

Apuntes y reflexiones

Un sistema de salud fuertemente fragmentado e ineficiente¹



Por Oscar Cetrángolo y Ariela Goldschmit*

Este artículo busca realizar una evaluación actualizada acerca del funcionamiento del sistema de salud en la Argentina, tomando como eje de análisis la situación en materia de cobertura de servicios de salud y la protección social ante los riesgos financieros de la atención de la salud. De manera específica, se espera brindar un breve y preciso análisis de la organización, cobertura y financiamiento a partir de los últimos indicadores disponibles

Introducción

El conjunto de políticas públicas de salud en la Argentina, si bien asegura cobertura universal, lo hace de manera poco equitativa, con diferencias importantes tanto en cobertura como en acceso dependiendo del grupo poblacional de que se trate, discriminando, fundamentalmente, por nivel de ingreso, localiza-

ción y situación en el mercado laboral. La organización segmentada y su financiamiento determinan serias fragmentaciones en los derechos a la atención, siendo un sistema ineficiente y de alto costo. Aunque se han desarrollado algunas políticas específicas para revertir esa situación, estas han sido de menor impacto frente a las reformas que han derivado en una

* Investigadores del IIEP (UBA-CONICET)

1. Este artículo presenta de manera resumida algunos argumentos que son desarrollados y forman parte de un documento más extenso escrito por los mismos autores, que será publicado como Documento de Trabajo del IIEP (UBA-CONICET)-

diferenciación de derechos dentro de las políticas públicas, con la consolidación de un esquema de seguridad social muy peculiar.

La definición de la mejor política de salud es uno de los más difíciles y complejos desafíos de la agenda pública. A ello colaboran, entre otros factores, las dificultades para lograr mejoras en la eficiencia a través de los mecanismos de mercado; las diferentes posiciones acerca de los objetivos de equidad que debe perseguir la política sectorial y los modos de lograrlo; la magnitud de los recursos involucrados y las oportunidades que brinda el sector para lograr importantes rentas innovativas. Y, con relación a la provisión de servicios públicos, las dificultades para determinar el mejor balance entre políticas centralizadas y descentralizadas, y un sinnúmero de rasgos institucionales que operan de diferente manera en cada país. En consecuencia, el análisis sectorial demanda de una aproximación que considere los diferentes aspectos críticos del sector.

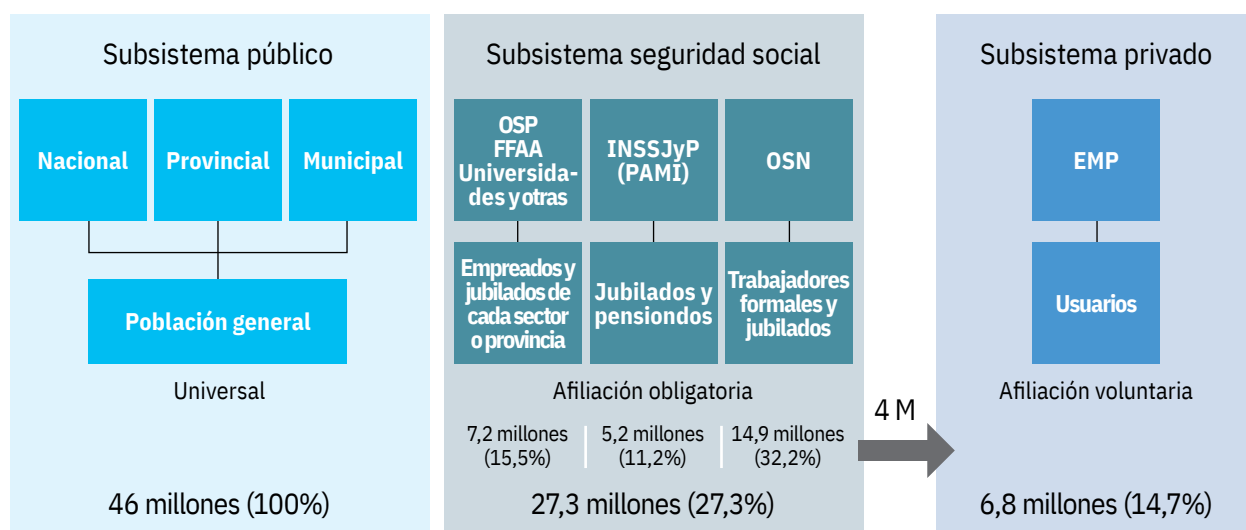
Tomando en cuenta estos aspectos, el artículo encara la presentación de la configuración general del sector y la organización institucional de cada subsector en la actualidad, con especial referencia a las características de la cobertura y la provisión pública en un país federal con descentralización de los ser-

vicios. Se abordarán las características del gasto y financiamiento de la salud, así como su estructura de distribución entre los diferentes subsistemas que lo componen. Por último, se resumen una serie de reflexiones finales que dan cuenta de la situación del sector salud en el país y algunos aspectos a considerar de cara al futuro.

Organización segmentada y cobertura del sistema

La organización del sector de la salud en la Argentina ha determinado la cobertura efectiva de la totalidad de la población. El sistema se conforma por una provisión pública a la que tienen derecho todos los residentes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado (Cetrángolo y Goldschmit, 2011). De este modo, como se observa en el Esquema 1, la población cubierta por el sector público comprende al 100% de la población argentina, que, según proyecciones poblacionales del INDEC, asciende a 46 millones de habitantes para el año 2024. Esta provisión pública comprende una diversidad de establecimientos de salud que se extienden a lo largo y ancho de todo el país. La provisión se encuentra organizada de manera descentralizada, recayendo la responsabilidad

Esquema 1: Cobertura de los Subsistemas de Salud en Argentina Año 2024 y estimaciones más próximas.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de proyecciones poblacionales de INDEC, datos del INSSJyP, Superintendencia de Servicios de Salud y Ministerio de Salud.

de brindar los servicios de salud en manos de los gobiernos provinciales y municipales. El rol del gobierno nacional se limita a la regulación, coordinación y asistencia técnica y financiera¹.

Los trabajadores del sector privado de la economía que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares, tienen una cobertura adicional a la pública provista por instituciones de la seguridad social denominadas “obras sociales nacionales”. De este segmento no participan los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias (que están asegurados en las “obras sociales provinciales”) ni otros grupos específicos de trabajadores como los docentes, judiciales, fuerzas armadas y de seguridad, que cuentan con sus respectivos institutos de seguridad social. Un análisis acerca de la situación de estas instituciones se presenta en el Recuadro 1. Por su parte, los jubilados y pensionados y sus grupos familiares se encuentran cubiertos por los servicios que brinda el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como “PAMI” (Programa de Atención Médico Integral). En conjunto, las diferentes instituciones de la seguridad social brindan cobertura de salud al 59% de la población del país (Cetrángolo y Goldschmit (2012), Cetrángolo y Goldschmit, (2018a)). La distribución de la cobertura al interior de este segmento se detalla en el Esquema 1.

Por último, existen seguros voluntarios en empresas de medicina prepaga, cuya cobertura se estima en 2,8 millones de personas.

En síntesis, si bien la cobertura universal es realmente efectiva, su alcance es restringido. Brinda protección contra los riesgos financieros para toda la población, pero de manera sumamente desigual,

1. Si bien existe un grupo reducido de hospitales que es gestionado por el Gobierno Nacional (Hospital de Pediatría Garrahan, Hospital El Cruce, Hospital Nacional Posadas, Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo, Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer” y Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte) y los Hospitales SAMIC gestionados en forma conjunta con los gobiernos de las respectivas provincias y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta, Hospital de Alta Complejidad El Calafate, Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría, Hospital General de Agudos Dr. René Favaloro y Hospital SAMIC Presidente Néstor Kirchner).

con situaciones de superposición de varias coberturas. El país se estructura sobre un sistema político de carácter federal compuesto por 23 Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a cargo de la provisión pública de salud en conjunto con sus municipios. Asimismo, dentro de la seguridad social conviven: 292 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales, el PAMI y otras obras sociales de regímenes especiales –FFAA, universitarias, servicio penitenciario federal y del poder judicial y legislativo nacional–. Dentro del subsistema privado encontramos a 674 entidades de medicina prepaga, entre las que se registran 283 Sociedades Comerciales, 220 Mutuales, 87 Obras Sociales con planes de adhesión o superadores, 40 Asociaciones Civiles, 27 Cooperativas, 5 Fundaciones, 1 Unipersonal y 11 Federaciones Médicas, Colegios Profesionales, Sindicatos o Fideicomisos (RNEMP, SSS, 2022). Esta diversidad de actores refleja la disparidad que convive en el sector. Con múltiples normativas, canastas prestacionales y modalidades de financiamiento. Esto se agrava ante la ausencia de un marco regulatorio común que defina pautas claras sobre el nivel de cobertura para todos los subsectores y la escasez de instancias institucionalizadas de diálogo y coordinación entre los representantes de cada subsistema (Ministerio de Salud, 2023).

Los últimos datos disponibles dan cuenta de que, más allá de los cambios incorporados en las políticas públicas y la sucesión de gobiernos de diferente signo político, las características de la cobertura de salud prácticamente no se han modificado. Según la última información correspondiente al Censo 2022 (Cuadro 1) la población con cobertura pública exclusiva abarca al 35,8% de la población total, apenas 0,3 puntos porcentuales por debajo de la proporción de 2010 (36,1%). La mayor disminución se observa en Tierra del Fuego, donde la cobertura pública exclusiva se reduce de 6.3 puntos porcentuales alcanzando la menor proporción de cobertura pública exclusiva del país. De manera diametralmente opuesta, las provincias de Santiago del Estero y Formosa registran las mayores proporciones de población con cobertura pública exclusiva (56% y 55,9% respectivamente). Ello refleja las condiciones del mercado laboral en cada caso, y da

cuenta de la persistencia en el tiempo de niveles elevados de informalidad, difíciles de perforar.

Resulta interesante hacer una mención especial a un conjunto de Obras Sociales que llamativamente no se encuentran reguladas por ningún organismo público y sobre las cuales existe poca información asequible. Se trata de entidades que surgieron para brindar atención médica a trabajadores de ciertos organismos o grupos poblacionales específicos y buscaron quedar exentas de los marcos regulatorios brindando beneficios especiales a sus afiliados y manteniendo cautiva a su población. Entre ellas se encuentran las obras sociales universitarias, las fuerzas de defensa y seguridad (unificadas actualmente en el IOSFA), la Dirección de Ayuda Social para el personal del Congreso de la Nación, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, entre otras entidades.

En este sentido, y al no estar alcanzadas por la Ley N° 23.661 (que regula la Obras Sociales Nacionales), tampoco se encuentran obligadas a cumplir con el Programa Médico Obligatorio (PMO). Por lo general cuentan con paquetes prestacionales independientes, que aseguran prestaciones a sus afiliados según sus propios criterios y cuentan con financiamiento en función de alícuotas establecidas en resoluciones específicas para cada caso. En suma, se trata de un universo reducido de entidades que mantienen cautiva a su población pero que aseguran cierto nivel de solidaridad al interior de cada entidad. Actualmente, todas

Cuadro 1. Porcentaje de población con cobertura pública exclusiva por provincia, 2010-2022

Jurisdicción	% Población con cobertura pública exclusiva		
	2022	2010	Variación
Total	35,8%	36,1%	0,3%
CABA	16,3%	18,0%	1,6%
Buenos Aires	35,1%	35,4%	0,3%
Catamarca	40,7%	39,2%	1,5%
Chaco	52,2%	58,0%	-5,7%
Chubut	27,8%	27,3%	0,5%
Córdoba	34,2%	33,0%	1,2%
Corrientes	43,8%	48,4%	4,6%
Entre Ríos	35,6%	35,7%	0,1%
Formosa	55,9%	56,9%	1,1%
Jujuy	46,2%	45,2%	1,0%
La Pampa	32,1%	32,3%	-0,2%
La Rioja	41,5%	38,1%	3,4%
Mendoza	37,9%	37,0%	0,9%
Misiones	46,6%	43,7%	3,0%
Neuquén	31,5%	34,8%	-3,3%
Río Negro	34,6%	34,5%	0,1%
Salta	47,9%	47,6%	0,3%
San Juan	44,6%	44,0%	0,6%
San Luis	37,0%	39,7%	2,8%
Santa Cruz	17,0%	17,0%	0,1%
Santa Fe	30,7%	31,7%	1,0%
Sgo. del Estero	56,0%	56,0%	0,1%
Tierra del Fuego	15,3%	21,6%	6,3%
Tucumán	34,5%	36,5%	2,0%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INDEC

Recuadro 1: La situación de las Obras sociales no reguladas

Resulta interesante hacer una mención especial a un conjunto de Obras Sociales que llamativamente no se encuentran reguladas por ningún organismo público y sobre las cuales existe poca información asequible. Se trata de entidades que surgieron para brindar atención médica a trabajadores de ciertos organismos o grupos poblacionales específicos y buscaron quedar exentas de los marcos regulatorios brindando beneficios especiales a sus afiliados y manteniendo cautiva a su población. Entre ellas se encuentran las obras sociales universitarias, las fuerzas de defensa y seguridad (unificadas actualmente en el IOSFA), la Dirección de Ayuda Social para el personal del Congreso de la Nación, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, entre otras entidades.

En este sentido, y al no estar alcanzadas por la Ley N° 23.661 (que regula la Obras Sociales Nacionales), tampoco se encuentran obligadas a cumplir con el Programa Médico Obligatorio (PMO). Por lo general cuentan con paquetes prestacionales independientes, que aseguran prestaciones a sus afiliados según sus propios criterios y cuentan con financiamiento en función de alícuotas establecidas en resoluciones específicas para cada caso. En suma, se trata de un universo reducido de entidades que mantienen cautiva a su población pero que aseguran cierto nivel de solidaridad al interior de cada entidad. Actualmente, todas ellas reúnen, en conjunto, una población beneficiaria de aproximadamente 1,3 millones de personas (Ministerio de Salud, 2023).

ellas reúnen, en conjunto, una población beneficiaria de aproximadamente 1,3 millones de personas (Ministerio de Salud, 2023).

En este contexto, la segmentación y mala distribución de los recursos físicos y humanos a lo largo del país da lugar a fuertes disparidades a nivel territorial, con establecimientos vacíos o sin equipamiento o médicos especialistas en algunas localidades y establecimientos superpoblados en otros lugares, lo que denota la ineficiencia y nula planificación en la distribución de los mismos.

En suma, como se desprende de las diversas situaciones descritas en términos de cobertura, instituciones y modalidades de organización de la salud en el país, la configuración del sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentada en su organización institucional, y, en consecuencia, en los derechos que cada sector de la sociedad tiene a la atención de servicios de salud. Esa fragmentación se reproduce hacia el interior de cada subsector, tanto en el sector público descentralizado, en la seguridad social e incluso al interior del esquema privado. Exis-

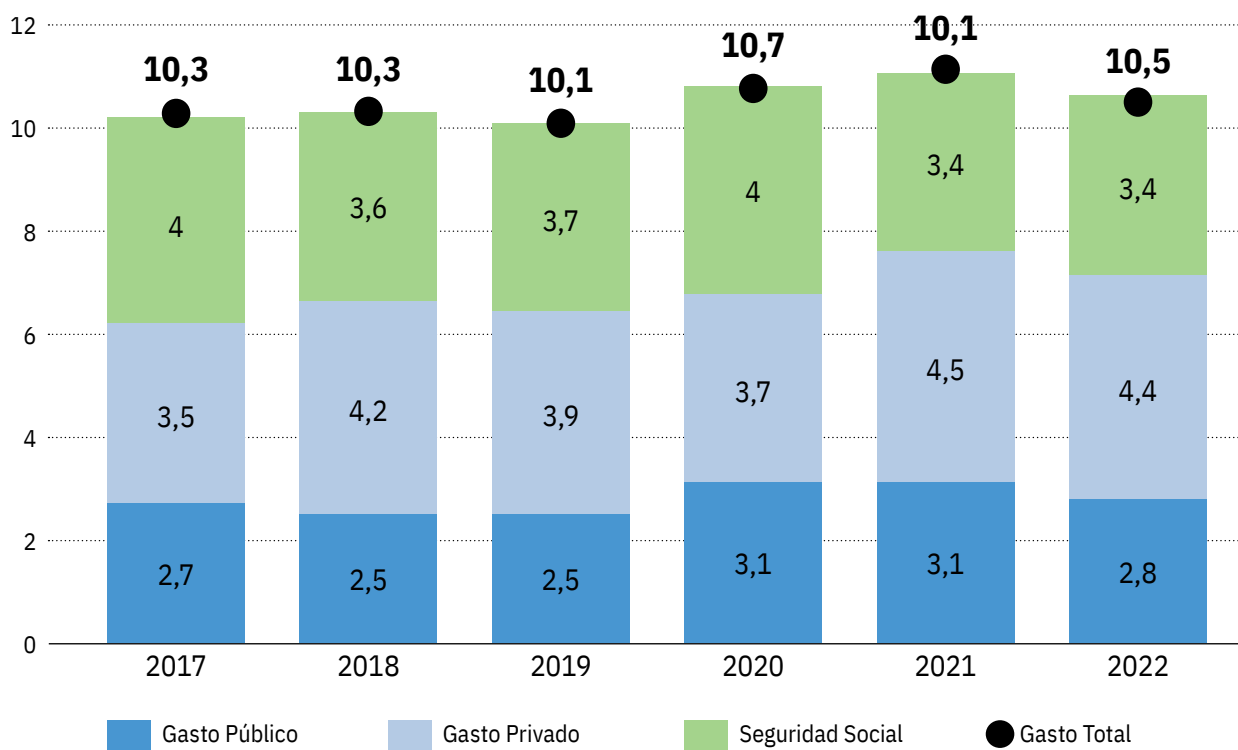
ten diferencias importantes en el acceso, tipo y calidad de servicios que reciben los beneficiarios según su lugar de residencia, su inserción en el mercado laboral y la obra social a la que pertenecen y el nivel de ingreso y voluntad del pago en el mercado privado.

Financiamiento y gasto

Al evaluar el financiamiento del sistema de salud, resulta necesario entender la compleja trama de recursos que involucra. El caso argentino ilustra con claridad sobre la estrecha vinculación entre lo fragmentado de la cobertura y su financiamiento. Ello se ve reflejado en una fuerte inequidad en la asignación de los recursos que se traduce en limitantes para el acceso y la cobertura universal y equitativa.

Los datos de gasto en salud muestran que los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento de la salud son de una magnitud considerable en relación con el tamaño de su economía. Los últimos datos actualizados al 2022 sitúan el total del gasto en salud en 10,5% del PIB (gráfico 1), un valor por encima del promedio de los países de la OCDE para

Gráfico 1: Gasto en salud en Argentina, 2017-2022. En % del PIB



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud (2025).

2022 (9,2%) y similar a los registros de países como Portugal (10,6%), España (10,4%) y Suecia (10,7%). No obstante, su distribución es muy diferente. En el caso de Argentina cerca del 40% del gasto total corresponde a gasto privado. Ello tiene fuertes implicancias en términos de equidad en el acceso a la salud, puesto que una porción importante del financiamiento y la cobertura se encuentra en función de la posibilidad de ingresos de las personas y no de las necesidades.

La provisión pública concentra 26,3% del total de los recursos (2,8% del PIB). Teniendo en cuenta la organización federal del país la mayor parte del mismo se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales (17,5% del gasto total en salud).

La seguridad social, compuesta por las Obras Sociales Nacionales (OSN), otros regímenes especiales, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP) y el PAMI, involucra 3,4% del PIB en 2022 (31,9% del total), con una mayor contribución proveniente de las Obras Sociales Nacionales. Y por último, el sector privado absorbe 4,4 puntos del PIB contemplando el gasto de bolsillo y los seguros voluntarios (41,8% del total de los recursos).


En suma, el gasto que realiza la sociedad argentina en servicios de la salud resulta muy elevado e ineficiente, atento a una mala asignación que no se traduce en resultados sanitarios y calidad en la atención médica. Entre otros factores, como resultado de los serios problemas de eficiencia y débil regulación predominan grupos de la población que tienen coberturas múltiples, superpuestas y de diferente calidad. Además el financiamiento de la salud resulta poco transparente y escasamente coordinado entre subsectores lo que agrava los problemas de eficiencia y equidad en el funcionamiento del sistema.

A modo de cierre

El presente artículo ha analizado de manera sintética las características actuales del sistema de salud argentino para concluir que, en primer lugar, el calificativo de “sistema” aparece como algo abusivo para denominar a la acumulación desordenada de políticas públicas y decisiones privadas débilmente reguladas. En segundo lugar, con un gasto total que resulta elevado en la comparación internacional (en especial con países de la región) la cobertura en riesgos de la

salud, si bien es universal, resulta sumamente despareja entre los diferentes grupos de la población. Esto deriva en una gran e injustificada disparidad en los derechos a la salud de la población.

De la revisión realizada queda en evidencia que, más allá de algunos intentos de políticas que apuntaron a mejorar la equidad y distribución de recursos en el sistema de salud argentino, hoy prevalece una organización fuertemente segmentada, donde se distinguen tres grandes subsistemas: público, seguridad social y privado. Su falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.

Sobre un punto de partida claramente ineficiente e inequitativo, las nuevas demandas que hoy debe afrontar el sistema de salud ante los cambios demográficos, climáticos y tecnológicos obligan a repensar la totalidad de un sector, que está utilizando una parte sustancial de los recursos de un país que muestra serias dificultades para optimizar el uso de sus recursos. 

Referencias bibliográficas

- Cetrángolo, O. y A. Goldschmit (2011), *Descentralización de los servicios públicos, cohesión territorial y afianzamiento de las democracias en América Latina*, CEPAL/PNUD.
- Cetrángolo, O. y A. Goldschmit (2012), “Sistema de salud argentino. Provisión y financiamiento en busca de la cobertura universal” Banco Mundial, Buenos Aires.
- Cetrángolo, O. y A. Goldschmit (2018a), “Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la seguridad social en Argentina”, Documento de trabajo 25, IIEP-UBA-CONICET.
- Cetrángolo, O. y A. Goldschmit (mimeo), “Sistema de salud en Argentina: Situación actual y perspectivas”. IIEP (UBA-CONICET).
- Ministerio de Salud (2023), *Coberturas de salud en Argentina. Año 2022*, Secretaría de Equidad en Salud
- Ministerio de Salud (2025), *Gasto en Salud en Argentina. Análisis para 2017-2022*. Abril 2025.