



 **realidad
económica**

Nº 350 • AÑO 52

16 de agosto al 30 de septiembre de 2022

ISSN 0325-1926

Páginas 71 a 96

POLÍTICAS PÚBLICAS

Marchas y contramarchas en la construcción de un sistema integrado de salud*

María José Luzuriaga**

* El trabajo es una síntesis con actualizaciones y modificaciones de un capítulo que será publicado en Brasil, en el transcurso de 2022.

** Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ). Integrante de la Red Argentina de investigadoras e investigadores de salud (RAIIS) y del Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da saúde (GPDES) de la UFRJ. Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), 29 de septiembre 3901 (CP 1832), Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina. mariajoseluzuriaga@gmail.com

RECEPCIÓN DEL ARTÍCULO: febrero de 2021

ACEPTACIÓN: mayo de 2022



Resumen

El presente artículo se centra en el caso argentino y analiza los proyectos de políticas de salud que tuvieron como objetivo la integración del sistema de salud con el fin de poder identificar en qué medida los mismos contuvieron elementos que podríamos asociar a un proceso de desprivatización. Por privatización entendemos las reducciones de la actividad reguladora del Estado y del gasto público y una mayor presencia de las organizaciones privadas en diferentes esferas previamente ocupadas por el Estado. Se enfatiza la necesidad de incorporar el carácter evolutivo o secuencial del proceso, como los matices que existen en las múltiples relaciones público/privadas. Para el objetivo señalado se enfatizó en lo político (politics) de las políticas públicas, se incorporaron elementos de la sociología económica y la producción académica de diversas/os autoras/es referentes en el estudio del sistema de salud argentino.

Palabras clave: Sistema de salud - Argentina - Políticas - Públicas - Privatización - Sistemas nacionales de salud

Abstract

The ups and downs in the construction of an integrated health system

This paper focuses on the Argentine case and analyzes the health policy projects that aimed at integrating the health system in order to identify to what extent they contained elements that could be associated with a process of de-privatization. By privatization we understand the reductions in the regulatory activity of the State and in public spending and a greater presence of private organizations in different spheres previously occupied by the State. The need to incorporate the evolutionary or sequential nature of the process is emphasized, as well as the nuances that exist in the multiple public/private relationships. For the stated objective, emphasis was placed on politics of public policies, elements of economic sociology and the academic production of various authors who are referents in the study of the Argentine health system were incorporated.

Keywords: Health system - Argentina - Public - Policies - Privatization - National health system

Introducción

En la década de 1990 en la Argentina irrumpió de forma acelerada y extensa un programa privatizador en el marco de las reformas de Estado implementadas durante el gobierno menemista. Las mismas han sido exhaustivamente estudiadas por autores como Aspiazu y Basualdo (2004)¹. En relación a los aspectos salientes de las privatizaciones, los autores destacan: el carácter notablemente regresivo, la ausencia de la sociedad civil en el debate y la generación de un “clima político que imponía como única alternativa frente al ‘abismo’, la retirada del Estado de la economía y su reemplazo por la iniciativa privada” (2004, p. 1). En el mismo sentido detallan las intensas transformaciones que acompañaron al programa privatizador, como la profunda apertura externa, la flexibilización y precarización laboral, y la desregulación de los servicios.

En una línea de análisis similar, Nahón (2002) se detiene en el análisis de las políticas sociales durante los 90, y sostiene que el grado de las transformaciones durante la década permite afirmar que se llevó a cabo un proceso de refundación de las mismas. La autora analiza las políticas de educación, cuidado de la salud y de previsión social y concluye que se observa un proceso de *fragmentación regresiva* que define como:

el proceso por el cual la política social desarrolló en su interior políticas diferenciales para los distintos segmentos de la clase trabajadora, mejorando la calidad y cobertura de la misma para los trabajadores de más altos ingresos, a la vez que empeorando la calidad y cobertura para los de menores ingresos. (p. 25)

¹ Entre los trabajos de Aspiazu sobre el tema se encuentran *El programa de privatizaciones. Desequilibrios macroeconómicos y concentración del poder económico* (1995), *Las renegociaciones contractuales en los servicios públicos privatizados. ¿Seguridad jurídica o preservación de rentas de privilegio?* (1999), y *Las privatizaciones en la Argentina. La infraestructura vial: debilidades y discontinuidades normativas y regulatorias* (2002).

Al centrarnos en el estudio de las políticas públicas en el campo de la salud, es posible identificar a lo largo de la década de 1990 la existencia de un fuerte proceso privatizador que, si bien no alcanzó a ser implementado en su totalidad como en otros sectores de la economía, tuvo consecuencias que repercutieron en mayores niveles de desigualdad de acceso a los servicios, desfinanciamiento y deterioro de establecimientos públicos, y concentración de recursos. Sin embargo, en la historia de las políticas de salud de nuestro país también encontramos proyectos que buscaron ir en dirección contraria e intervenir sobre la falta o limitada coordinación o articulación del sistema así como sobre los efectos excluyentes y desiguales derivados de la presencia de intereses concentrados, principalmente de las grandes organizaciones a cargo de la financiación y la prestación de los servicios de salud.

Sostenemos que el estudio de las políticas públicas vinculadas a las organizaciones de la salud requiere entender el condicionamiento de las relaciones de poder sobre los procesos que ocurren en los mercados, el carácter social e históricamente construido de los mismos, el papel de los grandes actores económicos en el proceso de acumulación, y los mecanismos y dispositivos detrás de las decisiones económicas, entre otros aspectos centrales, para deconstruir los análisis ahistóricos y abstractos desarrollados por la economía neoclásica que han predominado en los estudios del sector salud desde la economía. Diversos estudios que componen la línea de estudios de sociología económica advierten sobre la necesidad de identificar los matices, superposiciones, ambigüedades y contradicciones presentes en las prácticas que se desarrollan en el terreno económico ya que en estos aspectos radica la posibilidad de producir algún tipo de explicación teórica significativa y que dé lugar a propuestas de cambio o reversión de las dinámicas actuales de la económica.

Estudios desarrollados en el campo de las políticas de salud advierten sobre la necesidad de estudiar los procesos de privatización en los sistemas de salud actuales, en dirección a un análisis más concentrado en la medición de los impactos concretos de dichos procesos, como la posibilidad de revisar sus efectos en mejoras de ampliación de acceso y en la calidad de las prestaciones (Maarse, 2006; Saltman, 2003; Mackintosh, 2016; Alkhamis, 2017; André et al., 2016; Vargas Bustamante y Méndez, 2014).

Otro eje de análisis se centra en una perspectiva de “la política de las políticas”. Para el mismo se recupera el trabajo realizado por Theodore Marmor en *The Politics of Medicare* (2000). El objetivo de su análisis se centró en la comprensión del proceso político que se desencadenó a lo largo del *Medicare*. Allí se propone un recorrido por los principales debates que tuvieron lugar desde el proceso de elaboración de la propuesta hasta la puesta en marcha del programa. Su búsqueda se dirigió a comprender los cambios claves en el contenido de esa política de salud, los principales logros, las condiciones bajo las cuales fue posible el sostenimiento de los contenidos centrales hasta su aprobación, la intensidad de los debates que fueron abiertos a partir de la misma, el interés de importantes grupos de presión involucrados, la rapidez y eficacia de su implementación.

Razones para el estudio de los sistemas de salud a partir de las relaciones público-privadas

En el análisis de la historia reciente sobre las políticas de salud en la región, las políticas neoliberales aparecen como protagonistas privilegiadas ya que han tenido un papel clave en la configuración de nuestras instituciones y, en particular, las que conforman los sistemas de seguridad social de los países de América Latina desde la segunda mitad del siglo pasado, pero en forma contundente a partir de la década de 1990. En el caso argentino, cabe destacar que en la década mencionada el sindicalismo ha jugado un papel central para resistir y evitar la implementación total de tales reformas en el sector salud, reformas que fueron promovidas por los organismos internacionales con el acompañamiento y apoyo tanto del sector privado (Luzuriaga, 2018) como de funcionarios del gobierno. De igual manera, no podemos desconocer la poca resistencia que el sindicalismo presentó a otras medidas que impactaron fuertemente en la clase trabajadora en esta misma década².

El sector privado de la salud, y en particular el de las empresas de medicina prepaga (EMP), ha desarrollado diversas estrategias –entre las que se encuentran

² Aspiazu hace referencia como la pieza central de la estrategia privatizadora a la inclusión de los sindicatos en la restringida mesa de negociación. De esta manera se logró neutralizar la resistencia social a tales políticas, pese a que las privatizaciones explican gran parte del crecimiento de la desocupación y la exclusión de importantes sectores pauperizados de la población al acceso de servicios básicos (2004).

alianzas con algunos sectores del sindicalismo– que le garantizaron un lugar privilegiado en la reconfiguración del sistema, como se desarrollará en la sección siguiente.

En Argentina, las organizaciones que representan a las empresas de medicina prepaga (EMP)³ han tenido y tienen una influencia significativa en la elaboración de las políticas de salud. Solo por mencionar un ejemplo, el primer proyecto oficial sobre el proceso de desregulación de las obras sociales en la década del 1990 –conocido como el proyecto Giordano– fue elaborado por un representante de este sector (Belmartino, 2005). A su vez, cabe destacar que algunos representantes de las EMP han ocupado altos cargos en la cartera de salud, como fue el Ministerio de Salud y Acción Social durante la gestión menemista. Este fenómeno denominado “puerta giratoria” o “circulación público-privada” viene siendo un tema estudiado por investigadoras/es en el campo de las políticas públicas en Argentina y en la región. Entre estos estudios podemos destacar los trabajos de Castellani (2016) y Nercesian (2020), y en el campo de la salud y la economía política de la salud en Brasil se pueden resaltar los trabajos de Scheffer y Bahia (2011), Sestelo (2018) y, más recientemente, el de Scheffer (2020)⁴.

Se sostiene que los agentes que participan en el mercado privado de la salud han representado y representan un obstáculo para hacer viable un sistema de salud igualitario y universal, entre otras cosas por contar con una fuerte capacidad de *lobby* en la definición de aspectos relevantes en las políticas de salud. Situaciones

³ Las tres cámaras históricas del sector y con mayor incidencia en la participación de espacios institucionales vinculados a la elaboración de políticas sectoriales son la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), la Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP) y la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI). Más recientemente, en 2019, se fundó la Unión Argentina de la Salud (UAS), confederación que representa al sector de las empresas de medicina prepaga, clínicas y sanatorios, cooperativas y mutuales de salud. Esta última ha sido la principal vocera del sector privado de la salud desde que comenzó la pandemia de COVID-19.

⁴ En el trabajo *Revolving doors and conflicts of interest in health regulatory agencies in Brazil* se constata el fenómeno de la “puerta giratoria” como práctica regular a partir del análisis de 36 directores de la Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) y de la Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), en sus veinte años de existencia. Allí se advierte que tal práctica interfiere en políticas y puede favorecer el mercado de la salud en detrimento del interés público.

que han podido observarse también en países como Brasil, Chile y Colombia (Luzuriaga, 2018). Entre las principales consecuencias de la presencia de este sector en los sistemas de salud se destacan: la segmentación de la oferta, es decir el acceso diferenciado a los servicios de salud; el alto nivel de judicialización, debido a la negación de acceso o restricción a prestaciones; y el desfinanciamiento del subsector público, producto del financiamiento público dirigido al sector privado a través de medidas políticas directas e indirectas. A este cuadro se le suman las deficiencias o ausencias de políticas regulatorias, hecho que ha facilitado el crecimiento de este mercado (Luzuriaga, 2018).

Sobre la base de las consideraciones precedentes, el artículo se encuentra organizado en tres secciones. En la primera, se describen los aspectos considerados más relevantes sobre la conformación del sistema de salud argentino en clave de enfatizar las relaciones público-privadas y “la política de las políticas” de salud. En la segunda, se realiza el análisis de dos proyectos de reforma del sistema de salud argentino: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el Seguro Nacional de Salud (SNS) desde la perspectiva de la política de las políticas. Por último, se presentará el estado actual del debate sobre el sistema de salud en Argentina y un análisis provisorio sobre los límites y posibilidades para avanzar hacia un sistema nacional, universal e integrado de salud con predominio del sector público.

Breve recorrido de la conformación del sistema de salud argentino

Las características constitutivas del sistema responden a diversas experiencias organizativas y diferentes respuestas estatales, enmarcadas en proyectos políticos más amplios; a las negociaciones y pujas distributivas de los principales actores del sector; y a la influencia de tendencias regionales y mundiales en este campo. Los actores centrales en el campo de la salud fueron históricamente las corporaciones de proveedores y el sindicalismo. Entre las primeras se ubican las grandes confederaciones representativas de la oferta de servicios: la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECCLISA) y la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), creadas en 1964 y en 1941, respectivamente. A su vez, en cada provincia los respectivos colegios médicos han tenido un papel protagónico en las mesas de decisiones locales.

El subsector predominante del sistema de salud es el de la seguridad social. Se estima que cubre al 60% de la población, 26 millones de personas. Este subsector se subdivide en las obras sociales nacionales (regidas por las Leyes 23.660 y 23.661), las obras sociales provinciales y las obras sociales de instituciones de alcance nacional, como las Fuerzas Armadas y las universidades. Este subsector incluye también al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI) que, con un sistema de prestación particular, conforma la obra social más grande del país. Existen alrededor de 300 obras sociales nacionales que cubren a 14 millones de afiliados; 24 obras sociales provinciales que cubren a 7 millones de personas, y el INSSJyP-PAMI que brinda cobertura de salud a 5 millones de trabajadores/as retirados/as.

Desde la perspectiva de análisis de la “política de las políticas” resulta central el papel que juegan las organizaciones representativas con capacidad de presión en las políticas públicas, y en este caso de las políticas de salud. Un actor clave es la Confederación General del Trabajo (CGT), creada en 1930, central para la creación, el desarrollo y la expansión del sistema de obras sociales. Vale la pena destacar que es en la década de 1940 cuando se observa el gran crecimiento de la sindicalización en el país: en 1941 existían 356 sindicatos que contaban con 450.000 afiliados y para 1951 el número de afiliados ascendía a 3.000.000 (Belmartino y Bloch, 1994).

Hasta la década de 1940, el Estado no tenía un papel importante en la cobertura de los servicios de salud pero, como afirman varias/os autoras/es (Belmartino, 1996; Perrone y Teixidó, 2007; Ramacciotti, 2015), fue a partir del gobierno peronista de 1946 a 1955 que se llevó adelante un programa de expansión de la organización de los servicios sanitarios a nivel nacional, se elaboró una planificación que transformó a la salud pública en una política estatal y con partidas presupuestarias acordes a esos objetivos (Ramacciotti, 2015).

A fines de la década de 1960 nos encontramos bajo la presencia de un modelo estatal-corporativo-privatista de organización del sector salud (Belmartino, 1995). Entre los hechos relevantes para dar cuenta de esta nueva configuración podemos mencionar el refuerzo de la presencia corporativa en el sector (COMRA, CONFE-

CLISA y CGT), lo que consolidó lo que Belmartino denominó el “pacto corporativo” entre las grandes organizaciones a cargo de la provisión y el financiamiento de los servicios de atención médica como una alianza defensiva frente a los intentos de regulación del Estado. Como señala la autora, este acuerdo fue el nuevo marco regulatorio que se estructuró en función de las grandes cuotas de poder acumuladas por las organizaciones mencionadas sobre los recursos técnicos, materiales y financieros. En paralelo al avance corporativo mencionado se observa una pérdida de la hegemonía estatal que se evidencia en una significativa interrupción del desarrollo de la capacidad instalada y el comienzo del deterioro de lo existente (Belmartino y Bloch, 1994, p.8).

Durante el periodo señalado se sancionó la Ley 18.610, que se enmarcó en un contexto de alta conflictividad social durante la dictadura del general Juan Carlos Onganía. La ley mencionada fue la respuesta desde el Estado para descomprimir las movilizaciones cuya expresión máxima fue el Cordobazo, en mayo de 1969. De esta manera se institucionalizó el sistema de obras sociales al declararlas obligatorias para todas/os las/os trabajadoras/es formales en relación de dependencia y su núcleo familiar. Se definió un sistema de financiamiento solidario conformado por aportes del trabajador y del empleador. Como señala Arce (2008), aquellos gremios que ya contaban con obras sociales lograron incorporar de forma compulsiva a todas/os sus trabajadoras/es de su actividad a la nueva normativa, mientras que aquellos gremios que no contaban con obra social debieron comenzar a recaudar los fondos para la organización de las mismas.

En paralelo al proceso de institucionalización del sistema de obras sociales se observa un avance del sector privado prestador de la salud, que puede ser explicado en gran parte por la expansión de las obras sociales en este mismo periodo. La relación entre las obras sociales y el sector privado se consolidó en la década de 1970, cuando la cobertura de las obras sociales alcanzó un 75% de la población. Para cubrir la demanda, las obras sociales optaron por recurrir a la contratación masiva de servicios del sector privado, lo que las constituyó en las principales impulsoras financieras de clínicas y sanatorios. En la **tabla 1** se puede observar este proceso de expansión a partir del crecimiento diferencial de establecimientos de

Tabla 1.
Establecimientos asistenciales con y sin internación según sector. Total país. Años 1969, 1980 y 1995

	1969		1980		1995	
	N	%	N	%	N	%
Sector público	3720	58	4648	51	6971	44
Obras sociales	264	4	364	4	222	1
Sector privado*	2344	36	4039	45	8873	55
Comunitarios	141	2				
Total	6469	100	9051	100	16085	100

Fuente: Repetto et al. (2001).
*El sector privado incluye tanto EMP como sanatorios y clínicas privadas, algunas de las cuales pertenecen a EMP.

salud favorable al sector privado respecto del público entre 1969 y 1980, tendencia que se acentuará en la década siguiente.

En la década de 1980 comenzó la expansión de las denominadas EMP. Sus orígenes fueron hospitales privados u organizaciones sindicales médicas. Entre las condiciones que propiciaron su desarrollo podemos mencionar la crisis financiera de las obras sociales –a partir de la precarización laboral y el aumento del desempleo, que redundó en la disminución de los niveles de cobertura de las mismas–, el desfinanciamiento del subsector público, el aumento de complejidad de la atención médica con una fuerte presencia del sector privado y con escasa regulación estatal, y el incremento de la medicalización y la competencia por los recursos de un mercado en retracción. En este marco también comenzó a entrar en crisis el denominado “pacto corporativo”, producto de estrategias individuales de las corporaciones que lo conformaron en respuesta a la crisis financiera. Katz y Muñoz (1988), en su estudio sobre la morfología de los mercados de servicios médicos, servicios sanatoriales y productos farmacéuticos, ponen de manifiesto la puja distributiva entre los mismos por una masa de recursos que se resolverá por vía del sistema de precios. Prácticas como la sobreprestación de consultas y prácticas médicas, y la sobrefacturación de insumos serán algunas de las respuestas que agravarán la crisis del sector y lo volverán más concentrado y excluyente.

En términos de cantidad de EMP operando en el sistema de salud, si bien en la década de 1980 se habían incorporado 57, en la década de 1990 comenzó un proceso de fusiones y absorciones junto con la llegada de capitales extranjeros que empezaron a competir en el mercado. Esto llevó a una reducción de 138 EMP y a un proceso de oligopolización y extranjerización (Ahuad et al., 1993; Castro et al., 2005). En esta década, las empresas de medicina prepaga se ubicaron como alternativa de cobertura prestacional para quienes no disponían de ella o bien en directa competencia con la población asegurada bajo el sistema de obras sociales (Castro et al., 2005). Vale la pena destacar la fuerte presencia de capitales extranjeros y financieros en el sector, que adquirieron empresas nacionales o invirtieron en nuevas empresas con la expectativa de la desregulación total de las obras sociales, y a fines de la década debieron retirarse por los resultados limitados de dicha política sumado a la crisis económica del país. Ejemplo emblemático de este proceso de extranjerización y posterior nacionalización es el caso de la EMP Asistencia Médica Social Argentina (AMSA), analizado por Fidalgo (2008). La empresa fue adquirida en 1999 por la compañía de salud norteamericana Aetna Internacional, con presencia en el mercado de salud en Chile y Brasil. En diciembre de 2000, el grupo Aetna, por el fracaso de la política de desregulación total de las obras sociales, vendió AMSA a un consorcio holandés: ING. Finalmente, a fines de 2001 AMSA fue comprada por el grupo económico Fraomeni, que ya contaba con participación tanto en el mercado de las EMP como en el de las clínicas y sanatorios privados del país. Actualmente, es uno de los principales grupos del sector⁵. La fusión con bancos y compañías de seguros no terminó de transformarse en una tendencia predominante en nuestro país (Castro et al., 2005) como sí pudo observarse en otros países de la región.

A partir de la propuesta presentada por el Poder Ejecutivo, a través del Decreto 9/93 de Libre Elección de Obras Sociales se abrió una nueva etapa de conflictos y disputas entre los principales actores del sector por la capacidad de incidir en la definición de la configuración del sistema resultante. En el momento que comenzó a ser formulada la política existía una fuerte deslegitimación sobre la actuación de

⁵ Galeno es la tercera EMP en términos de cantidad de afiliados, con 750.000 cápitas y, junto con OSDE y Swiss Medical, concentran el 62% de afiliados entre un total de 651 EMP (CADIME, 2020, 2021).

las obras sociales (Belmartino, 1999, 2005; Findling, 2002; Fidalgo, 2013). El discurso que se instaló en base al mal funcionamiento del sistema de seguridad social a inicios de la década de 1990 tuvo un basamento empírico que, independientemente del posicionamiento político o ideológico, no podía ser objetado. Sin embargo, las discrepancias se plantearon en las acciones para modificar tal situación.

La principal medida que dio inicio al proceso de reforma fue la derivación de las contribuciones de los trabajadores, institucionalizada a través del Decreto 9/93, el cual establece que cada trabajador/a puede elegir la obra social a la cual derivar sus aportes. De esta manera, abrió la posibilidad para que las/os trabajadoras/es accedieran a los planes de salud comercializados por las EMP, los planes superadores y, por lo tanto, también posibilitó el acceso de las EMP a la seguridad social. Para que este traspaso de aportes a las EMP fuera posible era necesario la intermediación de las obras sociales y la existencia de un convenio entre la obra social y la EMP. Dependiendo del nivel de ingresos/contribución de las/os trabajadoras/es y de su pretensión de acceder a un plan superador ofrecido por una EMP conveniada con la obra social a la cual pasarían sus aportes, deberían efectuar un pago adicional. La obra social elegida actuaría como intermediaria con la EMP, reteniendo un porcentaje de lo aportado en concepto de gastos administrativos (Luzuriaga, 2018).

Los puntos de conflicto entre los principales actores –sindicatos, representantes de las EMP y gobierno– giraron en torno a la libre opción, la competencia al interior de las obras sociales, el uso del Fondo Solidario de Redistribución por parte de las EMP, y las diversas estrategias de las obras sociales frente al nuevo escenario que se configuraría desde que comenzó a implementarse la reforma (Fidalgo, 2013). En cuanto a los resultados, una característica que sobresale del análisis de la política fue la lentitud de su implementación. Existe consenso en los estudios revisados sobre los escasos resultados de la política en relación a los objetivos propuestos, como en el avance en términos de eficiencia y calidad de las prestaciones. Diversos informes analizan las denuncias de los afiliados tanto de obras sociales como de EMP que dan cuenta de una serie de incumplimientos en función del no otorgamiento o la limitación de prestaciones (Luzuriaga, 2018).

Intentos de integrar el sistema de salud argentino

Existen dos experiencias paradigmáticas que han evidenciado los intereses y las dificultades que impidieron avanzar en dirección a un sistema integrado de salud: el proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), presentado en 1973 durante el gobierno de Juan Domingo Perón por el subsecretario de Salud, Domingo Liotta; y el Seguro Nacional de Salud (SNS)⁶, presentado en 1985 durante el gobierno de Raúl Alfonsín e impulsado por su entonces ministro de Salud, Aldo Neri. Ambos proyectos encontraron fuertes resistencias por parte de las corporaciones del sector que impidieron y bloquearon cualquier avance en ese sentido.

El SNIS se formuló a inicios del tercer gobierno de Perón. Desde la Secretaría de Salud, Liotta coordinó un equipo técnico que elaboró la propuesta. El objetivo fue unificar el sector público de salud, integrarlo al subsector de la seguridad social y, de esta manera, reunir bajo un único sistema la totalidad de los establecimientos de salud y concentrar en el Estado nacional la conducción de los actores (Perrone y Teixidó, 2007; Arce, 2008). Como varios autores afirman, el proyecto aprobado distó mucho del proyecto original (Belmartino, 1982; Neri, 1982; Perrone y Teixidó, 2007; Rovere, 2004; Arce, 2008).

En el análisis de Neri, uno de los integrantes del equipo técnico del proyecto – que posteriormente fuera ministro de Salud durante el gobierno de Alfonsín y autor de otro de los proyectos más destacados por su intento de integrar el sistema de salud– se encuentra una serie de elementos centrales que constituían el proyecto del futuro sistema de salud, entre los que nos interesa destacar : 1) la promoción de una conducción central a través de un consejo de múltiple representatividad (gobiernos nacional y provinciales, trabajadores, empresarios, profesionales de la salud, universidades); 2) la institución de una elevada descentralización operativa, a través de estructuras similares a la nacional para cada provincia, con la adminis-

⁶ Tal como recuerda Mera (1988), uno de los autores del SNS, en nuestro país existieron diversos congresos médico-gremiales en los que se postuló la creación de un seguro social, seguro de enfermedad o seguro de atención médica que cubriera a la población de los riesgos contra la salud. Asimismo, también se encuentra la experiencia promovida por el ministro Héctor Noblía, quien creó en 1958 una Comisión de Estudio del Seguro Nacional de Salud.

tración autárquica (aunque sujetas a la planificación nacional); 3) la fijación de la gratuidad del servicio para el usuario en el momento de su utilización; 4) la incorporación o convenio voluntario con las obras sociales sindicales; 5) la diversificación de las fuentes de su financiación al incorporar los pagos de la seguridad social; y 6) la incorporación de forma predominante del régimen de trabajo profesional a dedicación exclusiva. A partir de estos elementos, Neri sostiene que “el SNIS constituyó el intento más radical de unificación del sector público asistencial de todas las jurisdicciones al Sistema, junto con las obras sociales estatales y paraestatales” (1982, p. 114).

El desarrollo y la sanción del proyecto, como se menciona en los diversos trabajos, fue difícil y encontró fuertes resistencias entre las que se destacan las del sindicalismo, de las corporaciones de profesionales de la salud, de la industria farmacéutica, de las empresas de medicina prepaga, y de un sector del peronismo. En este punto, Neri (1982) destaca que las razones de la fuerte resistencia de la dirigencia sindical al proyecto se podían identificar en la amenaza que significaba para este sector la pérdida del poder efectivo sobre las obras sociales a partir del mayor control del Estado en la administración de las mismas. De la misma manera, el autor también destaca el rechazo de los profesionales a la conducción política de la Secretaría de Salud percibida como muy deficiente. Rovere (2004) también resalta al respecto que las resistencias de las corporaciones profesionales se vinculaban a sus reclamos a nivel nacional por una mayor cuota de participación en el sistema, junto con un fuerte rechazo en varias provincias al régimen de dedicación exclusiva y a la obligatoriedad o no de su colegiación.

Cuando el proyecto fue elevado al Congreso, en diciembre de 1973, fue acompañado por el siguiente mensaje:

Este proyecto define la función del Estado como garante de la salud y determina, a partir de la postulación del principio de la solidaridad nacional, su responsabilidad, como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos. (Belmartino y Bloch, 1982, p.11)

En 1974 se sancionaron las Ley 20.748, de creación del SNIS, y la Ley 20.749, de la carrera Sanitaria Nacional, que solo alcanzaron a implementarse en cuatro provincias (Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis), si bien otras provincias como Río Negro y La Pampa desarrollaron sistemas con la orientación del SNIS. La Ley 20.748 fue derogada por el gobierno militar mediante la Ley 21.902, en 1978, y tiempo después fue derogada también la vinculada a la carrera sanitaria.

Respecto a los cambios más significativos que sufrió el proyecto inicial hasta su sanción, Arce (2008) señala el referido al modo de integración de las obras sociales y las provincias al sistema, que dejó de tener carácter de obligatorio. En la misma línea, Belmartino y Bloch (1982) sostienen que esa modificación expresa una fuerte contradicción respecto del proyecto inicial presentado ante el Congreso y da cuenta de las negociaciones a las que el proyecto fue sometido. Este cambio es el que se expresa en el artículo 3 de la Ley: “Las provincias y el sector privado relacionado con la salud podrán incorporarse al Sistema por vía de la adhesión, o la firma de convenios, respectivamente” (1982, p.11). En ese sentido, los autores afirman que el alcance del mismo sería muy limitado ya que solo tendría aplicación obligatoria en el subsector público de los territorios de jurisdicción nacional.

Por otra parte, es central resaltar que el sindicalismo tenía una posición y un proyecto que defender, centrado en un sistema múltiple que mantuviera la autarquía jurídica y administrativa de las obras sociales. La CGT a través de su equipo de trabajo en el área de salud elaboró un documento donde destacaba la centralidad de la participación activa de las organizaciones sindicales para dar respuestas a las necesidades médico-asistenciales de los trabajadores y su núcleo familiar (Belmartino y Bloch, 1982).

El otro proyecto que nos interesa analizar en este apartado es el del Seguro Nacional de Salud. El mismo encuentra varios elementos comunes con el proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud en cuanto a los problemas a los que pretendió dar respuesta (fragmentación, desigualdades en las prestaciones, acceso limitado, falta de articulación entre los actores del sistema, etc.) y las resistencias y negociaciones que debió enfrentar desde su inicio. Respecto a las diferencias Arce (2008) destaca que:

A diferencia del SNIS, que procuraba integrar los aspectos financieros y prestacionales en un sistema único estatal, el Seguro Nacional de Salud proyectaba la integración por el camino de la unificación financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atención médica. (pp. 216-217)

En 1985, el ministro Aldo Neri retomó la idea integradora de articular los diferentes subsistemas a través de un seguro unificado de salud y, con ese fin, el Poder Ejecutivo elevó para su tratamiento en el Congreso un proyecto único para la creación del SNS.

En relación al seguro como proyecto de política social y en el marco del conjunto de políticas que se iniciaron bajo el gobierno de Alfonsín, uno de los autores del proyecto, Jorge Alberto Mera, plantea que el mismo se emparentaba con otras políticas claves del alfonsinismo como lo fueron el Fondo de Asistencia a Medicamentos, el Programa Alimentario Nacional, y las compras comunitarias, entre otras. En cuanto a los objetivos centrales se refiere a que

El SNS busca lograr una articulación entre los subsectores del sistema de salud (subsector público, subsector de obras sociales y subsector privado) y que el objetivo de esta articulación es lograr una mayor cuota de acceso de la población a los servicios de salud. (Mera, 1988, p. 98)

En el equipo técnico a cargo de la elaboración del proyecto se partió de la hipótesis de que el problema en el sistema de salud no era de carencia de recursos físicos, financieros o humanos, sino que se encontraba en el grado de dispersión, desorden y falta de coordinación (Mera, 1988). Otro elemento clave del marco conceptual del proyecto hacía referencia a la relación entre el Estado y las sociedades intermedias. Se destacaba el papel conductor del sistema por parte del Estado como función indelegable, ya que de otra manera el riesgo de la conducción quedaría librado al juego de los intereses particulares.

Mera, quien fuera el autor de la primera versión del proyecto, relata en su libro *Política de Salud en la Argentina. La construcción del Seguro Nacional de Salud* (1988) el proceso de elaboración y los aspectos tanto técnicos como políticos que

tuvieron lugar en la política analizada. Respecto del origen del mismo, destaca el apoyo inicial en el Consejo Federal de Salud que incluía un amplio arco político.

El 19 de noviembre de 1985, el ministro de Salud y Acción Social presentó públicamente ante la Subcomisión de Salud y Seguridad Social de la entonces llamada Mesa Nacional de Concertación, los 35 puntos de las Bases para una Legislación sobre el Seguro Nacional de Salud. En la misma estaban representadas las fuerzas de trabajo (Confederación General del Trabajo unificada, GRUPO de los 20), de la empresa (Unión Industrial Argentina, Centro Argentino de Ingenieros, Confederación Argentina de la Mediana Empresa) y de las principales corporaciones de prestadores y proveedores de salud (Confederación Médica de la República Argentina, Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, Confederación Odontológica de la República Argentina, Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina) (Mera, 1988).

A pesar de los acuerdos iniciales señalados y el apoyo de diferentes sectores políticos, el proyecto rápidamente fue mostrándose inviable. Existe unanimidad entre los diversos trabajos acerca de la fuerte resistencia que encontró por parte del sindicalismo (Belmartino y Bloch, 1982; Perrone y Teixidó, 2007; Rovere, 2004; Arce, 2008). También se destaca la pérdida de apoyo de los ministros de Salud de filiación justicialista, que acabaron abandonando el Consejo Federal de Salud. Esta acción fue producto de las críticas y presiones recibidas por sus correligionarios, pertenecientes a la cúpula sindical. Otro hecho que expresa la falta de acompañamiento de este proyecto se encuentra en la imposibilidad de debatir en la Subcomisión de la Mesa de Concertación las bases que se les había hecho conocer. Si bien, como destaca uno de los autores del proyecto, posteriormente cada institución presentó memoriales con su posición (Mera, 1988).

En cuanto a los resultados, como ya se mencionó, la propuesta se evidenció políticamente inviable durante la etapa de tratamiento parlamentario. Arce (2008) destaca, además de la falta de apoyo tanto de las provincias justicialistas como del sindicalismo, la presentación de un proyecto de ley, “el Proyecto Azul y Blanco”, que buscó neutralizar la propuesta del Gobierno. Fue un proyecto presentado por los diputados de extracción gremial a partir de una iniciativa de la CGT, que prác-

ticamente regresaba el sistema de salud a los términos de la Ley 18.610. El resultado inmediato fue que la totalidad del gabinete de Salud debiera renunciar.

Según Arce, “la historia posterior demostró que no existía la decisión política ni los recursos para afrontar la incorporación masiva de cerca de 10 millones de nuevos beneficiarios al sistema” (2008, p. 218). Sin embargo, como producto de las negociaciones se elaboraron dos proyectos transaccionales y complementarios que no modificaron sustancialmente el contenido expresado en la Ley 18.610: la Ley 23.660 de Obras Sociales, y la Ley 23.661 de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Las mismas se sancionaron en una sesión maratónica el 30 de diciembre de 1988. El sindicalismo en la negociación de estas leyes buscó mantener el control sobre la administración de las obras sociales y cedió en aspectos legales como la naturaleza jurídica de las mismas y en relación a los fondos recaudados (Arce, 2008).

Según Perrone y Teixidó (2007), las nuevas leyes no expresaron el proyecto inicial del Seguro Nacional de Salud aunque, aseguran, significó un avance hacia la integración en la medida que se buscó la articulación entre sectores e instalar al Ministerio de Salud en una posición de liderazgo. Rovere (2004) advierte que las mismas son resultado de una larga y desgastante negociación que llevó a la incorporación de dirigentes sindicales al Gobierno en 1987. En una línea similar, Arce (2008) destaca que, aunque en las leyes mencionadas se consideraban diversos aspectos como la incorporación de la población sin cobertura mediante financiamiento compartido del Estado nacional y los Estados provinciales, no se avanzaría en esa dirección.

Estado actual del debate sobre el sistema de salud en Argentina

Transcurridos más de treinta años del proyecto del SNS y casi cincuenta del SNIS, en diciembre de 2020 el Gobierno planteó la necesidad de avanzar hacia un sistema integrado de salud. Lo planteó la vicepresidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner, en el marco del VII Encuentro Nacional de Salud:

“Tenemos que ir a un sistema nacional integrado de salud entre lo público, lo privado y las obras sociales que optimice recursos. La pandemia nos dio la oportunidad de reformular el sistema de salud en tiempo récord, pero es necesario hacer un esfuerzo diferente”, señaló la vicepresidenta. (Página/12, 2020)

Este planteo se fundamenta en el programa de salud elaborado para la plataforma del Frente de Todos, en la campaña electoral de 2019: Ejes Centrales para un Programa de Salud 2020/2024. En cuanto a las definiciones sobre los cambios en el sistema de salud, se establece la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino (SNISA), con una fuerte centralidad en el subsector público. También enfatiza la necesidad de mejorar la regulación, la transparencia y la soberanía sanitaria como aspectos claves para garantizar el derecho a la salud y la equidad en todo el territorio nacional.

Luego del discurso de la vicepresidenta, las principales corporaciones del sector; la Unión Argentina de Salud (UAS) y la CGT, no demoraron en manifestar su posición. En el caso de la primera, su presidente y principal vocero, Claudio Belocopitt, declaró: “Hay una fantasía de crear un sistema único de salud para tener el poder completo” (Peger, 2021).

En la misma línea, la CGT dio a conocer rápidamente su posición crítica frente al anuncio y acompañó la percepción del sector privado en cuanto a la amenaza de avance del Estado sobre los fondos del sistema:

La preocupación es compartida por igual entre la primera línea de conducción de la CGT, donde sospechan de un intento oficial por avanzar sobre los fondos que manejan las obras sociales sindicales. El temor concreto involucra un supuesto plan alentado por la Vicepresidenta para “estatizar todo el sistema privado de salud, una caja que administra nada menos que \$ 800.000 millones anuales” [...]

El “vienen por todo”, de acuerdo con la sospecha sindical compartida con los empresarios del sector, supone un esquema para monopolizar en forma discrecional todo el financiamiento del sistema sanitario y que obras sociales como prepagas se conviertan en prestadoras contratadas por el Estado. “Van a repetir lo que hicieron con las AFJP”, denunció otro referente cegetista sobre el supuesto plan del oficia-

lismo. Y pone en números lo que está en juego: una caja que administra alrededor de \$800.000 millones por año y que en conjunto brinda servicios de salud privada a 30 millones de personas entre afiliados directos y beneficiarios de obras sociales. (Peger, 2021)

Las reacciones descriptas no son novedosas. Contamos recientemente con la experiencia de un intento fallido en el primer semestre de 2020, cuando el exministro de Salud, Ginés González García, anunció que se estaba estudiando un proyecto para la elaboración de un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) con el que se buscaba integrar los recursos públicos y privados de salud como bien público para contar con mayor capacidad de rectoría y coordinación desde el Estado nacional para el manejo de la pandemia. Este proyecto no llegó a ser presentado y al poco tiempo pasó al olvido. En la nota citada a continuación se hace referencia al momento en el cual el exministro anunciaba la propuesta:

En una videoconferencia organizada por Sergio Massa con diputados nacionales, el ministro de Salud había anticipado que el Gobierno avanzaría por decreto de necesidad y urgencia con la declaración de “interés público” de “todo recurso sanitario” ya sea estatal o privado, en medio del avance de la pandemia del coronavirus en el país.

“Quiero contarles que estoy propiciando –y creo que va a salir– un DNU que va a poner de interés público a todo el recurso sanitario de la Argentina”, había sido el frustrado anuncio del ministro al exponer de forma virtual el miércoles ante los integrantes de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados. Ayer, ante representantes del sector privado de la medicina, Ginés debió pegar un volantazo de 180 grados y confirmó exactamente lo contrario. El Presidente no firmará una DNU de declaración de interés público de la medicina privada. (Rudman, 2020)

En la misma nota también se hace referencia a lo ocurrido a los pocos días en relación al retroceso en esta propuesta y la reunión del exministro, para comunicar a las diferentes corporaciones que la propuesta había sido un error.

Ginés se encargó de comunicarles en persona a directivos de Confeclisa, Acami, Adecra, Fecliba, Ademp y distintas obras que no habrá decreto y que se intentará una coordinación de sector público y privado para atender un eventual espiral de contagios de Covid-19 previsto para mayo. (Ámbito Financiero, 2020)

Al intentar comprender algunas de las principales causas de las limitaciones que han intervenido en nuestro país para el avance de políticas de reforma del sistema de salud en términos de mejorar la articulación, la coordinación y capacidad de rectoría del Estado sobre los subsectores, resulta oportuno recuperar las reflexiones de algunas/os autoras/es que han analizado desde una perspectiva comparada las razones de las similitudes y divergencias de los sistemas de salud de países con características semejantes en términos de patrones de desarrollo socioeconómico, configuraciones institucionales, y/o de enfoques de políticas públicas. El trabajo de Hacker (1998) analiza las razones por las cuales Estados Unidos no implementó un seguro nacional de salud a partir de comparar las políticas sanitarias de este país con Inglaterra y Canadá. Destaca la importancia de considerar los límites que el desarrollo de las instituciones de mercado crea para la elaboración de políticas públicas:

las políticas nacionales de salud estructuran el mercado de la atención de la salud y este mercado coloca límites fuertes a las políticas de gobierno [...]. Donde el seguro privado existe, es invariablemente apoyado por políticas de gobierno [...]. Sin embargo una vez institucionalizado, el mercado de seguros privados de salud ubica fuertes límites a los esfuerzos del gobierno para expandir un seguro público o regulación. (Hacker, 1998, p. 80)

En ese sentido, tanto las instituciones de mercado como las ideas políticas, los grupos de interés y las visiones de lo público van a ser elementos centrales para explicar las diferentes configuraciones de los sistemas de salud estudiados. En palabras del autor: “La forma de las políticas de salud nacionales dependen de las estructuras de mercado, las ideas políticas, las estrategias de los grupos de interés, las visiones de lo público que han formado las respuestas previas de las políticas de gobierno” (Hacker, 1998, p. 59). Uno de los argumentos centrales que plantea a partir de los resultados observados es que las oportunidades para cambios fundamentales en las políticas de salud son poco frecuentes.

Este análisis resulta muy pertinente cuando observamos las recurrentes limitaciones que han tenido los proyectos de reforma de salud en nuestro país, tanto el Sistema Nacional Integrado de Salud como el Seguro Nacional de Salud, en el momento en que fueron presentados ante el Congreso, y la resistencia ofrecida por parte de los grupos de interés, tanto del sindicalismo como de las corporaciones del sector privado. Podríamos identificar a las organizaciones mencionadas, parafraseando a Hacker (1998) como los fuertes límites a los esfuerzos del gobierno por expandir un seguro público o avanzar hacia una mayor presencia del Estado en el control del financiamiento y la administración en el sistema de salud.

A su vez, en línea con el planteo inicial sobre el análisis de la “política de las políticas” desarrollado por Theodore Marmor (2000), no caben dudas sobre la necesidad de profundizar y sistematizar el estudio de las políticas de salud centradas en cada etapa de desarrollo de la política que dé cuenta de: las acciones de gobierno; el patrón de comportamiento organizacional; el análisis de las estrategias de negociación, ya sea de grupos o de actores individuales; los circuitos burocráticos; las estrategias; los cambios de roles en cada etapa del debate de la política; las apuestas, tensiones, tácticas y convenciones (o reglas de juego); los canales de acción para incidir en la política; la definición de los términos de “el problema” y “los problemas”; y las percepciones y cuestiones particularistas, entre otros aspectos. La definición e identificación de estos y otros elementos conforman para Marmor las explicaciones más significativas para comprender los límites y posibilidades que condicionan el avance de la o las políticas.

La experiencia y el conocimiento acumulado en el tema nos demuestran que las transformaciones dirigidas a la ampliación de derechos son poco frecuentes y que no se hacen en vacíos de poder: se requiere de una fuerte legitimidad de quienes llevan adelante dichas transformaciones y de un fuerte acompañamiento social. Las resistencias y conflictos son constitutivas del juego político y atentan contra la transformación de nuestro sistema de salud en uno más justo, de calidad y accesible para todas y todos. Entendemos que éstas son razones suficientes para avanzar y abrir las discusiones en todos los ámbitos que sean necesarios para que esta política pública pueda ser una conquista colectiva.

Bibliografía

- Acuña, C., y Chudnovsky, M. (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.
- Alkhamis, A. (2017). Critical analysis and review of the literature on healthcare privatization and its association with access to medical care in Saudi Arabia. *J Infect Public Health*, (10), 258-268.
- Andre, C., Batifoulier, P., y Jansen-Ferreira, M. (2016). *Privatisation de la sant_e em Europe. Un outil de classication des reformes*. Recuperado de: <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01256505>.
- Arce, H. (2008). *El sistema de salud. De dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo.
- Azpiazu, D., y Basualdo E. (2004). Las privatizaciones en la Argentina, génesis, desarrollo y principales impactos estructurales. En J. Petras y H. Veltmeyer (Orgs.), *Las privatizaciones y la desnacionalización de América Latina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Bahia, L. (2018). Tempestad sanitaria: La salud bajo ataque. *Revista Soberanía Sanitaria*. Recuperado de: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/tempestad-sanitaria-la-salud-bajo-ataque/>.
- Bahia, L. (2018). Informação Assimétrica. En J.C.F. Lima (Org.), *Dicionário de Empresas, Grupos Econômicos e Financeirização da Saúde* (pp. 215-224). São Paulo: Editora Hucitec.
- Belmartino, S. (1996). Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40. En M. Z. Lobato, *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina* (pp. 211-246). Buenos Aires: Biblos/Universidad Nacional de La Plata.
- Belmartino, S. (1999). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro?* (1ra. Edición). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Belmartino, S., y Bloch, C. (1982). Políticas sociales y seguridad social en Argentina. *Cuadernos Médicos Sociales*, 22, 1-16.
- Belmartino, S., y Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*. Buenos Aires, Oficina Panamericana de la Salud.

- Belmartino, S., y Bloch, C. (1995). Evolución histórica del sector salud en la Argentina. *Cuadernos Médicos Sociales*, (70), 5-19.
- CADIME. (2021, mayo). *Informe*. Recuperado de: <https://www.cadime.com.ar/news-letter/INFORME%20SECTORIAL%20CADIME%20-%20MAYO%202021.pdf>.
- Castellani, A. (2016). *La radiografía de la elite económica argentina. Estructura y organización en los años noventa*. Buenos Aires: UNSAM.
- Castro, B., Casal, A. y Priluka, M. (2005). *Regulación de la medicina prepaga. Caracterización de la medicina prepaga en la República Argentina*. Buenos Aires: Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales.
- Cetrángolo, O., y Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Ponencia presentada en Congress of Regional Consultation on Policy tools: Equity in population health, Toronto, Canadá.
- Cetrángolo, O., y Goldshmit, A. (2018, marzo). Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la seguridad social en Argentina. *Serie Documentos de Trabajo del IIEP*, 25. Recuperado de: http://157.92.136.59/download/docin/docin_iiep_025.pdf.
- Cristina Fernández explicó la necesidad de reformular el sistema de salud. (20 de diciembre de 2020). *Página/12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/312935-cristina-fernandez-explico-la-necesidad-de-reformular-el-sis>.
- Findling, L., Arrunada, M., y Klimovsky, E. (2002). Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 1077-1086.
- Frente Ciudadano Por La Salud. (2020). *Ejes Centrales para un Programa de Salud 2020/2024*. Recuperado de: <http://frenteciudadanoporlasalud.com/ejes-centrales-para-un-programa-de-salud-2020-2024/>.
- Hacker, J. (1998). The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British Canadian, and U.S. medical policy. *Studies in American Political Development*, 12, 57-130.
- Katz, J., y Muñoz, A. (1988). *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

- Las prepagas: se temen quiebras y adquisiciones. (10 de junio de 1994). *El Cronista*.
- Luzuriaga, M. (2018). *Privados de la salud: las privatizaciones de los sistemas de salud em Argentina, Brasil, Chile y Colombia*. São Paulo: Hucitec.
- Maarse, H. (2006). The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), 981-1014.
- Mackintosh, M., Channon, A., Karan, A., Servaraj, S., Cavagnero, E., y Zhao, H. (2016). What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 388, p. 596-605.
- Marmor, T. (2000). *The Politics of Medicare* (2da edición). New York: Aldine Transaction.
- Mera, J. (1988). *Políticas de Salud en la Argentina. La construcción del Seguro Nacional de Salud*. Buenos Aires: Hachette Universidad.
- Mudge, S. (2008). What is neo-liberalism? *Socio-economic review*, 6(4), 703-731.
- Nercesian, I. (2020). *Presidentes empresarios y Estados capturados. América Latina en el siglo XXI*. Buenos Aires: Teseo.
- Neri, A. (1982). *Salud y Política Social*. Buenos Aires: Hachette Universidad.
- Peger, E. (5 de enero de 2021). Estatización del sistema de salud. Fuerte pelea por el manejo de una caja de 800 mil millones. *El Cronista*. Recuperado de: <https://www.cronista.com/economia-politica/Estatizacion-del-sistema-de-salud-fuerte-pelea-por-el-manejo-de-una-caja-de-800-mil-millones>.
- Perrone, N., y Teixidó, L. (2007). Estado y Salud en la Argentina. *Revista de la Maestría en Salud Pública*, (10).
- Quinto, A. (12 de mayo de 2020). Ex-diretores de agências de saúde saem para trabalhar no mercado que elas regulam. *Jornal da USP*. Recuperado de: <https://jornal.usp.br/ciencias/ex-diretores-de-agencias-de-saude-saem-para-trabalhar-no-mercado-que-elas-regulam/>.
- Ramacciotti, K. (2015). Actores e instituciones sanitarias durante el primer peronismo. En C. Biernat, J. Cerdá, y K. Ramacciotti (Coords.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 85-115). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

- Repetto, F. (2001). *Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino* (Documento de trabajo N° 55). Buenos Aires: Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional.
- Rovere, M. (2004). *La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto*. Recuperado de: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>.
- Rudman, E. (3 de abril de 2020). Gobierno frena DNU para declarar de interés público a medicina privada. *Ámbito Financiero*. Recuperado de: <https://www.ambito.com/politica/medicina/gobierno-frena-dnu-declarar-interes-publico-privada-n5093178>.
- Saltman, R. (2003). Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, 13, 24-9.
- Scheffer, M., y Bahia, L. (2011, septiembre). Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. *Espaço Aberto • Interface (Botucatu)*, 15(38).
- Scheffer, M., Pastor-Valero, M., Russo, G., y Hernández-Aguado, I. (2020). Revolving doors and conflicts of interest in health regulatory agencies in Brazil. *BMJ Global Health*, 5.
- Sestelo, J. (2018). *Planos de Saúde e dominância financeira*. Salvador: EDUFBA.
- Starr, P. (1988). The Meaning of Privatization. *Yale Law and Policy Review*, (6), 6-41.
- Tobar, F. (2001). Herramientas para el análisis del sector salud en la Argentina. *Medicina y Sociedad*.
- Vargas Bustamante, A., y Méndez, C. (2014). Health Care Privatization in Latin America: Comparing Divergent Privatization Approaches in Chile, Colombia, and Mexico. *Journal of Health, Politics and Law*, 39(4), 841-886.