

La ley 18610 y los orígenes de la fragmentación del sistema sanitario argentino: una mirada desde el institucionalismo histórico

Sergio Jaime¹

1. Universidad Nacional de la Patagonia

Recibido: 3 de abril de 2022

Aceptado: 12 de julio de 2022

Contacto: monchituc2@hotmail.com

RESUMEN

Los sistemas de salud son esencialmente sistemas sociales complejos que requieren la observación de fenómenos trascendentes a través de múltiples enfoques para su correcta comprensión. El institucionalismo histórico es uno de esos enfoques, que a través de la identificación de un suceso que genera un camino ulterior permite comprender como se desarrollan las instituciones y sus consecuencias, intencionales o no. La ley 18.610 del año 1970 que regula el funcionamiento y financiamiento de las obras sociales impresiona ser ese hito trascendental en la configuración del sistema de salud argentino, descrito comúnmente como fragmentado y de bajo desempeño. Esta ley determinó el camino ulterior en cuanto a el modo de asegurar a los ciudadanos y en términos generales las leyes del juego de los actores institucionales involucrados (el estado, el sector de obras sociales y el sector privado). Este trabajo se propone analizar desde una mirada alternativa el fenómeno de fragmentación en salud del sistema de salud argentino con el objeto de lograr una mejor comprensión de este y aportar al debate de un sistema superador.

Palabras clave: sistemas de salud; historia; reforma de la atención de salud; seguros de salud.

Law 18610 and the origins of the fragmentation in Argentinian health system: a look from historical institutionalism

ABSTRACT

Health systems are essentially complex social systems which require the observation of significant phenomenon through multiple approaches for their correct understanding. Historical institutionalism is one of those approaches, which through the identification of an event which generates a subsequent way allows understanding how institutions develop and of the consequences, whether institutional or not. Law 18610 from the year 1970 which regulates the functioning and funding of health insurance impacts as the transcendental landmark in the making up of the Argentinian health system, usually described as fragmented and of poor performance. This law determined the subsequent way regarding the manner to secure citizens and in general terms the ground rules affecting the involved institutional actors (the state, the health insurance sector, and the private sector). The objective of this work is to analyze the fragmentation in health of the Argentinian health system from an alternative point of view, in order to get a better understanding of the system and offer breakthrough ideas for the system.

Key words: health systems; history; health care reform; health insurance.

INTRODUCCIÓN

El análisis de los sistemas de salud es una disciplina que se fortaleció a principios del nuevo milenio como modo de responder a las crecientes necesidades de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud(1,2). A partir de esta premisa surgieron diversas sistemáticas de análisis descriptivos e índices, de corte fundamentalmente estructural-funcionalista, que permitían la evaluación de los sistemas de salud, su comparación y en ocasiones (en el caso de los índices) su clasificación según un objetivo final, mayoritariamente determinar el nivel de desempeño(3–7).

El sistema de salud argentino es descrito usualmente como un sistema sanitario de bajo desempeño (incluso comparándolo con países de la región) y este bajo desempeño es relacionado con insistencia al alto nivel de fragmentación que caracteriza su constitución (8–10). Separado funcionalmente y con su población segregada en un patrón atomizado de proveedores, su organización mediante tres subsistemas (público, privado y de obras sociales) evidencia serios problemas de integración tanto horizontal como vertical que repercuten notablemente en la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población (11,12).

La fragmentación no es una característica más en la descripción de los sistemas de salud. Se configura como un fenómeno sustantivo que atenta contra el desempeño de los sistemas de salud impidiendo el correcto acceso a los servicios de salud, entorpeciendo la continuidad de atención y generando un sistema de oferta de servicios ineficiente y desacoplado de las necesidades de la población(13). Si bien presenta múltiples dimensiones y es conceptualmente polisémico, desde un enfoque social-sistémico la connotación más utilizada hace referencia a la “separación entre los sectores públicos y privados y una falta de “coherencia” en todo el sistema de provisión médica”(14). Puede analizarse desde diferentes perspectivas: de acuerdo con cómo se integra la población a este sistema (integración horizontal o segregación) o el nivel de integración funcional de sus proveedores (integración vertical o separación) lo que permite catalogar a los sistemas de salud en diferentes grupos de acuerdo con su modelo de integración o la falta de este(15). Dada su connotación negativa, el concepto es particularmente útil para describir en qué medida cumple las expectativas en cuanto a sistema de protección social.

Los análisis convencionales de los sistemas de salud presentan limitaciones en comprender el fenómeno de la fragmentación de los sistemas de salud (FSS) y por ende en su capacidad de proponer reformas conducentes cuando estas son necesarias(16,17). Probablemente esto sea porque los sistemas de salud son, en su esencia, sistemas sociales complejos (configurados a modo de un dispositivo específico destinado a la preservación, mantenimiento, reparación y mejora de la salud desde una perspectiva colectiva) y por lo tanto sus fenómenos emergentes surgen de la interacción de las partes que componen una estructura históricamente determinada(18,19). Desde este enfoque, la comprensión del fenómeno de la FSS no puede escindirse de su trayecto histórico ni de las tensiones y conflictos que surgen entre los actores de un sistema de esta naturaleza.

El Institucionalismo Histórico (IH), una de las corrientes del Nuevo Institucionalismo, ha demostrado su utilidad en explicar procesos complejos en el ámbito de los sistemas de salud ampliando las perspectivas de los enfoques basados en evaluaciones o de carácter descriptivo(20,21). Su mirada complementaria provee “un análisis social y político de las instituciones y la red de relaciones en las cuales están inmersas” y permite objetivar “el poder relativo de los diferentes actores y en qué grado sus intereses se ven reflejados en una norma”(22).

El sistema de salud argentino enfrenta históricamente una agenda orientada a corregir sus problemas de integración, pero este objetivo le resulta esquivo en parte porque los intentos de reforma estuvieron basados en enfoques demasiados restrictivos para una empresa de tal envergadura(23,24). En ese sentido este trabajo se propone responder a cómo y por qué se origina la fragmentación del sistema de salud argentino desde la perspectiva del institucionalismo histórico con el objeto de ampliar la comprensión del estado actual y lograr un mayor entendimiento de la dinámica y resultados de sus procesos de reforma.

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo fundamental de este trabajo será responder cómo y por qué se origina la fragmentación del sistema de salud argentino desde la perspectiva del IH. A diferencia de otras escuelas neo-institucionalistas (Elección Racional, Institucionalismo Sociológico) el IH cree que los seres humanos pueden ser tanto seguidores de reglas que respetan las normas como actores racionales egoístas; busca en los registros históricos establecer cuál de estas conductas es

preponderante para comprender el porqué de una determinada decisión o desenlace político(25). Dentro del IH existen diferentes enfoques de acuerdo su elección del problema, el abordaje del tiempo y como asuman el concepto de Institución (incluyendo el contexto y las configuraciones en el cual se desarrolla el problema).(26,27)

El IH se enfoca característicamente en grandes preguntas del mundo real (¿Cómo y porque se origina la fragmentación del sistema de salud argentino?) e intentar comprender mejor los mecanismos de cambio institucional y el rol de las ideas en las instituciones y políticas(25). Si bien la definición de un sistema de cobertura de las necesidades sociales en salud forma parte de las agendas sustantivas de los estados modernos, la FSS es un tema que ocupa un lugar de centralidad en la agenda del mundo de la salud pública y en los últimos años, debido a una creciente preocupación por procesos de reforma del sistema de salud argentino, ha expandido su interés a otros sujetos sociales (política, economía, comunicación). La fragmentación de un sistema de salud es un fenómeno que a priori expresa un modo de organización (la *no* coordinación entre las partes) pero está subordinado a un modelo de financiamiento que explica mejor sus partes, estructura, procesos y fenómenos emergentes (28). La definición de un sistema de financiamiento para un sistema de salud escapa a un asunto meramente técnico, es una empresa de carácter fuertemente político no solo determinada por la agencia humana, sino también por arreglos políticos y sociales que no se alteran fácilmente por los individuos; por lo tanto, el análisis desde el IH impresiona ser adecuado para una empresa de este tipo (29).

Este trabajo propondrá un hilo argumentativo según el enfoque del IH. El IH propone una narrativa histórica donde considera a los datos históricos piezas de un rompecabezas destinado a la comprensión histórica de un problema sustantivo. El análisis de las relaciones temporales de causalidad en el IH puede realizarse mediante diversos enfoques: Coyunturas Críticas, Legado Institucional (Dependencia de Trayectorias o del camino según la traducción del término original), Equilibrio exacto, entre otros(30). La Dependencia de la Trayectoria, que incluye en su proceso explicativo una coyuntura crítica como punto de anclaje, será el enfoque utilizado en este trabajo. La ley 18.610 del año 1970 (31) ocupa un lugar destacado como suceso que define el modo de asegurar el financiamiento de las prestaciones

de salud en la República Argentina; en este punto histórico diferentes secuencias se cruzan y generan un proceso de retroalimentación que refuerzan la recurrencia de un patrón particular en el futuro, por lo que cumple con el requisito de coyuntura crítica y, por ende, nodo central para el análisis desde el modelo de Dependencia del Camino.

El concepto de Institución en el IH puede variar desde un concepto restrictivo (las instituciones como reglas de juego) a un concepto más amplio, de tono cultural donde las instituciones son vista como embebidas en normas y entendimientos sociales. Este documento suscribirá a un tercer enfoque de las instituciones, más afín a la perspectiva del IH, donde no rechaza ninguna de estas perspectivas, pero en el cual incorpora al análisis como esto afecta la articulación de intereses colectivos (26). En este sentido, este trabajo analizara los “orígenes, impacto, estabilidad de las configuraciones institucionales para explicar los arreglos institucionales y explicar resultados de interés” (27).

Para la definición de las diferentes secuencias temporales se dividieron las trayectorias en base a los principales actores institucionales (sindicalismo argentino, efectores privados y estado nacional) y se recurrió a diferentes fuentes documentales (bases de datos bibliográficas, repositorios especializados, leyes, informes y reportes de trabajo, secciones de divulgación de su historia de los actores institucionales seleccionados).

DESARROLLO

El primer actor: el sistema de obras sociales.

Las corrientes migratorias de finales del siglo XIX en Argentina introdujeron un nuevo proletariado que se organizó por su origen o actividad laboral (en esa época se crea “La Fraternidad”, gremio de notable importancia para la creación de los primeros seguros sociales) que cimentó un movimiento mutualista de amplia extensión. En esa época (1880-1930) tanto la burguesía nacional como el grueso de la masa obrera estaba constituida por extranjeros y se genera una forma particular de política de las organizaciones sociales que adquiere notable influencia como modo de ejercicio de poder: el corporativismo (32). El estado tuvo una relación fluctuante durante esos años con esta forma de poder tratando de mediar las crecientes demandas sociales con los intereses de la élite tradicional, mayoritariamente sin éxito, como lo demuestran los hechos de la “Semana Trágica” en enero 1919 (33).

Ese tipo de relación cambia durante los años 1943-1946. En 1943 se produce un golpe de estado derrocando al gobierno de Castillo sucediéndole varios presidentes de facto. Durante esos años una organización (el G.O.U.: Grupos de Oficiales Unidos) fue responsable directo de los cambios institucionales y uno de sus caudillos, Juan Domingo Perón, fue centro de la vida política interna del gobierno y de la República toda. Ocupó la cartera de la Secretaría de Trabajo donde junto a su colaborador (el teniente coronel Mercante, hijo de un ferroviario de la Fraternidad) harían base de su espectacular crecimiento político. En ese lapso Perón ocupó el Ministerio de Guerra, la vicepresidencia de la Nación y la secretaria de Trabajo simultáneamente y en 1946 fue electo presidente de la Nación en elecciones por voto popular. En ese contexto fijó un objetivo que le trajo grandes beneficios: la organización de una Confederación General del Trabajo (CGT) unificada y políticamente afín. Esto generó un nuevo giro en las relaciones de poder donde el sector político partidario se reestructura e incorpora a un sindicalismo con un nuevo perfil, aliado del gobierno y moderador de tensiones sociales con el sector obrero (34,35).

Luego de la creación de una Comisión de Servicio Social (1944) se expanden con fuerza las entidades mutuales de trabajadores y el concepto de seguro social como forma de protección ante la enfermedad. Su esquema organizacional estaba basado en el funcionamiento del seguro social de los ferroviarios, de manejo autónomo y sustentado por contribuciones de las empresas en base a un porcentaje del salario. El sindicalismo se convirtió en un movimiento de masas con expresión política y partidaria, dotado de poderosas herramientas de negociación y con una estructura sanitaria que, junto con la oferta estatal, contemplaba la mayoría de la dotación de camas existentes en la República Argentina de ese momento (36).

Posterior al golpe de estado del año 1955 (y a la proscripción del peronismo) el sindicalismo no pierde su protagonismo a pesar de los intentos por desestructurar su organicidad. De hecho, se consolida a través de la conformación de las 62 organizaciones (1957), un aparato político que funcionaba como expresión del justicialismo en el universo sindical, pero también como ariete político en la escena de poder brindando apoyos o confrontando; de esta manera se convierte en un actor central en los frágiles e inestables gobiernos posteriores al año 1955. El campo de la salud pública se transformó en una arena

paralela donde confrontaban modelos diferentes: el modelo de administración estatal (identificado con el peronismo y por ende demonizado por un gran sector de la sociedad) y el modelo desarrollista (que ponderaba la generación de recursos propios y descentralización operativa). Llamativamente los sindicatos, apelando a su rol de moderadores de tensiones sociales, lograron amplios beneficios orientados en su mayoría a la provisión de servicios de salud, a pesar de que el discurso desarrollista sostenía en lo dialéctico una fuerte crítica al desempeño del sector salud gestionado por el sector sindical (37).

Las organizaciones sindicales continuaron con este clima de negociación en ese campo paralelo (obras sociales) durante el gobierno de Onganía, pero la política económica en extremo antagónica a sus principios más básicos y el fuerte autoritarismo desataron una gran tensión interna. La incorporación del ministro A. Krieger Vassena en el año 1967 profundizó la representatividad en el poder ejecutivo de la burguesía industrial argentina y con ello una mirada estratégica donde las conquistas sociales se contraponían al desarrollo industrial (38). Las políticas públicas que se concibieron sobre esta base ideológica generaron una erosión del capital político y de cohesión del gremialismo conciliador. Fruto de este contexto se realiza en marzo de 1968 un congreso normalizador de la CGT que terminó haciendo explícitas las distintas posturas en cuanto a la relación con el gobierno por lo que se dividió en dos ramas que reflejaban con claridad estas posiciones: la CGT de los Argentinos con influencias más allá del peronismo, contraria al gobierno y dirigida por Ongaro; y la CGT oficial (Azopardo), conciliadora y bajo la guía de Augusto Vandor. Si bien la existencia de la CGT de los Argentinos fue efímera, la redistribución del poder sindical en sectores antagónicos y su capacidad de movilización multisectorial en un momento de gran inestabilidad política -en el contexto de un gobierno militar- fue fundamental para los hechos que sacudieron la vida política en los años siguientes (39,40).

El hecho trascendental fue sin dudas "El Cordobazo" donde confluyeron la clase obrera (como iniciadora e influenciada por el grupo de Ongaro), ciudadanos movilizadores de clase media, los estudiantes e inclusive una rama clerical con una influencia ideológica en aumento ("sacerdotes por el tercer mundo"). Este fenómeno de insurrección urbana popular que sacudió en la ciudad de Córdoba el 29 mayo de 1969 fue un acto de oposición explícita al

régimen de Onganía que era percibido por el común de la sociedad como autoritario y excluyente de la vida económica, social y política. El gobierno de facto sintió con fuerza este episodio que erosionaba sus políticas públicas sustentadas en represión y racionalización económica (41). Augusto Vandor, quien brindó un tardío apoyo al Cordobazo (catalogado por algunos como oportunismo tardío) fue asesinado un mes después. El gobierno, ya debilitado y en un intento de retomar el control encarcela a los miembros más prominentes de la CGT de los Argentinos y renueva el diálogo con la CGT Azopardo. Este diálogo se retoma en los términos que históricamente se dieron con las centrales participacionistas; una connivencia condicionada por la transferencia de recursos económicos y de poder, clásicamente instrumentada a través de sus obras sociales. Este nuevo acuerdo convivencial se sella mediante la promulgación de la ley 18.610 del 23 de febrero del año 1970, un desesperado último acto del agónico gobierno de Onganía (42).

Un nuevo congreso normalizador de la CGT se sucede el 29 de mayo del año 1970 y unifica las diferentes centrales. La razón central de esta nueva cohesión fue, por un lado, una cuota de pragmatismo ante los embates de un gobierno debilitado. Pero también haber concretado un hecho altamente esperado en las ambiciones del sindicalismo argentino: la ley 18.610/70, *que generaliza el sistema de obras sociales para la totalidad de la población en relación de dependencia laboral y encarga su administración a los sindicatos de la rama respectiva* (43). Esta ley es exhibida como un trofeo por los organizadores de ese congreso. Sin demasiados eufemismos, algunos textos de orientación sindical hacen referencia a este episodio de la siguiente manera: “Utilizando ese poder, el movimiento obrero obtuvo en 1970 la Ley de Obras Sociales 18.610, que terminó de definir el perfil del sindicalismo argentino. Prácticamente desde sus orígenes los sindicatos argentinos habían orientado una parte importante de su actividad a prestar servicios para sus afiliados, principalmente de salud y turismo” (44).

El Segundo actor: la agremiación médica (profesionales, sanatorios y servicios de diagnóstico).

A diferencia de las organizaciones sindicales, las agremiaciones médicas surgen a instancias de individuos con una activa y relevante participación en la vida política de finales del siglo XIX y principios

de siglo XX, por lo que no solo formaron parte de las primeras instituciones sanitarias nacionales (el Departamento Nacional de Higiene) sino de la vida burocrática y legislativa en su mayor nivel. Esta generación logró imponer un nuevo modelo sanitario nacional (la “clínica nacional”) dejando atrás un modo de práctica de la medicina de tono academicista donde el ejercicio privado individual preveía sobre el institucional (45) además de fundar dos de las instituciones más influyentes en el colectivo médico de la época: el Círculo Médico (1875) y la Asociación Médica Argentina (1891) que, si bien expresaban en sus fundamentos no ser organizaciones de carácter gremial, crearon cohesión y conciencia de clase.

Pero fue la segunda década del siglo XX (1920-1930) donde se establecieron los fundamentos de una corporación médica-gremial en Argentina (46). Una base dogmática fundada por miembros de la “generación del 80”, el asentamiento de una autoridad nacional en el ámbito de la salud, el aumento de la infraestructura (hubo un exponencial aumento de camas de Buenos Aires a principios de siglo XX, de las cuales 80% eran públicas), el aumento de los egresados médicos de la Universidad de Buenos Aires y los intentos de reglamentar la práctica médica se conjuraron para movilizar al colectivo médico en la defensa sectorial de sus intereses. Diferentes instituciones ocuparon este rol de defensa, con visiones muchas veces contrapuestas, lo cual puede considerarse natural en la construcción de una identidad colectiva: algunos sectores defendían la práctica médica como profesión ejercida por una élite, otros la lucha por intereses reivindicativos (como el sistema de remuneración). En esta etapa pre-gremial se reafirman algunos aspectos que fueron trascendentales no solo para recrear una identidad médica corporativa, sino también para definir un patrón de conducta frente a los desafíos que se presentarán en las décadas siguientes: la delimitación y consolidación del campo exclusivo de la práctica médica, el antagonismo de intereses con el sistema mutualista (y otros financiadores como las aseguradoras), la búsqueda de un sistema de carrera que institucionalizase el crecimiento profesional en el sistema público y un reclamo de mayor presencia reguladora del estado en el incipiente sistema de cuidados de salud que se estaba gestando en la República (47).

Sobre esta base surgieron las primeras agremiaciones médicas. La Asociación Médica de Rosario (1932),

la Federación Gremial de médicos de Santa Fe (1935), el Colegio de médicos de Capital Federal (1932), y la Asociación de médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (1936) -entre otras- fueron los exponentes de mayor peso, fruto maduro de este proceso de construcción de identidad y autonomía. Esta década, prolífica en la aparición de organizaciones médicas con vocación corporativa, tempranamente mostró interés en una institución de carácter federal que los nuclea, lo cual finalmente sucede en el año 1941. A instancias del Primer Congreso Médico Gremial Argentino extraordinario se constituye la Federación Médica Gremial de la Argentina (que en 1943 paso a llamarse Confederación Médica de la República Argentina -COMRA-) primer órgano gremial médico de tercer nivel y legitimado en todo el territorio de la República Argentina y que inicia la agenda médica corporativa a nivel nacional; agenda que incluía aspectos tales como la autorregulación de la práctica médica, el posicionamiento ante las mutuales y obras sociales nacionales, el pedido de mayor intervención al estado en el ámbito de la medicina social y menor en el campo del ejercicio liberal de la profesión (47). La corporación médica abre una nueva etapa donde obtendría un lugar en el debate institucional sobre políticas públicas en salud. Su primer logro, una muestra expresa de su capacidad de influencia, fue el haber escindido de la Dirección Nacional de Salud Pública el área de acción social y trasladarlo al área de la Secretaría de Trabajo donde comenzaría una estrecha relación al amparo del liderazgo político de Juan Domingo Perón. Además, asume como director nacional de Salud Pública Manuel Vieira (1945), un reconocido miembro del área gremial, y se promulga el Estatuto Médico Profesional que brindaba un marco para el ejercicio de la medicina en los hospitales públicos claramente en beneficio del sector médico (48). El costo a pagar por esta actitud de colaboración fue el acallamiento de las voces díscolas con el gobierno y la reducción de las discusiones reivindicativas a una disputa de intereses con otros sectores. Es en esta época (circa 1950) donde se resuelve la disputa ideológica esencial sobre el estatuto de la asistencia médica en su dimensión médico-gremial: la práctica médica sería sobre todo una práctica liberal y la fiscalización de esta debía ser un acto de pares (49). Con un enfoque renovado el colectivo médico centra sus esfuerzos en disputar terreno al sector de mutualidades (conformado por los denominados “hospitales comunitarios” y

mutualidades sindicales) generando alianzas con instituciones sanitarias privadas que les permitió posicionarse como contrapartes en la negociación de sus intereses. Además, la incorporación del sector a funciones estratégicas (directores médicos, auditores, la autorización de matrículas en algunas provincias) los elevaba de meros empleados a condición necesaria en la gestión técnica de los servicios asistenciales y financiadoras, una presión extra en el juego de roles.

Las elecciones de 1958 trajeron un nuevo gobierno elegido por voto popular (el de Frondizi) y un discurso de época donde se intentó deconstruir la gestión sanitaria peronista. En esa transición el gremio médico exhibe una renovada y sólida actitud corporativa y provoca dos eventos que por su carácter testigo definen su carácter futuro. En primer lugar, la creación del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA, 1957) en la provincia de Buenos Aires, el seguro social para los empleados de la mayor provincia de la Argentina, una experiencia que exponía el imaginario médico de cómo debería ser una organización médica pública que aseguraba el acceso a la medicina privada manteniendo algunos principios de la práctica liberal de la medicina (como *la libre elección de médico*). Y en el año 1958 la COMRA promueve una huelga nacional destinada a reincorporar médicos cesanteados de la mutualidad de la Unión Tranviarios Automotor, en un conflicto que manifiesta una inesperada fortaleza del gremio médico ante el poderoso sindicato (50,51).

La década del 60 fue rica en experiencias de reforma en el subsector público y estas experiencias (seguros provinciales de salud, los “hospitales de reforma”, sistemas de salud provinciales) se tradujeron en una dilución del centralismo y capacidad rectora del estado nacional. Ninguna de estas iniciativas se contraponía al concepto de la medicina como profesión liberal por lo que brindaron un espacio abierto a las asociaciones profesionales permitiendo cimentar su rol en el subsector privado. Las autoridades sanitarias durante la dictadura de Onganía visibilizaron esto como un sesgo que obstaculizaba la creación de un seguro de salud en los términos que el desarrollismo proponía y desde la Secretaría de Salud Pública se establecieron topes para los aranceles médicos y un nomenclador para todo el país. El colectivo de profesionales, por sus divergencias internas primero y el convulsionado momento político después, no logran generar una resistencia efectiva a estos proyectos que reducen

su poder y esta inercia favoreció el rápido desenlace que terminaría con la declaración de la ley 18.610. Pero, en una tardía pero efectiva gestión el gremio médico logra adaptar sus pretensiones con la promulgación de la ley 19.710 (52) y lo que fue considerado en principio una claudicación terminó convirtiéndose en un espacio de negociación dentro del recientemente creado Instituto Nacional de Obras Sociales. Valiéndose de la experiencia y técnica en la negociación de sus remuneraciones (un complejo mundo, difícil de decodificar para el lego) lograron modelar la relación a un curso favorable a sus intereses convirtiendo a la década del 70 en una etapa de gran desarrollo de la actividad privada (53). De esta manera la corporación médica sella de conformidad el rol que se le asigna en el sistema de salud bajo la sombra de estas legislaciones (43).

El tercer actor: el estado nacional.

Los antecedentes de un organismo que dirigiese los intereses públicos en cuanto a respuestas sociales en salud se remontan inclusive antes de la conformación como República. El Protomedicato del Río de la Plata en los inicios del siglo XIX cumplió las funciones de regulación de normas sanitarias, práctica asistencial y formación de profesionales médicos hasta el año 1822. La nueva nación debió esperar un largo período hasta definir alguna institución de rectoría gubernamental en la prestación de servicios sanitarios. En otro aporte a la construcción de identidad de la nueva república, a instancias de notables miembros de la “generación del 80” surge el Departamento Nacional de Higiene (1880), la primera expresión concreta de un órgano federal de rectoría en el campo de la salud pública.

El Departamento Nacional de Higiene (DNH) nunca pudo concretar la integración de las funciones de rectoría sobre la dimensión asistencial del cuidado de la salud. La construcción de un campo de rectoría sin menoscabo de la autoridad de estados provinciales (constituidos antes del nacimiento de la República Argentina), conflictos de autoridad en la jurisdicción más influyente (Ciudad de Buenos Aires) y la división administrativa del Estado-Nación basado en la representación sectorial de actores impidieron esta integración. Este fenómeno se hace sustancialmente visible (y perdurable) con el traslado de funciones de las instituciones de orden asistencial que dependían del estado nacional a la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores (a través de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales, 1906). Pero también

con la creación del Departamento Nacional de Trabajo (DNT, 1907) donde abordaron con celo los aspectos individuales y colectivos con relación a la salud de los trabajadores.

Esta segmentación dentro del estado probablemente fue fruto tanto de las presiones de sectores afectados en su autonomía como del hecho que el DNH se convirtió en una “tecno-burocracia” (54) concentrada principalmente en una agenda relativa a epidemias, higiene y urbanismo. Un ejemplo de ello fue el abordaje de las enfermedades laborales y accidentes de trabajo al comienzo de siglo XX, un debate que trajo una prolífica actividad académica, política e institucional. La creación de la DNT determinó una doble competencia del ámbito de la salud laboral (DNH y DNT, ambas dependientes del Ministerio de Interior) y a pesar de algunos tibios intentos en contrario, la DNT se fue transformando en el área de resolución natural. Este proceso de delegación como agencia a la DNT de las responsabilidades inherentes a enfermedades laborales y accidentes de trabajo se consolidó con la promulgación de la ley N.º 9.688 de 1915 (55) de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, una norma que sin dudas marca un hito en el ámbito de la seguridad social en nuestro país (56).

La fragmentación de responsabilidades como tendencia perduró aun cuando existía una idea generalizada de los beneficios de una autoridad aglutinante en el campo de la salud pública. En la década del 40 se desarrolló una modalidad de ejercicio de políticas públicas en salud ante los estados provinciales de la República: las denominadas “grandes luchas”, programas de alcance nacional que abordaban los “nuevos problemas” (tuberculosis, enfermedad de Chagas-Mazza) de salud pública abriendo un nuevo capítulo en la forma de instrumentar el rol de autoridad de las agencias nacionales. El ascenso de la DNH a Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (1943) surge con naturalidad en esa ampliación de funciones y autoridad, pero fue un evento casual lo que determinó la integración del área de asistencia médica a la agencia en salud pública. En 1936 el director de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Dr. Juan Jacobo Spagenberg (aún bajo la esfera de la Cancillería) fue designado también jefe del DNH y promueve con fuerza en el campo académico y político la necesidad de una autoridad sanitaria integrada. Esta nueva conformación fue fugaz ya que en 1944 las funciones son nuevamente

segmentadas: todo lo referido a higiene, hospitales públicos y sanidad quedaría a cargo de la recientemente creada Dirección Nacional de Salud Pública (ya sin “Asistencia Social”) y lo referido a beneficencia, hogares y asistencia social (esta última, el área natural del sector de obras sociales) a la Secretaría de Trabajo y Previsión Social a cargo de Juan Domingo Perón (57). A pesar de que la Dirección Nacional de Salud Pública rápidamente aumentó su jerarquía a Secretaría (1946), y de la mano de Ramón Carrillo a Ministerio (1949) la separación dejó trunca la posibilidad de avanzar hacia un seguro universal de salud y la integración de eslabones importantes en la red asistencial de ese momento. El enorme crecimiento de la capacidad hospitalaria estatal, la aparición de instituciones sanitarias trascendentes y el fortalecimiento de la rectoría en salud a nivel federal durante la gestión de Ramón Carrillo se hizo sin trasvasar los límites impuestos en esa división de las agencias estatales. Los años siguientes a la caída de Perón (1955) el estado definió acciones en un marco aún más estrecho, concentrándose en lograr una identidad institucional “antiperonista” e intentando dinamizar un proyecto de seguro social bajo la órbita, esta vez sí, del Ministerio de Salud. Si durante la gestión de Carrillo se consolidó un gigantesco crecimiento de la red hospitalaria pública comandada por un orden central, durante los años venideros la descentralización y la autogestión hospitalaria fueron el eje de las políticas sanitarias. Los resultados no fueron buenos: el primer intento de delegar a las provincias las instituciones asistenciales públicas que dependían del gobierno federal (durante los años 1957-1958) terminó brevemente en un decreto del año 1958 que reintegraba estas instituciones a la órbita nacional. Pero este fracaso no fue absoluto ya que las jurisdicciones provinciales empezaron a mostrar nuevas y más sofisticadas modalidades de organización de la asistencia médica sumado a la creación de nuevas agencias, como el Instituto de Obra Médico Asistencial (1957) en Buenos Aires. Este fue el periodo donde se delimitó el espacio que los estados provinciales consideraron como propios y fuera de la influencia federal. Reconociendo el error del frustrado e intempestivo intento de transferencia de los hospitales nacionales las autoridades federales dirigieron su estrategia a la acumulación de recursos (técnicos y conceptuales) mediante la formación de médicos sanitaristas especialistas en administración hospitalaria y el

desarrollo de las bases conceptuales y operativas de un nuevo modelo de hospital público. La generación de una cohorte de sanitaristas formados bajo el velo del “informe Pedroso”¹, la creencia casi religiosa en los métodos de planificación y un discurso que censuraba la discusión política le permitió a la agencia sanitaria nacional una agenda consistente en la década ulterior a pesar de diversas dificultades (58,59). La agenda histórica de los “sanitaristas”, con una base argumentativa que obligadamente debe incluir conceptos como descentralización, participación social y seguro de salud cimenta el discurso hegemónico de la “tecno burocracia” sanitaria nacional, vigente hasta nuestros días(60). Insistentemente durante los gobiernos de Frondizi, Illia y la dictadura de Onganía (1958-1970) se repetía la necesidad de organizar en un sistema único a las obras sociales, sin embargo, este objetivo les resultaba huido en parte por el dogma sanitario de ese momento de no integrar la agenda sanitaria a la discusión política. Pero la multiplicidad de informes, proyectos y normas permitía intuir que la creación de un marco regulatorio e institucional para las obras sociales y prestadores privados era un asunto de plazos perentorios. Tras el derrocamiento de Illia (1966) la dictadura implementa una serie de medidas de corte absolutamente liberal (a pesar de que se autodefinía como católico-desarrollista) reduciendo el número de ministerios. El Ministerio de Salud Pública se transforma en la Secretaría de Salud dependiente del Ministerio de Bienestar Social. Esta unificación originó que en una misma dependencia ministerial conviviesen ideologías muy diferentes: una tecno-burocracia en la Secretaría de Salud Pública compenetrada con su agenda histórica; la novel Secretaría de Promoción y Asistencia de la Comunidad (SEPAC), representante expresa del corpus de pensamiento del “Onganiato”; y un Estado impregnado por el “primer momento económico”, conservador y liberal, representado por el Ministro de Bienestar Social y activo miembro de la Unión Industrial Argentina Roberto Petracca (61,62). Ezequiel Holmberg, a cargo de la Secretaría de Salud Pública, era un sanitarista comprometido con las ideas del sanitarismo nacional. La ley 17.102 que brindo el sustento jurídico a un nuevo

1 Un informe de consultores externos, conocido como “Informe Pedroso” (1957) era la referencia técnica sobre la que se sustentaba esta tendencia con la cual se identificaba el ideario sanitario antiperonista; su influencia trascendió las décadas y fue relevante en los sucesos institucionales que se destacaron posteriormente

modelo hospitalario (los hospitales S.A.M.I.C.) y posteriormente leyes destinadas a regular la practica liberal de la medicina (las leyes 17.850 y 18.045 del año 1968) definieron una agenda orientada a despejar el complejo camino para estructurar un seguro de salud (63–65). Paralelamente, la SEPAC construía lazos con referentes sindicales en obras sociales haciendo valer su afinidad con dirigentes católicos y la empatía que generaba en algunos sectores el discurso desarrollista de subsidiaridad. La agenda progresiva de la Secretaría de Salud se interrumpe debido al impacto de “el Cordobazo” (1969), pero este mismo evento genera una necesidad en lo político al agónico gobierno de Onganía. En esta estrecha ventana temporal la SEPAC capitaliza su relación con el arco sindical y en conjunto con la Secretaría de Trabajo presentan el proyecto de ley que es promulgado el 23 de febrero de 1970 con el número 18.610 y que establece las normas de funcionamiento de las obras sociales (donde los sindicatos se convierten en los agentes naturales del seguro de salud) y la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (43,66). Esta ley, que instituye la asignación obligatoria de obra social por rama laboral con financiamiento mixto (por el empleador y el empleado) constituye las bases del sistema de salud tal cual la conocemos en la actualidad que, según palabras de sus propios actores, distaba mucho de la ideada por el área tecno burocrática en la última década (67).

La dependencia del camino: síntesis de la evolución histórica

La ley 18610 produjo un enorme impacto en el sistema sanitario argentino. En sí estuvo vigente hasta el año 1980 donde es derogada por una nueva ley (22.269) a su vez reemplazada en 1989 por la ley 23.660 (68,69). Pero desde el punto de vista institucional generó las bases que determinaron los actores, sus roles y en términos generales, las leyes de juego en la configuración ulterior del sistema de salud argentino. Las corporaciones gremiales son legitimadas como gestoras de las prestaciones de salud de sus afiliados, el sistema privado puede negociar su participación en la medida que las normas instituidas se lo permitan y el estado naturaliza su segmentación de responsabilidades y actuaciones en un tema que debería ser objeto de una política de ilación. La conformación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados mediante la ley 19.032/71 (70), destinado a la provisión de servicios médicos

asistenciales a jubilados y pensionados bajo el régimen federal se hizo en los términos generales de esta ley amplificando -por el volumen de la población a cargo- su impacto.

La ley definió los marcos generales de los sectores que componen la oferta y la demanda del sistema de salud argentino. Del lado de la oferta un sector público segmentado, un sector privado que se asume fundamentalmente como prestador de servicios y un sector de obras sociales con un abanico amplio de funciones para con sus afiliados (receptor del financiamiento, gerenciador, prestador de servicios). Por el lado de la demanda, los trabajadores asalariados, las personas sin empleo formal dependientes del estado para recibir servicios médicos y los compradores de servicios privados (individuales o colectivos como las obras sociales sin servicios propios). Los estados provinciales con sus propias singularidades (seguros provinciales para empleados estatales de provincias y municipios, redes prestacionales estatales propias, diferentes desempeños de obras sociales nacionales en cada jurisdicción) reprodujeron subsistemas fragmentados en cada territorio provincial. La racionalidad impuesta por esta ley pareciese impedir la definición de una política universalista donde estén definidas las necesidades de salud prioritarias, los servicios que deberían instituirse para responder a estas necesidades y los dispositivos que permitan obtener los recursos para afrontar esta tarea; este fallo configura al sistema de salud en un modo de regresividad de derechos e inequidad por lo que el escenario de fragmentación y anomia es de características más complejas que una disfunción organizativa (71,72).

DISCUSIÓN

La consolidación de los estados modernos muestra varios ejemplos de institucionalización de seguros de enfermedad como dispositivo regulador de conflictos sociales, estrategia que es llamativamente aceptada por diferentes modos de ejercicio de poder estatal (73). Pero los procesos que explican la influencia como modelo de la ley 18.610 impresionan ser más profundos y complejos.

La maduración institucional de actores que históricamente convivieron en un estado de tensión fraguó conductas en el sentido de establecer normas, roles y financiamiento en la provisión de servicios médicos a escala social. Como resultado la relación entre actores y agencias se transformó de una

relación inestable y tensa a una orientada a equilibrar los intereses sectoriales.

Pero para explicar la *dependencia ulterior* es necesario incorporar otras perspectivas. Desde la sociología del conocimiento la institucionalización aparece cada vez que “*se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores... y estas instituciones implican historicidad y control*”(74). Además, expone que la transmisión histórica de un proceso instituyente sucede en las generaciones ulteriores ya no como un trasfondo de una rutina formalizada, sino como un mundo natural donde las cosas están dadas y son evidentes por sí mismas; es decir, el traspaso histórico de una institución no hace más que fortalecerla como realidad objetiva en el mundo social. Esto explicaría porque no sirvió de puente para la instauración progresiva de un seguro universal; la ley 18.610 es un instrumento instituyente de actores que se asumen mutuamente como tales, que en su relación asumen conductas que se reconocen como habituales por los demás actores y con una dimensión histórica que da sustento a la lógica que lo determina. No fue un proceso rupturista, sino más bien de naturalización; lo que no fue objetivado por los actores en ese proceso no formó parte del trasfondo y, por ende, al transmitirse históricamente se consolidaba como ajeno a ese mundo (el mundo del seguro social en salud en Argentina). Esto genera algunos interrogantes inquietantes: ¿porque el estado se asume como un actor de jerarquía similar en este proceso instituyente?, ¿qué ocurre con aquello que no es “mutuamente tipificado” en esa relación institucionalizada?

En cuanto al primer interrogante es necesario comprender al estado como una singularidad definida por lo que hace (o deja de hacer), lo que excluiría al estado por una definición aspiracional o el imperio de lo normativo. Para comprender porque un estado hace lo que hace, es necesario definir las cuestiones fundamentales por las que se ve movilizado a establecer una acción: orden social (governabilidad), desarrollo de las fuerzas productiva y reducción de las desigualdades sociales (75). Es en esta última instancia donde los estados nacionales vieron la necesidad de asumir nuevas responsabilidades para lo cual crearon nuevas instituciones y formas jurídicas (educación, leyes laborales, salud, etc.) (75). A pesar de que la cuestión social es fundamental, el estado no puede separarse completamente de otras agendas sustantivas (orden

y desarrollo productivo) por lo que las agencias e instituciones estatales están sumidas en un campo de conflictos y posicionamiento por la transferencia de responsabilidades. Las burocracias técnicas (en este caso la Secretaría de Salud Pública y los organismos que la precedieron) no pudieron demostrar su destreza en el desarrollo de un seguro de salud probablemente a su inhabilidad operativa para resolver “*cuestiones complejas de políticas públicas*” pero también a una “*productividad burocrática*” (76) deteriorada. Otras agencias estatales con menores herramientas conceptuales, pero mayor destreza en estos campos lograron la resolución del proceso.

El segundo interrogante se centra en por qué la discusión de un sistema de cobertura universal en salud fue obturada por una discusión sectorial. Una larga historia identifica en Argentina el término obra social con: a) seguro social, b) trabajador con empleo formal como sujeto de esta acción y c) agencias del estado con injerencia en el ámbito laboral *como una dependencia natural*. La discusión hegemónica de un seguro de enfermedad se produce en un escenario construido históricamente por estos agentes con una fortaleza tal que el término Obras Sociales se convirtió en sinónimo de *agente de seguro de salud*². Dicho de otro modo, el diálogo histórico entre actores sobre un seguro social fue un proceso de carácter sectorial y los sujetos objetos de este proceso, trabajadores asalariados.

La no inclusión del sistema estatal de provisión de servicios de salud no se produjo por una censura impuesta sectorialmente sino por el desarrollo de una agenda paralela de agencias dentro del estado argentino. En la década del setenta toma fuerza a nivel global una tendencia de cobertura universal sustentada en modelos de organización con efectores distribuidos a nivel comunitario que ofrecen una serie de servicios priorizados (en ese momento programas GOBI³) y la declaración de Alma Ata y la definición de la estrategia de Atención Primaria para lograr el objetivo “salud para todos” consolidaron esta agenda en los estados

2 La ley 23.660/89 de hecho lo define así: *En lo referente a las prestaciones de salud formarán parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud -en calidad de agentes naturales del mismo- sujetos a las disposiciones y normativas que lo regulan.*

3 G.O.B.I hace referencia a control de crecimiento (Growth monitoring), rehidratación oral para el manejo de diarreas (Oral rehydratation), lactancia materna (Breast feeding) e inmunización (Immunisation). A esto se le agrego luego otras actividades como educación femenina, prolongar el periodo intergenésico y suplementación dietaria.

miembros: la subordinación como agentes de un seguro universal de salud no fue una preocupación mayor en los proveedores de servicios de salud que dependían del estado durante las décadas siguientes. Consecuencia de este paralelismo surge un curioso fenómeno que evidencia el nivel de fragmentación existente: cuando se habla de Atención Primaria de la Salud, cada subsector del sistema de salud opera de manera diferente el mismo concepto.(77)

La FSS, por lo tanto, expresa sectores con una lógica intrínseca constituida históricamente y una relación instituida sobre arreglos de mutua conveniencia. Con un sistema estatal que se expresa con una mayor complejidad y menor espíritu de cohesión en cuanto a definirse como un actor individualizable y con otros actores (sindicatos, sector privado) fortalecidos por el transcurso de la historia en la defensa de sus intereses sectoriales. La enorme asimetría de derechos que generó un sistema de este tipo debería ser la excusa para reformar las bases de sustentación del sistema actual, pero impresiona que este objetivo es escurridizo a pesar de diversos intentos. Esto probablemente sea así porque los intentos o propuestas de reforma se concentraron en la formulación de nuevas normas (asumiendo que los actores son simplemente seguidores de normas) o intentando disminuir el poder de veto de algunos actores que, según su interpretación, impiden el normal desempeño del sistema de salud (sin considerar las secuencias y acumulaciones que llevaron a que sea así) (78–83). Pocos autores pusieron en evidencia las limitaciones de estos enfoques (por ejemplo, no contemplar la secuencias y acumulaciones que generan los hechos tal como son) y, llamativamente, uno de los trabajos más destacados en este sentido se hizo desde la perspectiva del IH(84).

El IH ha mostrado utilidad en comprender los procesos de cambio institucional, especialmente en el área de sistemas de salud en sus modelos de financiamiento y provisión de servicios(85–88). Por otro lado, brinda explicaciones de porque existen resistencias a procesos de reforma aun cuando estas surgen de una agenda socialmente sentida, como por ejemplo el fenómeno de retornos crecientes o los puntos de veto institucionales, frecuentemente mencionados en los análisis del IH (89,90). Asimismo, desde la perspectiva del IH muchos interrogantes surgen cuando se analizan diferentes trayectorias, coyunturas críticas y desenlace. Esto permite una constelación de preguntas conducentes

a un entendimiento más profundo de la situación actual pero también la definición de una agenda futura donde las instituciones y su carga histórica sean parte del debate de un sistema de salud argentino más cercano a las necesidades y expectativas de la sociedad.

Fuentes de financiamiento: trabajo independiente sin fuentes de financiamiento. Sin conflictos de intereses declarados

Agradecimientos: Se agradece al Dr. Gonzalo Pérez Álvarez, director del Instituto de Investigaciones Históricas y Sociales de la Universidad Nacional de la Patagonia por las observaciones, sugerencias y correcciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frenk j. Comprehensive policy analysis for health system reform. J frenk /health policy. 1995; 32:257–77.
2. Murray cjl, evans db. Health systems performance assessment: goals, framework and overview. In: evans db, murray cjl, editors. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: world health organization; 2003. P. 3–23.
3. Gómez dantés o, knaul fm, lazcano ponce e, sesma s, arreola h. Presentación. Salud pública de méxico [internet]. 2011 [Cited 2022 jun 18];53(2): s70–1. Available from: <http://www.Scielo.Org.Mx/scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=s0036-36342011000800002&lng=es&nrm=iso>
4. Tandon a, murray cj, lauer ja, evans db. Measuring overall health system performance for 191 countries. Geneve; 2000. (Gpe discussion paper series). Report no.: 30.
5. Murray c, frenk j. Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Boletín de la organización mundial de la salud: la revista internacional de salud pública [internet]. 2000; 3:149–62. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/58011/bull-of-who-2000-3-p149-162-spa.Pdf?Sequence=1&isallowed=y
6. Organización mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra; 2000.
7. Doubova s v, perez-cuevas r. Going further to measure improvements in health-care access and

- quality. *The lancet*. 2018 Jun;391(10136):2190–2.
8. Belló m, becerril-montekio v. Sistema de salud de argentina. *Salud pública de méxico*. 2011;53(2):96–108.
 9. Cetrángolo o, goldschmit a. Serie documentos de trabajo del iiep [internet]. Buenos aires; 2018. (Documentos de trabajo del iiep). Report no.: 24. Available from: <http://iiep-baires.Econ.Uba.Ar/>
 10. Maceira d. Caracterización del sistema de salud argentino. *Revista estado y políticas públicas*. 2020; 14:155–79.
 11. Atun r, de andrade lom, almeida g, cotlear d, dmytraczenko t, frenz p, et al. Health-system reform and universal health coverage in latin america. Vol. 385, *The lancet*. Lancet publishing group; 2015. P. 1230–47.
 12. Novick ge. Health care organization and delivery in argentina: a case of fragmentation, inefficiency and inequality. *Global policy* [internet]. 2017 Mar; 8:93–6. Available from: <https://onlinelibrary.Wiley.Com/doi/10.1111/1758-5899.12267>
 13. Montenegro h, holder r, ramagem c, urrutia s, fabrega r, tasca r, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the americas: lessons learned. *Journal of integrated care* [internet]. 2011;19(5). Available from: http://new.Paho.Org/hq/index.Php?Option=com_content&task=view&id=6183&itemid=3553
 14. Bossert t, blanchet n, sheetz s, pinto d, cali j, cuevas rp. Comparative review of health system integration in selected countries in latin america [internet]. 2014. Available from: [https://publications.Iadb.Org/bitstream/handle/11319/6024/technical note 585- health system fragmentation.Pdf](https://publications.Iadb.Org/bitstream/handle/11319/6024/technical%20note%20585-health%20system%20fragmentation.Pdf)
 15. Londoño jl, frenk j. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in latin america. *Health policy* [internet]. 1997 Jul;41(1):1–36. Available from: <https://linkinghub.Elsevier.Com/retrieve/pii/S0168851097000109>
 16. Adam t, hsu j, de savigny d, lavis jn, rottingen ja, bennett s. Evaluating health systems strengthening interventions in low-income and middle-income countries: ¿are we asking the right questions? Vol. 27, *Health policy and planning*. 2012.
 17. Pawson r, greenhalgh j, brennan c, glidewell e. Do reviews of healthcare interventions teach us how to improve healthcare systems? Vol. 114, *Social science and medicine*. Elsevier ltd; 2014. P. 129–37.
 18. Rolando g. Capítulo 1: conceptos básicos para el estudio de los sistemas complejos. In: *sistemas complejos: conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Primera ed. Barcelona: gedisa; 2006. P. 39–69.
 19. Field m. The health system and the social system. In: *health, medicine, society*. Dordrecht: springer; 1976. P. 147–83.
 20. Oliver a, mossialos e. European health systems reform: ¿looking backward to see forward? *Journal of health politics, policy and law*. 2005;30(1):7–28.
 21. Rodwin vg, immergut em. Health politics, interests and institutions in western europe [internet]. *Journal of public health policy*. New york: cambridge university press; 1992 [cited 2022 jun 21]. 334. Available from: https://www.Researchgate.Net/profile/ellen-immergut-2/publication/409333789_health_politics_interests_and_institutions_in_western_europe/links/5423f7f70cf26120b7a709fd/health-politics-interests-and-institutions-in-western-europe.Pdf
 22. Bloom g, wolcott s. Building institutions for health and health systems in contexts of rapid change. *Social science and medicine*. 2013 Nov; 96:216–22.
 23. Belmartino s. Una década de cambios en la organización en la seguridad social médica. ¿Reconversión o reforma? In: spinelli h, editor. *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos aires: lugar editorial; 2008. P. 147–70.
 24. Maceira d. Apuntes para un debate sobre el sistema de salud argentino 1 [internet]. Buenos aires; 2018 [cited 2022 jun 21]. Report no.: 144/2018. Available from: https://repositorio.Cedes.Org/bitstream/123456789/4463/1/doc_t144.Pdf
 25. Sven steinmo. Historical institutionalism. In: della porta d, keating m, editors. *Approaches and methodologies in the social sciences: a pluralist perspective*. Cambridge: cambridge university press; 2008. P. 118–38.
 26. Thelen k. The explanatory power of historical

- institutionalism. In: akteure – mechanismen – modelle: zur theoriefähigkeit makro-sozialer analysen. 2002. P. 91–107.
27. Pierson p, skocpol t. El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. *Revista uruguaya de ciencias políticas* [internet]. 2008;17(1):7–38. Available from: <http://www.Scielo.Edu.Uy/pdf/rucp/v17n1/v17n1a01.Pdf>
 28. Siqueira m, coube m, millett c, rocha r, hone t. The impacts of health systems financing fragmentation in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Systematic reviews* [internet]. 2021 Dec 2;10(1):164. Available from: <https://systematicreviewsjournal.Biomedcentral.Com/articles/10.1186/S13643-021-01714-5>
 29. Shiffman j. Political context and health financing reform. *Health systems & reform* [internet]. 2019 Jul 3;5(3):257–9. Available from: <https://www.Tandfonline.Com/doi/full/10.1080/23288604.2019.1633894>
 30. Trigo soto lf. Una revisión de los aportes del institucionalismo histórico a las ciencias políticas. *Revista colombiana de ciencias sociales* [internet]. 2016;7(1):224–41. Available from: <https://doi.Org/10.21501/22161201.1685>
 31. Poder ejecutivo nacional. Ley 18.610. Boletín oficial 21882, 18610 argentina: infoleg. Ministerio de justicia y derechos humanos; mar 5, 1970.
 32. Di tella t. Orígenes históricos del corporativismo argentino: el rol de la inmigración masiva [internet]. *Educ.Ar*. 1992. Available from: <https://www.Educ.Ar/recursos/92642/origenes-historicos-del-corporativismo-argentino-el-rol-de-l>
 33. Forte r. La semana trágica de 1919: crisis liberal, protesta social y fortalecimiento del poder militar en argentina. In: soto, ortega m, castañeda jc, lazarin miranda f, editors. *Violencia: estado y sociedad una perspectiva histórica, méxico, d.F.:* Universidad autónoma metropolitana. Unidad; 2004. P. 59–88.
 34. Schiavi m. Movimiento sindical y peronismo (1943-1955): hacia una nueva interpretación. *Trabajo y comunicaciones en memoria académica*. 2013;39.
 35. Segovia jf. El modelo corporativista de estado en la argentina, 1930-1945 entre el derecho, la política y la ideología*. *Revista historia del derecho* [internet]. 2006; 34:269–355. Available from: <https://dialnet.Unirioja.Es/servlet/articulo?Codigo=2388843>
 36. Belmartino s, bloch c. Políticas estatales y seguridad social en argentina. *Cuadernos médicos sociales* [internet]. 1982 [Cited 2022 feb 2]; 22:1–16. Available from: capacitasalud.Com/biblioteca/wp-content/upload/2016/02/cuadernos-medicos-sociales-22.Pdf
 37. De fazio fl. Relaciones entre el estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en argentina: un análisis histórico-político. *Salud colectiva* [internet]. 2013;9(3):301–15. Available from: <https://www.Scielo.Org/pdf/scol/2013.V9n3/301-315/es>
 38. Baudino v. Burguesía nacional y estado: la acción política de la unión industrial argentina durante la revolución argentina (1966-1969). *Polis* [internet]. 2012 [Cited 2022 feb 2];32(32):33–54. Available from: <http://www.Redalib.Org/articulo.Oa?Id=30524549003>
 39. Castelfranco d. La cgt de los argentinos, un proyecto trunco de renovación sindical (1968-1969). *Prohistoria* [internet]. 2012 [Cited 2022 feb 3]; 17:77–99. Available from: http://www.Scielo.Org.Ar/scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=s1851-95042012000100004&ing=es&nrm=iso.
 40. Dawyd d. El sindicalismo argentino durante el ongiato. De la cgt de los argentinos a la reorganización sindical (1968-1970). *Sociohistórica* [internet]. 2014;(33). Available from: <http://www.Sociohistorica.Fahce.Unlp.Edu.Ar/article/view/sh2014n33a04>
 41. Brennan j, gordillo mb. Protesta obrera, rebelión popular, insurrección urbana en argentina: el cordobazo. *Estudios: centro de estudios avanzados*. 1994; 4:51–74.
 42. Dictóse ayer la ley de obras sociales. *La nación*. 1970 Feb 27;
 43. Belmartino s. Los procesos políticos de toma de decisiones en salud. *Historia y teoría* [internet]. *Historiapolitica.Com*. 2008. Available from: <http://historiapolitica.Com/datos/biblioteca/belmartino1.Pdf>
 44. Felman f. Historia del movimiento obrero y del sindicalismo en argentina. 1st ed. *Historia del movimiento obrero y del sindicalismo en argentina*. Buenos aires: confederación de educadores argentinos; 2009. 48 P.
 45. Souza p. El círculo médico argentino (cma) y

- su papel en la configuración del pensamiento médico clínico. Buenos Aires 1875 - 1883 [internet]. Vol. 31, Historia política. 2005. P. 141-62. Available from: http://historiapolitica.Com/datos/biblioteca/medicosxix_souza.Pdf
46. Adamovsky e. Gremialismo y política en los profesionales universitarios argentinos: el problema de la identidad de clase durante la primera mitad del siglo xx. *Redes* [internet]. 2011 [Cited 2022 feb 7];17(33):35-61. Available from: <http://rida.Unq.Ar/handle/20.500.11807/351>
 47. Belmartino s, bloch c, persello av, carnino mi. *Corporación médica y poder en salud: argentina 1920-1945*. Rosario: centro de estudios sanitarios y sociales; 1988.
 48. Veronelli jc, veronelli correch m. Una revolución militar y un nuevo dualismo sanitario. In: *los orígenes institucionales de la salud pública argentina*. Primera edición. Buenos Aires: ops/oms; 2004. P. 447-76.
 49. Belmartino s, bloch c, carnino mi, persello av. *Fundamentos históricos de la construcción de las relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires: ops/oms representación de argentina; 1991.
 50. Actis m. Huelga médica y conflicto social en la coyuntura antiperonista. Rosario, agosto 1958. In: *xii jornadas inter escuela/departamento de historia* [internet]. Bariloche; 2009 [cited 2021 jun 22]. Available from: <https://academic.Org/000-008/46>
 51. Visillac e, martínez n, boloniatti n. Análisis comparativo del desarrollo de la actividad médica en los últimos 70 años en la ciudad de Buenos Aires. *Rol del hospital público*. Vol. 128, *Mundo hospitalario*. Buenos Aires; 2007.
 52. Poder ejecutivo nacional. Ley 19710. Obras y servicios sociales régimen de contratación-derogación de la ley 18.912. *Boletín oficial* 22.458, 19710 Argentina: <http://servicios.Infoleg.Gob.Ar/infoleginternet/vernorma.Do?Id=115670>; jun 30, 1972.
 53. Belmartino s, bloch c, bascolo e. El conflicto político ideológico en las organizaciones de profesionales. In: *reforma de la atención médica en escenarios locales*. 2003. P. 133-60.
 54. Veronelli jc, veronelli correch m. Caminos separados para la sanidad y la asistencia médica pública. In: *los orígenes institucionales de la salud pública argentina 2*. Buenos Aires: ops/oms; 2004. P. 337-332.
 55. Honorable congreso de la nación argentina. Ley 9688. Trabajo. Accidentes de trabajo. *Boletín oficial* 6530, 9688 Argentina: <http://servicios.Infoleg.Gob.Ar/infoleginternet/vernorma.Do?Id=96833>; sep. 29, 1915.
 56. Maddalena pd. Entre médicos y abogados: disputas en torno a las enfermedades en Argentina 1900-1915. *Anuario de la escuela de historia virtual*. 2020; 18:229-50.
 57. Biernart c. Interferencias políticas e interinstitucionales en el proyecto de centralización de la administración sanitaria nacional (1943-1945). *Anuario del instituto de historia argentina* [internet]. 2015 [Cited 2021 jun 30];15. Available from: <https://www.Anuarioiha.Fahce.Unlp.Edu.Ar/article/view/ihan15a11>
 58. Librandi j. La escuela de salud pública entre 1960-1970: sanitarismo, planificación y el proyecto de una burocracia de élite para racionalizar el sistema de salud. In: *ix jornadas de sociología de la unlp* [internet]. Ensenada: memoria académica; 2016 [cited 2021 jun 30]. Available from: http://memoria.Fahce.Unlp.Edu.Ar/trab_eventos/ev.9214/Ev.9214.Pdf
 59. Rayez f. Recomendaciones internacionales y debates locales en torno a la creación de la escuela de salud pública de Buenos Aires, 1958. *História, ciências, saúde-manguinhos* [internet]. 2020 Mar;27(1):133-49. Available from: http://www.Scielo.Br/scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=s0104-59702020000100133&tlng=es
 60. Iriart c, nervi l, olivier b, testa m. Los ejes temáticos de la concepción sanitarista. In: *tecnoburocracia sanitaria: ciencia, ideología y profesionalización de la salud pública*. Buenos Aires: lugar editorial; 1994. P. 79-142.
 61. Osuna f. "El ministerio de onganía". Un análisis de la conformación del ministerio de bienestar social (1966-1970). *Anuario de la escuela de historia virtual* [internet]. 2017 [Cited 2021 jul 3];69-91. Available from: <http://revistas.Unc.Edu.Ar/index.Php/anuariohistoria>
 62. Laguado duca ac. Cuestión social, desarrollo y hegemonía en la Argentina de los años sesenta. El caso de onganía. *Universitas humanística* [internet]. 2010 [Cited 2022 feb 3];70(70):101-18. Available from: <https://revistas.Javeriana.Edu.Co/index.Php/univhumanistica/article/>

- view/211
63. Poder ejecutivo nacional. Ley 17102: salud publica. Organismos asistenciales. Boletín oficial 2112, ley 17102 argentina: <http://servicios.Infoleg.Gob.Ar/infoleginternet/vernorma.Do?Id=15770>; jan 20, 1967.
 64. Poder ejecutivo nacional. Obras sociales prestaciones de la obra social-aranceles medicos-cobro de aranceles-auditoria medica. Boletín oficial 21500, 17850 argentina: <http://servicios.Infoleg.Gob.Ar/infoleginternet/vernorma.Do?Id=300898>; 1968.
 65. Poder ejecutivo nacional. Ley 18.045. Obras sociales prestaciones de la obra social-prestadores medicos. Boletín oficial, 18.045 Argentina: obras sociales prestaciones de la obra social-prestadores medicos; dec. 31, 1968.
 66. Osuna mf. La intervención social del estado entre dos dictaduras. Un estudio de los proyectos, las políticas, y los actores del ministerio de bienestar social/acción social de la nación (1966/1983). [Buenos aires]; 2016.
 67. Belmartino s. La atención médica en argentina. Políticas e ideologías. In: gonzález leandri r, gonzález bernaldo de quiros p, galera gomez a, editors. Regulación social y regímenes de bienestar en américa latina (siglos xix-xx). Madrid: ediciones polifemo; 2015. P. 345–68.
 68. Honorable congreso de la nación argentina. Obras sociales nuevo regimen - aprobacion. Boletín oficial 26555, 23.660 Argentina: <http://servicios.Infoleg.Gob.Ar/infoleginternet/vernorma.Do?Id=62>; dec. 29, 1988.
 69. Poder ejecutivo nacional. Ley 22.269. Obras sociales nuevo regimen - aprobación. Boletín oficial 24.484, 22.269 Argentina: <http://servicios.Infoleg.Gob.Ar/infoleginternet/vernorma.Do?Id=114909>; aug. 15, 1980.
 70. Poder ejecutivo nacional. Ley 19032. Instituto nacional de servicios sociales jub. Pens. Creacion. Boletín oficial 22184, 19032 argentina: <http://servicios.Infoleg.Gob.Ar/infoleginternet/vernorma.Do?Id=16081>; may 13, 1971.
 71. Ase i, buriyovich j. The primary health care strategy: ¿progressiveness or retrogressiveness in the health rights? Salud colectiva. 2009;5(1):27–47.
 72. Ronconi l. Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos the right to health: a model for determining the contents of the minimum core and the periphery. Salud colectiva [internet]. 2012; 8:131–49. Available from: <http://www.Scielosp.Org/pdf/scol/v8n2/v8n2a03.Pdf>
 73. Sigerist h. Los modelos cambiantes de la atención médica. In: hitos en la historia de la salud pública. 5ª edición. México d.F.: Siglo xxi editores; 1998. P. 84–95.
 74. Berger pl, luckmann t. La construcción social de la realidad. 1a ed. Buenos aires: amorrortu; 2015.
 75. Oszlak o. Estado y sociedad: ¿nuevas reglas de juego? Reforma y democracia [internet]. 1997;9(Octubre). Available from: <https://repositorio.Cedes.Org/handle/123456789/2839>
 76. Oszlak o. Burocracia estatal: políticas y políticas publicas. Postdata: revista de reflexión y análisis político [internet]. 2016; 11:11–56. Available from: <https://www.Redalyc.Org/pdf/522/52235599001.Pdf>
 77. Yavich n, báscolo ep, haggerty j. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para latinoamérica. Salud publica de méxico. 2010;52(1):39–45.
 78. Rubinstein a, zerbino mc, cejas c, lópez a. Making universal health care effective in argentina: a blueprint for reform. Health systems and reform. 2018;4(3):203–13.
 79. Red argentina investigadoras e investigadores de salud. Integración del sistema de salud. Nuevos desafíos para la política argentina. 2021. Report no.: 5.
 80. Tobar f. Temas de actualidad / current topics ¿cómo curar al sistema de salud argentino? Revista panamericana salud pública. 2002;11(4).
 81. Colina j, giordano o, rodríguez del pozo p. El sistema de salud en argentina. El fracaso sanitario argentino: diagnósticos y propuestas. Córdoba; 2004.
 82. Maceira d. Morfología del sistema de salud argentino. Buenos aires; 2018. Report no.: 141/2018.
 83. Tafani r. Comisión económica para américa latina y el caribe serie financiamiento del desarrollo 53 reforma al sector salud en argentina. Santiago de chile; 1997 jun. (Financiamiento para el desarrollo). Report no.: 53.
 84. Belmartino s. Una década de reformas de la atención médica en argentina. Salud colectiva. 2005;1(2):155–71.
 85. Sparkes sp, bump jb, reich mr. Political

- strategies for health reform in turkey: extending veto point theory. *Health systems and reform*. 2015;1(4):263–75.
86. Nikolentzos a, Mays n. Can existing theories of health care reform explain the greek case (1983-2001)? *Journal of european social policy*. 2008 May;18(2):163–76.
87. Sitek m. The new institutionalist approaches to health care reform: lessons from reform experiences in central europe. *Journal of health politics, policy and law*. 2010 Aug;35(4):569–93.
88. Steinmo s. It's the institutions, stupid! Why a comprehensive national health insurance always fail in america. *Journal of health politics, policy and law*. 1995;20(2).
89. Pierson p. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American political science review*. 2000 Jun;94(2):251–67.
90. Immergut em. Institutions, veto points, and policy results: a comparative analysis of health care. *Journal of public policy*. 1990;10(4):391–416.