obras Sociales no quedaban ahora sólo librados a la negociación entre empleadores y trabajadores. La ley establecía un piso de contribución obligatoria para ambos.

Además del fortalecimiento del subsector de Obras Sociales, en este periodo el paradigma que guió las reformas en el subsector público fue el del Estado como subsidiario. El modelo giraba en torno a la "provincialización" de la capacidad instalada que poseía el gobierno central. Supuestamente, la conformación de un esquema integrado correría por parte del gobierno central con bases en planes globales de salud que retomarían las acciones provinciales. La formalización de esta metodología se concretaría a inicios de la década del setenta a través de la creación del Comité Federal de Salud y del Consejo Federal de Salud. Sin embargo, este intento del Estado Nacional de atenuar los niveles de fragmentación, no tuvo demasiado éxito. Tampoco se completó la descentralización financiera desde la Nación hacia las provincias.

En 1974, en el marco de la reapertura democrática que permitió al peronismo retomar el gobierno en 1973, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el propósito de conformar un sistema único de salud con eje en el Estado que asegurara un acceso igualitario a la salud para toda la población. Este proyecto no logró suscitar el interés de las Obras Sociales ni de la mayoría de las provincias. No obstante, hasta su intervención por el nuevo gobierno militar, en 1976, el SNIS registró avances en algunas provincias. Esta experiencia puso de relieve las dificultades del Estado Nacional para articular a los miembros del sistema de salud por el camino de la nueva sanción legislativa.

Por otra parte, es importante señalar que en la etapa 1955-1978, se llevaron a cabo las primeras transferencias de hospitales nacionales a las provincias y que las evaluaciones posteriores de la experiencia, subrayan la falta de una asistencia técnica y financiera adecuada para una descentralización exitosa. A su vez, remarcan que estos intentos trajeron aparejado un rápido deterioro de los establecimientos que generó –a su vez- un desgaste de la hegemonía estatal en la oferta de servicios.

Sin embargo, el análisis del proceso de descentralización resultaría incompleto si se focalizara únicamente en el campo hospitalario público. Un hecho central a lo largo de este período, fue la relegación del tema de la descentralización Nación-Provincias, a causa de la preponderancia que adquirió la consolidación de las Obras Sociales como eje del sistema prestacional. El crecimiento de esta forma de prestación de la salud bajo la administración de los sindicatos redujo la importancia del sector público en su totalidad y con ello relativizó la importancia de las políticas de

descentralización fiscal. Cada sindicato desarrolló su esquema prestacional circunscripto a las necesidades de sus afiliados. Asimismo, este desarrollo se dio en el marco de un escaso poder de reglamentación y coordinación de las autoridades sanitarias y provinciales.

Con este componente novedoso en cuanto a su protagonismo, el eje del problema en la salud tendió a desplazarse de la cuestión de la descentralización Nación-Provincias hacia las formas de articulación entre los distintos componentes de un sistema que poseía en su estructura elementos que los llevaban hacia la fragmentación y el descontrol.

Finalmente, cabe resaltar que poco se avanzó en este período en términos del logro de una mayor coordinación entre prestadores de Obras Sociales, hospitales provinciales y nacionales. Asimismo, se observa que la errática transferencia de servicios que se inició en este período, tenderá a convertirse en una política habitual bajo los gobiernos de facto para terminar en un definitivo traspaso en 1979, desde el gobierno central hacia las provincias y municipios, de un número importante de servicios asistenciales.

4) Conformación del Estado neoliberal (desde 1976)

Las políticas asumidas en materia de salud por el gobierno militar durante este período difícilmente puedan ser atribuidas a un sólo proyecto o a una sola orientación. Si bien las consecuencias reflejan un uniforme deterioro del papel del Estado, las causas por las que se llega a esa situación son diversas. Es notable que el financiamiento del Estado y la provisión de salud cayeron – en la década del ´70- tan significativamente como fue el deterioro de la capacidad instalada. Un primer hecho a remarcar hacia fines de la década de los años setenta, en el marco de una declinación de la participación pública en el área de la salud, es el reinicio de la tendencia de la descentralización fiscal de varios de los hospitales que aún dependían de la Nación. Se retomó con énfasis este tipo de políticas y a través de la Ley 21.883, se aprobaron distintos convenios entre Nación, Provincias y Municipios con el propósito de transferir de la Nación, 65 hospitales hacia distintas jurisdicciones. En ningún caso existió una compensación presupuestaria por la transferencia de los hospitales públicos que se llevó a cabo como resultado de la presión que ejerció el Gobierno nacional a las provincias que se hicieron cargo de mayores funciones sin recibir recursos.

En este período, se impulsaron otras cuatro medidas importantes en términos de la transformación del sector: Primero, la fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos, en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires y en 14 provincias. Segundo, la sanción de la Ley 29.269 de Obras Sociales en 1980 que aumentó el poder de la Secretaría de Seguridad Social. Tercero, el desarrollo de un mercado de servicios de salud como consecuencia de la reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado, que llevó a un uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos; y por último, la ampliación de lo que primero se llamó Comité Federal (1972) y luego reuniones de Autoridades de Salud (1976-1980) y que implicaban encuentros periódicos de autoridades provinciales y nacionales en un ente mayor y con más capacidad aglutinante que se denominó Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA). A pesar de sus objetivos, este intento de definir la estructura y funcionamiento del área de la salud, con el propósito de lograr una apropiada articulación entre los subsistemas de seguridad social, público y privado, no avanzó más allá del inicial planteo del problema.

Hacia la nueva apertura democrática en 1983, el deterioro de los servicios del sistema de salud se veía reforzado por la profunda crisis económica que ya afectaba al país. Ninguno de los niveles en que se desenvolvía la acción estatal en materia de salud quedó exento del debilitamiento. La

magnitud del daño reclamaba, por lo menos, la reparación de lo existente. De hecho, a fines de 1987, cuando se discutió la redacción de una nueva ley de coparticipación, se decidió incrementar el porcentaje de la distribución primaria correspondiente a las provincias en una proporción equivalente al costo de los servicios transferidos en 1978.

Tras el fracaso del SNIS, impulsado en la década del´70, a mediados de los años ochenta, se avanzó en la propuesta de un nuevo marco normativo para articular los diferentes subsectores. Con este propósito, se sancionaron en 1988, dos leyes: la Ley 23.660 de "Obras Sociales" y la Ley 23.661 de "Seguro Nacional de Salud". La primera no introdujo modificaciones sustantivas en relación con la Ley de 1970: mantuvo a la totalidad de las Obras Sociales como prestadoras del sistema, sólo que sujetas ahora a un marco más amplio por formar parte también del Seguro Nacional de Salud. Se mantuvo, asimismo, la obligatoriedad de la afiliación para los trabajadores en relación de dependencia, pero se eliminó la cláusula de adhesión obligatoria a la Obra Social por rama de actividad.

Respecto al "Seguro nacional de Salud" se pretendió mejorar la cobertura y la equidad de la oferta de salud, organizándola dentro de una concepción integradora y dejando en manos del MS la articulación de los servicios de salud de los diferentes subsistemas, pero dándole un mayor protagonismo a las Obras Sociales.

En forma simultánea a este proceso, el subsector privado fue aumentando paulatinamente su importancia. Según datos del Banco Mundial el gasto total en salud es de 18.400 millones de dólares y el del sector privado es de 3,5 mil millones anuales. Asimismo, este sector obtiene en ganancias entre 2,9 y 3 billones anualmente. En este sentido, este sector se vio fuertemente favorecido por la política económica desarrollada por el gobierno entre 1977 y 1981: la sobrevaluación de la moneda nacional junto con la reducción de las barreras arancelarias constituyeron un importante incentivo para que los prestadores importaran tecnología médica.

A partir de la década de los años noventa se retoma la política descentralizadora. En este contexto, las profundas reformas acontecidas esa década habrían de impactar sobre el subsector de la salud pública a través de la descentralización. Esto implicó una doble tendencia: por un lado, el hincapié en la reforma del Estado y por el otro, los cambios en la política social.

Las reformas del sector salud en la Década de los 90 se inscriben dentro de las llamadas reformas de "segunda generación" impulsadas por el Banco Mundial (1993) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (1994) que tras, la primer ola de reformas macroeconómicas en muchos de los países de América Latina, intentaron modificar sus mandatos en una dirección que acentuara la necesidad de la participación de la sociedad civil, de transparencia, de fiscalización en las operaciones y, sobre todo, con el objetivo de asegurar las condiciones político-institucionales y sociales funcionales a la sustentabilidad de las reformas macroeconómicas. La "segunda ola" de reformas se dirigió a modificar cuestiones tales como los servicios de salud, la flexibilización del mercado laboral, el mejoramiento del transporte y de la gestión pública, así como a fortalecer y mejorar la capacidad institucional del Gobierno. En particular, la reforma del sector salud se inscribe dentro de un paquete de políticas estatales dirigidas a modificar las regulaciones sociales vigentes.

5) Del neoliberalismo al neointervencionismo y viceversa

Desde 2003 nuestro país oscila entre la herencia neoliberal de los 90 y políticas que intentan poner al Estado en el centro de la escena. En materia de salud se implementaron diferentes decisiones:

La coalición política triunfante en 2015 propugnó la disminución de las responsabilidades estatales en materia de salud, transformando el Ministerio de Salud en Secretaría (reduciendo su autonomía en la gestión y disminuyendo su presupuesto).

En 2020, en medio de una crisis económica y social, se tuvieron que activar los mecanismos institucionales y presupuestarios para enfrentar la segunda pandemia del siglo XXI. Salud como tópico central, ASPO (medida sanitaria necesaria con consecuencias socioeconómicas). El Sistema de Salud fue desafiado por la creciente demanda de atención médica de pacientes con COVID-19, suba de la mortalidad directa e indirecta (dificultad en el acceso a la atención de otras patologías), falta de infraestructura, recursos humanos (personal de la salud) sobredemandados.

La pandemia puso en evidencia:

- Niveles muy diferentes de cobertura para cada hogar, definidos por los niveles de ingresos, el lugar de residencia y la inserción laboral de sus miembros
- Necesidad de contar con un Ministerio de Salud (restituído en 2019) que ejerza rol de rectoría en la organización y coordinación de la salud en todo el país.
- Necesidad de elevar las partidas presupuestarias para garantizar infraestructura y formación de los recursos humanos necesarios.
- Necesidad de definir prioridades en la distribución de recursos escasos, reforzando políticas de promoción y prevención y fortaleciendo la APS.
- Necesidad de contar con un SS sólido, articulado y coordinado

Esta crisis resignificó la salud como un derecho que requiere inversiones (en efectores, tecnología y RRHH) y mantenimiento constante para garantizarse como tal. Y evidenció la necesidad de reformas que tiendan a la consolidación de un SS más equitativo y eficiente, con cobertura y acceso universales e igualitarios para todos los ciudadanos.

LA REFORMA DEL SUBSISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Aún ante la evidencia de la escasez de recursos destinados a los servicios de salud pública, las iniciativas para reformar el sector fueron escasas y focalizadas. Las principales medidas que se llevaron a cabo implicaron propuestas de corte administrativo-financiero. Entre ellas, se encuentra el intento de transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales, la profundización de la descentralización hospitalaria y la privatización de los servicios periféricos y ciertos servicios de salud, así como un nuevo programa nutricional materno-infantil financiado externamente y focalizado en grupos con necesidades básicas insatisfechas.

La descentralización ya se encontraba en un estado bastante avanzado antes de la reforma económica (1991). En este contexto, la medida más relevante que se tomó en el subsector público fue un decreto de 1993 que -en el marco del intento de modernización de los hospitales públicos- proponía transformarlos en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud conocido como Hospital Público de Autogestión. La atención médica gratuita quedaba así restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado.

El modelo de autogestión aún no llegó a consolidarse exitosamente ya que el arancelamiento de los servicios hospitalarios tuvo una aplicación muy limitada debido a la falta de pago por parte de las Obras Sociales por "sus afiliados" que usaban las instalaciones del subsector público y por la baja capacidad de contribución de los usuarios.

Asimismo, la reorganización y subcontratación se fueron desvirtuando a medida que se verificaba la ausencia de un adecuado gerenciamiento. Con la continuación de las dificultades financieras en el subsector, la prolongada decadencia de la provisión pública de servicios de salud no pudo ser contrarrestada. La escasez de materiales sanitarios y medicamentos, así como el estancamiento de los salarios del personal profesional y técnico siguieron a la orden del día. Sin embargo, la exacerbación de estos problemas, pusieron en duda la mismísima continuidad de algunos hospitales que se mantuvieron a fuerzas de reclamos por parte de su personal. Asimismo, al mismo tiempo que decaía la atención médica gratuita, crecía su demanda como consecuencia del incremento del desempleo con la consiguiente pérdida de cobertura de Obra Social. El problema es que la Argentina llegó a la década de los años noventa con un esquema universalista de provisión pública de salud compatible con los requerimientos de un modelo de crecimiento económico basado en el mercado interno y en la noción de pleno empleo. A partir de los años noventa, se prosiguió asignando la mayor parte del gasto a los servicios cuya provisión había sido universalista antes de la reforma y que ahora apuntaba sólo a quiénes reunieran las condiciones de pobreza y falta de cobertura.

El llamativo descuido oficial de los servicios universales de salud que no llegaron a figurar entre los temas centrales para la opinión pública, puede explicarse debido a que prácticamente sólo los sectores de bajos ingresos son los que utilizan los servicios estatales. La declinación de la salud pública es evidente y tanto el gasto público en salud por habitante como la participación en el PBI del gasto público en salud (excluyendo Obras Sociales) permanece en niveles bajos.

LA REFORMA DEL SUBSISTEMA DE OBRAS SOCIALES

Desde sus inicios, las Obras Sociales han sido una fuente de poder económico para el liderazgo sindical y contribuyeron al mismo tiempo a sostener su poder político. Durante la década de los años noventa, el gobierno, junto con las organizaciones de empleadores y el Banco Mundial propuso con insistencia la necesidad de mejorar la eficiencia de los servicios de salud para los asalariados y para esto sostuvo la necesidad de permitir a las firmas de seguro privado ofrecer cobertura en salud en forma simultánea a las Obras Sociales, de manera que los trabajadores pudieran elegir libremente entre unas y otras. Este proyecto de desregulación de las Obras Sociales hubiera erosionado el monopolio de los sindicatos en la provisión y financiamiento de la cobertura de salud de los asalariados. Evidentemente, la concreción de esta reforma, hubiera atentado directamente contra uno de los recursos de poder más importantes del sindicalismo puesto que hubiera desviado los aportes hacia las firmas privadas. En consecuencia, la reacción del sindicalismo fue de una resistencia activa contra estas medidas. La desregulación de las Obras Sociales probablemente, todavía no se completó porque los Gobiernos se reservan esas reformas, a la que eran especialmente sensibles los sindicatos, como pieza de intercambio para alcanzar otros objetivos considerados más prioritarios.

Aunque la desregulación total no llegó a legislarse, hubo un importante avance en este sentido a través de un decreto en el año 1993 que habilitó a los trabajadores a optar por una Obra Social que no perteneciera a la actividad económica de empleo. Esto permitió el desplazamiento de las afiliaciones hacia aquellas Obras Sociales donde, aprovechando algunas ambigüedades de la legislación, los sindicatos habían acordado con empresas de medicina Prepaga la transferencia de contribuciones patronales y personales. Por otra parte, se legisló la libre elección entre Obra Social y seguro privado para el personal jerárquico. En la práctica, la conjunción de estos factores

permitió la ampliación de la participación del sector privado en el sistema de cobertura de salud de los asalariados.
Hacia fines de 1996, se avanzó más intensamente a través de las Leyes 23.660 y 23.661 en la descentralización del sector salud. El programa de reforma que se esgrime en el documento de solicitud de financiamiento al Banco Mundial sostiene que el objetivo de la reforma de las Obras Sociales empieza por el desarrollo de un sistema de padrón de afiliados, de manera de sentar las bases que harían factibles en la práctica la libre elección de la Obra Social en conformidad con las normas vigentes en ese momento. En 1996, el Gobierno buscaba mejorar la situación económica de las Obras Sociales mediante su reestructuración financiera (de manera que pudieran cancelar la deuda elegible), la racionalización del personal y la asistencia técnica para la elaboración de políticas y normas que permitieran el adecuado monitoreo del proceso y la formulación de planes para la reforma.
En ese mismo decreto se establecía la creación del Programa Médico Obligatorio para todos los beneficiarios del Sistema Nacional de Seguridad Social. Por último, con una resolución administrativa, la Jefatura de Gabinete de Ministros establecía que la responsabilidad de la dirección y ejecución del Programa de Reforma de las Obras Sociales correspondería al Ministerio de Salud.
Esta situación se mantuvo, entonces, con cierta estabilidad hasta que en 1998 el Gobierno retrocedió de nuevo a través de la promulgación de un nuevo marco regulatorio que le dio al sindicalismo una nueva cuota de poder, otorgándole derechos de aprobar o rechazar los pedidos de traspaso entre Obras Sociales, situación que les permitió evitar una gran pérdida de afiliados y contener el avance de la medicina Prepaga. En el año 2000, después del cambio gubernamental de Octubre de 1999 por el que asumió el gobierno la Alianza (UCR y FREPASO) a través del decreto 446, se buscó incrementar la solidaridad del sistema mediante el fortalecimiento del fondo Solidario de Redistribución, aumentando los aportes al mismo en relación con el nivel salarial. Además, querían que se asegurara un pago por “beneficiario” (no por afiliado como era hasta ese momento) y que se incrementarán las posibilidades de optar libremente entre más agentes de salud (permite a las Prepagas inscribirse como agentes de salud con la obligación de brindar las mismas prestaciones y en igualdad de condiciones que las Obras Sociales). La Superintendencia de Servicios de Salud fue la encargada de reglamentar el decreto de desregulación para que entrara en vigencia en enero del 2001. Pero la última decisión del ejecutivo en marzo del 2001, fue la de suspenderlo.
Con la suspensión de la desregulación, los afiliados ahora sólo pueden cambiar de Obra Social una vez por año. Así, un afiliado a una Obra Social sindical puede elegir otra entidad sindical. Y el personal de dirección sólo puede elegir otra Obra Social jerárquica.
De esta forma, quedó suspendida la opción de pasar de una obra sindical a una de dirección y viceversa. Y también que una Prepaga actúe como Obra Social.
Asimismo, las idas y venidas que se observan en este sentido también deben ser comprendidas, a partir de la observación de la existencia de una brecha de capacidad del subsector en cuánto a la posibilidad de mantener características tales como la solidaridad y la equidad. Con la desregulación, las empresas Prepagas lograrían captar a aquellos sectores de trabajadores que tuvieran los niveles más altos de ingreso, con lo cuál estos sectores más pudientes probablemente abandonarían el sistema provocando la quiebra de la lógica redistributiva, que aunque insuficiente sigue existiendo. Con respecto a la equidad, las Obras Sociales aún conservan ventajas frente al sistema de Prepagas. Por una parte, como resultado de la imposibilidad que éstas últimas tienen de realizar prácticas de selección adversas, no prestando servicios por enfermedades de gravedad

previas y por tiempos de carencia. Por otra, porque a aquellos que se encuentran dentro del sistema se les brinda una cobertura muy amplia que incluye enfermedades y lesiones no contempladas en las Prepagas.

En este sentido, el modelo de reforma que prevalece tiende a acotar el acceso a la salud a la capacidad adquisitiva individual. Aunque la implementación de un Plan Médico Obligatorio garantiza un piso solidario, la desregulación de la provisión de salud con vistas a fortalecer una lógica de mercado corre el riesgo de debilitar lo que queda del sistema de salud argentino.

A modo de cierre: te invitamos a realizar un listado con al menos 5 momentos o cambios que hayan ocurrido en el sistema de salud argentino y que consideres influyentes en la forma actual del mismo

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- ABUELAFIA, E., et al (2002) El funcionamiento del Sistema de Salud Argentino en un contexto federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional
- ACUÑA, C. y CHUDNOVSKY, Mariana (2002) El Sistema de Salud en Argentina. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional
- ALESSANDRO, L. y MUNIST, M. (2003) La promoción de la salud: un nuevo paradigma, en: "Municipios saludables: una opción de política pública". 1º edición, OPS, Buenos Aires.
- BORRELL BENTZ, R. M., comp. (2005) Municipios Saludables. Portafolio Educativo. 1º edición, OPS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- CZERESNIA, D. (2006) El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción, en: CZERESNIA, D.; MACHADO DE FREITAS, C. "Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias". 1º edición, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- GORDIS, L. (2005) "Epidemiología", en: Medidas de la ocurrencia de la enfermedad. Tercera edición, editorial Elservier, Madrid, España (Capítulo 2)
- Instituto Nacional de Epidemiologia "Dr, Juan Manuel Jara", A.N.L.I.S. "Dr. Carlos G. Malbran" (2010) "Epidemiologia Básica" Curso a Distancia Modulo 1 Conceptos generales de epidemiologia.
- MARCHIORI BUSS, P. (2006) Una introducción al concepto de promoción de la salud, en: CZERESNIA, D.; MACHADO DE FREITAS, C. "Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias". 1º edición, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2004) "Introducción a la Epidemiología" en:
- Módulos de Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud. OPS/OMS
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2020) - Último acceso: Junio de 2023 en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_fdt_datos2019_vf-1.pdf
- OMS (1978) Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Ginebra.
- OMS (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa.
- OMS (1998) Promoción de la Salud. Glosario. OMS, Ginebra.

- OMS (2006) Trabajar en pro de la salud: presentación de la Organización Mundial de la Salud. OMS, Ginebra, Suiza.
- OPS (2003) Atención Primaria de la Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Resolución CD44/9. OPS, Washington.
- OPS (1996) Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica Nº 557. OPS/OMS, Washington.
- OPS (2007) Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). OPS, Washington.
- OPS (2007) "Salud de las Américas" en: Las políticas públicas y los sistemas y servicios de Salud, OPS (capítulo 4)
- OPS (2023) "Salud de las Américas" en: https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-argentina#:~:text=Esta%20relaci%C3%B3n%20era%20de%2061,lo%20informado%20en%20el%202000
- REDONDO ESCALANTE, Patricia (2004) Prevención de la Enfermedad. Cuarta Unidad Modular, en: "Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención". Universidad de Costa Rica.
- RESTREPO, H. (2000) "Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud", en: V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México.
- REVEL CHION, Andrea (2015) Educación para la salud: enfoques integrados entre salud humana y ambiente, propuestas para el aula - 1° edición - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Editorial Paidós.
- SÁNCHES MONGE, Aurora (2004) Introducción a la Promoción de la Salud. Tercera Unidad Modular, en: "Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención". Universidad de Costa Rica.
- SPADAFORA, Santiago Gerardo (2009) Salud y Sistema de Salud. Módulo 1, en: "Diplomado en Administración Hospitalaria". Universidad ISALUD, Buenos Aires, Argentina.
- UNESCO (1999) Promoción y Educación para la Salud. En: "Educación de adultos y medio ambiente, salud y población". UNESCO. Hamburg, Alemania.