Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102624

Número especial Reformas sanitarias en Latinoamérica y el Caribe

Sistema de salud argentino: fragmentación, inequidad persistente y desafíos políticos

Rubén Torres

Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud, Exsuperintendente de Servicios de Salud de la Nación, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 31 de octubre de 2025
Aceptado el 23 de abril de 2026
On-line el 28 de junio de 2026

Palabras clave:
Argentina
Sistemas de salud
Desigualdades en salud
Política sanitaria
Reforma del sistema de salud

RESUMEN

El sistema de salud argentino es uno de los más accesibles de la región de las Américas, pero esa accesibilidad no es equitativa en términos de calidad y tiempos, y sus resultados en cuanto a indicadores no se compadecen con sus niveles de inversión. Hay una ausencia en la definición de las políticas respecto del modelo de financiamiento y atención, pero muy especialmente en la de los valores que lo sustentan. Durante los últimos 20 años, todos los países de la región iniciaron reformas con propuestas diferentes, y aun cuando los sistemas fueran diferentes terminaron en propuestas muy homogéneas, con eje en la mancomunación de fondos, modelos de atención basados en la atención primaria de salud y redes integradas de servicios de salud con participación público-privada. Argentina, en los más de 40 años desde la recuperación de la democracia, no ha logrado un avance en ese sentido; no ha conseguido formular políticas qué decidan que rol que desempeña el Estado en la salud.

© 2026 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Argentine health system: fragmentation, persistent inequities, and political challenges

Keywords:
Argentina
Health systems
Health status disparities
Health policy
Health care reform

ABSTRACT

The Argentine health system is one of the most accessible in the region of the Americas, but this accessibility is not equitable in terms of quality and time, and its results in terms of indicators do not match its investment levels. There is an absence in the definition of policies regarding the financing and care model, but especially in the values that support it. During the last twenty years, all the countries in the region initiated reforms with different proposals, and even when the systems were different, they ended up in very homogeneous proposals, centered on the pooling of funds, care models based on primary care and integrated networks of health services, with public-private participation. Argentina, in the more than 40 years since the recovery of democracy, has not made progress in that regard; it has not been able to formulate policies that decide what role the State plays in health

© 2026 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SESPAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El sistema de salud argentino comprende tres subsectores: la seguridad social, de financiamiento contributivo (obras sociales nacionales, provinciales, de las fuerzas armadas y otras) que cubre un 38% de la población privado; el financiamiento de bolsillo (empresas de medicina prepaga) que cubre un 5% de la población, y el sistema público, financiado por impuestos, al que tienen derecho de acceso gratuito la totalidad de los ciudadanos.

Como otros sistemas de salud en las Américas, el de Argentina ha resultado poco eficaz para mejorar o mantener la salud de la población, especialmente cuando se comparan sus niveles de gasto total con sus resultados finales. El discurso de Alma-Ata, confirmado por la Carta de Ottawa, postulando la atención primaria de salud como estrategia, tuvo un aparente consenso, pero el sistema continuó predominantemente con modelos curativos y «hospitalocéntricos», y las reformas de salud de los años 1990, de corte más económico que sanitario, en su mayoría buscaron solo contener el gasto. El esfuerzo se centró en reformar el sistema de seguridad social en salud (obras sociales), liderado por la dirigencia sindical, que constituye el principal asegurador.

En este periodo se plantearon transformaciones, más o menos amplias, que introdujeron cambios en la definición del derecho a la salud, la estructura de poder sectorial, las bases financieras y la organización de los modelos de atención. Esas reformas se apoyaban en la premisa de la fuerte ineficiencia del Estado en la provisión de servicios y la búsqueda de incentivos de mercado para lograr una relación más adecuada entre la oferta y la demanda, antes que en la promoción, la prevención y el combate de las enfermedades prevalentes. En consecuencia, a pesar de que el sistema de salud argentino es formalmente uno de los más accesibles de la región de las Américas, en términos de gratuidad absoluta en el sector público y gran oferta de servicios, esa accesibilidad no es equitativa en términos de calidad y tiempos de acceso, y sus resultados, en

Correo electrónico: ipegsa3@gmail.com

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102624
0213-9111/© 2026 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

cuanto a indicadores de salud, no se compadecen con sus niveles de inversión (10% del producto interior bruto [PIB]).

El sistema de salud argentino mantiene una ausencia en la definición de las políticas respecto del modelo de financiamiento y atención, pero muy especialmente en la de los valores que lo sustentan. La casi espontánea integración de los sectores en la época de la pandemia, cuando los tres subsectores integraron sus redes de servicios logrando una oferta suficiente para la demanda con excelentes resultados, mostró con claridad la importancia de esta indispensable función de rectoría.

Un comentario sobre las reformas

Durante los últimos 20 años, todos los países de la región iniciaron, aun con propuestas diferentes, reformas desde la preocupación por extender la cobertura y garantizar unos niveles equitativos de acceso y prestación, y un mayor control sobre los costos. Aun cuando los sistemas fueran diferentes, terminaron en propuestas homogéneas, con eje en la mancomunación de fondos, modelos de atención basados en la atención primaria de salud y redes integradas de servicios de salud con participación público-privada.

Argentina, en estos 20 años (e incluso en los más de 40 años desde la recuperación de la democracia), no ha logrado un avance en ese sentido y no ha conseguido formular políticas que decidan qué rol desempeña el Estado en la salud[1]. La situación de la autoridad sanitaria nacional, así como su asignación presupuestaria (menos de medio punto del PIB), la colocan en una condición de extrema debilidad para ejercer su función de equilibrio en un sistema federal con profundas desigualdades de ingresos, que hace dificultosa la prestación de servicios de similar calidad a los ciudadanos de distintas provincias[2]. Argentina se encuentra entre los cinco países de la región que más dinero destina a salud (en porcentaje del PBI), pero llamativamente también es uno de los cinco países en los que el erario público menos invierte en ella. Además, con frecuencia las funciones de dictar normas y financiar se superponen o coexisten en forma independiente; por ejemplo, cuando el Poder Legislativo sanciona leyes que obligan a brindar determinada cobertura, introduciendo deberes para los financiadores sin contemplar las fuentes de financiación para las prestaciones que exigen. Esta situación agrava la inequidad cuando esas obligaciones solo alcanzan a los seguros sociales y los privados, pero no a los ciudadanos más pobres, que cuentan solo con la cobertura del Estado provincial, municipal o nacional[3].

Un nuevo gobierno y la muerte según el código postal

La elección de Javier Milei como presidente representó una esperanza para una sociedad desilusionada con décadas de gobiernos erráticos, pero con el mensaje de «no hay plata» se experimentó un giro en la salud pública. Se realizaron recortes al presupuesto público, se presentó al Estado como un obstáculo y a la justicia distributiva como perjudicial. La ideología libertaria, opuesta a la redistribución y la cooperación multilateral, buscaba transformar presupuestos, instituciones y el papel fundamental del gobierno en la salud. Se han producido reducciones sustanciales del presupuesto federal de salud y transferencias a las provincias, argumentando que es constitucionalmente una responsabilidad subnacional, no un mandato federal.

Las medidas que el nuevo gobierno alienta en salud apuntan casi exclusivamente a la desregulación del mercado y la mejoría del poder de elección de los ciudadanos. Esto resulta desconcertante cuando solo el 43% de la población dispone de seguros sociales o privados de salud, y serían los únicos con posibilidad de elección, que no alcanzaría al 57% de los argentinos restantes, de los cuales el 27,5% son hoy pobres[4]. La demanda de un bien como función de las preferencias de sus consumidores y del precio con que es ofrecido no es en la salud como en cualquier otro mercado. Como señalaba Kenneth Arrow, «los mecanismos habituales por los cuales los mercados aseguran cantidades y calidades de los productos no tienen grandes implicancias en el sector salud»[5].

La gobernabilidad de un sistema de salud y el logro de su sostenibilidad financiera no pasan por desregular o facilitar la libertad de elección, sino por lograr un rol inteligente (e indelegable) del Estado. El abandono de esta función se traduce en graves consecuencias: los servicios de salud resultan cada vez más caros, las enfermedades que deberían estar erradicadas atacan con más fuerza, el uso irracional de los medicamentos se constituye en una dañina epidemia, y lo más grave, la persistencia de morir de acuerdo con el código postal puede continuar siendo una mancha humillante para nuestra democracia[6].

Cuando se promueven la competencia y el consumo se fomenta la «retirada moral»[7] y no se construyen derechos ni se produce salud; solo se pone oferta a disposición de la población. Pocos indicadores dicen más de una sociedad y de su preocupación por el bienestar de sus ciudadanos que un sistema de salud equitativo y eficiente. Y la expresión más elocuente de esas diferencias es cuándo y cómo se muere: desde hace 40 años, la diferencia de mortalidad infantil entre provincias es mayor de 2,2 veces; la de mortalidad materna, 12 veces; el acceso a agua corriente, 27 veces, y a cloacas, 76 veces; y nacer en una provincia u otra varía en casi 4 años la expectativa de vida. En los países normales, la probabilidad de morir se relaciona con el código genético, pero en Argentina todavía la determina el código postal.

Parece un final de época. El sistema, en terapia intensiva hace 30 años, parece estar navegando a ninguna parte, o tal vez el plan esté yendo hacia lo esperado: provincias que se hagan cargo de la salud de sus habitantes, traspaso de las rentas más altas a los seguros privados, integración vertical, desaparición de obras sociales y deterioro de la capacidad instalada y del nivel de ingresos de los profesionales de la salud. Sin duda, se requerían reformas para abordar las persistentes inequidades e ineficiencias, pero el enfoque actual plantea interrogantes, pues los recortes presupuestarios y una reestructuración orientada al mercado podrían exacerbar los problemas subyacentes.

Cuesta abajo: el problema social y político

Nadie se ha atrevido a planificar. Y desapareció una escala de valores, se desmoronó la arquitectura de la movilidad social y se perdió la idea de que los proyectos implican tiempo, sacrificio y compromiso. Se impuso una cultura de la dádiva, el subsidio y la prebenda, que estimuló cierto hedonismo que expresa algo más profundo: falta de confianza. No hay un solo país en el mundo que haya pasado del bienestar y la solvencia productiva que disfrutamos en épocas anteriores al país decadente económicamente y socialmente que hoy somos, donde lo único que creció en 45 años es la pobreza, la desigualdad y la marginalidad.

Pasamos de 22 a 47 millones de habitantes, y casi 13 son pobres. Ninguna cifra ofrece un diagnóstico más elocuente. La pobreza bajará con la mejora de la economía solo en hogares vulnerables que con crecimiento y estabilidad tendrán herramientas para salir adelante. Sin embargo, acabar con la pobreza estructural requiere calidad en la gestión de los sistemas públicos de salud y educación, y ese es uno de los grandes desafíos en esta lucha. El gobierno nacional deberá generar crecimiento económico, estabilidad de precios y empleo, a la vez que un ejercicio real de las funciones de rectoría en salud coordinando medidas en el subsector público (nacional, provincial y municipal), la seguridad social y la medicina prepaga.

Es viable pensar una reforma integral del sistema de salud desde el punto de vista técnico y sostenible fiscalmente. El problema es

político. Y los desaciertos no hay que buscarlos solo en la inveterada impericia de la clase política, sino en los comportamientos de una sociedad cada vez más tribal y con menor implicación en la esfera pública. Hay un lugar vacante en la política argentina: el de los ciudadanos que deben hacer escuchar su voz en la escena pública. No apartarse, cuestionar, protestar, pero desentenderse incluso del propio problema de supervivencia hasta que llegue el «salvador» que nos redima. La democracia requiere cuidados, a veces intensivos, cuando los discursos de la política vacíos de contenido dejan de interpretar el sentir ciudadano y queda expuesta a los riesgos del hartazgo ante la falta de sentido común y la sensación de que la agenda del poder es ajena a los padecimientos cotidianos. Las encuestas que indagan sobre las prioridades políticas de los argentinos en las últimas décadas[8] nunca muestran la salud entre los diez primeros lugares. El silencio nos dejará en un país con un futuro mejor que nunca llega, desencantado, con una aristocracia política sin proyectos, con idas y vueltas que exhiben la desconexión con sus gobernados y esconden el fracaso de un país en el que por primera vez el futuro parece peor que el pasado.

La reforma posible

La tendencia más acentuada en la definición de las fuentes de financiación de los sistemas consiste hoy en el abandono del financiamiento mediante cotizaciones del trabajo y su reemplazo por otras fuentes más anticíclicas, pero esta discusión está ausente en Argentina[9]. Y esto sucede cuando el sistema de seguridad social (obras sociales), cobertura del mayor porcentaje de argentinos y financiado con cotizaciones sociales, se encuentra amenazado por la notable caída de los salarios y por una marcada posición, exclusivamente ideológica, contra la dirigencia sindical que lidera estos seguros. La dirigencia política no ajusta su discurso para la población argentina, indiferente no tanto a lo que le pasa como a las «soluciones» que le ofrecen. No se desentiende de la política, pero no puede interesarse por algo sin principios y que no se entiende.

Algunas veces los argentinos nos propusimos reformar nuestro sistema de salud. Hemos tenido experiencias que pudieron ser exitosas, y también de las otras. Entre las primeras estuvo la intención de Ramon Carrillo (nuestro primer ministro de salud), en la década de 1940, de integrar beneficiarios de obras sociales y sus recursos dentro de un único sistema público. En el mismo sentido, la formulación del Sistema Nacional Integrado de Salud, efectivizada 20 años después, buscó colocar al sector estatal como eje articulador, asegurando al conjunto de la población el acceso igualitario. El conflicto de intereses que se planteaba en esa etapa política lo debilitó en su esencia al no lograr la integración de las obras sociales sindicales y sus recursos. Finalmente, otra reforma integradora fallida fue la impulsada durante el gobierno de Raúl Alfonsín, tras el regreso a la democracia, por su ministro Aldo Neri con el proyecto del Seguro Nacional de Salud, pero una fuerte oposición del sindicalismo condujo nuevamente a su fracaso.

Desde entonces, el debate político acerca del destino de nuestro sistema de salud desapareció de la agenda. No significa que no hayan existido propuestas de reforma, sino que estas tuvieron escaso o ningún debate. Las pocas discusiones fueron guiadas por documentos de organismos internacionales o directamente eran meros parches dirigidos a evitar confrontar las causas reales del conflicto. Muchas se plasmaron a través de Decretos presidenciales, como en la década de 1990 cuando se permitió a los hospitales públicos recuperar gastos cobrando a la seguridad social por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios y se autorizó la libre opción de cambio de obra social (en línea con la intención del actual gobierno). ¿Qué problemas concretos resolvieron estas medidas? La financiación pública no mejoró con la autogestión, en tanto que la «desregulación» (u opción de cambio) perjudicó a la seguridad social, que sufrió un fuerte «descreme» de sus beneficiarios de mayores ingresos por la indirecta migración a empresas de medicina prepaga, que probablemente fueron las únicas ganadoras con el nuevo esquema.

En general, nuestras «reformas» no consiguieron construir una autoridad sanitaria fuerte como para conducir al sistema y construir políticas de Estado en salud. La debilidad del Ministerio nacional resultó tal que, a principios de la década de 2000, se llegó a debatir la posibilidad de eliminarlo, lo cual estuvo otra vez en discusión al inicio de este nuevo gobierno.

A pesar de la accesibilidad, principal fortaleza del sistema, existen claras evidencias respecto a que tenemos problemas sistémicos (tabla 1).

Estos datos reflejan inequidades en resultados e ineficacias en los procesos de gestión de políticas y servicios, pero fundamentalmente dan testimonio del nivel de preocupación —o quizás de cierta falta de ella— de la sociedad en su conjunto en lo que hace al bienestar de sus ciudadanos. El sistema de salud argentino padece una crisis de legitimación (incapacidad para satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de los ciudadanos), de racionalidad (ausencia de una función de producción de salud eficiente) y de ética (no existe expresión más elocuente de las diferencias sociales que cuándo, dónde y cómo se muere). A 40 años de la recuperación de la democracia, no se han podido generar avances en ese sentido.

Todo sistema de salud articula un componente político (relacionado con su modelo de gestión), uno económico (su modelo de financiación) y uno técnico (su modelo de atención). Dos de los mayores desafíos que enfrenta el sistema son la inclusión y la equidad. Para el primero, es necesario extender la cobertura efectiva y garantizar una calidad homogénea en los bienes y servicios provistos. Para el segundo, se debe resolver el dilema entre la equidad y la incorporación de tecnología innovadora respecto de la asignación de recursos. Hay una tensión latente entre ambas. Si la prioridad es avanzar hacia el logro de las condiciones de acceso, financiamiento y resultados de salud similares para todos los grupos sociales, los recursos no resultan suficientes para incorporar las nuevas tecnologías. Y si lo que se busca es la excelencia de la respuesta médica, reduciendo las brechas de acceso entre pobres y ricos, es muy difícil lograr que esté disponible para toda la población. El desafío de la equidad implica no solo dar respuestas a los problemas de salud de todos los ciudadanos, sino también que estos tengan oportunidades equivalentes en calidad y efectividad.

El interrogante de gobiernos y tomadores de decisión, financiadores y prestadores, industria farmacéutica y tecnológica, academia y sociedad en su conjunto, es cómo lograr un adecuado balance y equilibrio entre las nuevas tecnologías que salvan vidas, mejoran la sobrevida o aumentan la calidad de vida a costos cada vez mayores, y la búsqueda de eficiencia, equidad y sustentabilidad de los sistemas de salud.

El modelo de gestión define prioridades del sistema y funciones del Estado en salud: qué servicios debe proveer directamente, cuáles y cómo debe comprar al sector privado, cómo regular a las empresas de salud, las decisiones que debe tomar la conducción y, la cuestión central, cuáles son los valores que guían al sistema. El modelo de financiación implica cuestiones como cuánto se debe gastar en salud y de dónde deben provenir los recursos. ¿Cómo asignar los recursos y de qué modo transferirlos desde los niveles centrales a los locales? ¿Qué modelos de pago emplear para comprar servicios? El modelo de atención establece la organización y la división del trabajo médico. ¿Qué cubrir? ¿Qué acciones, prestaciones o servicios se deben brindar? ¿A quién? ¿Cómo y dónde prestar? Ahí resulta clave pasar del racionamiento implícito de servicios de un conjunto de prestaciones garantizadas (Programa Medico Obligatorio, que ahora solo es exigible a los seguros sociales y la

Tabla 1
Algunas desigualdades en el sistema sanitario argentino

• Aunque la mortalidad infantil ha evolucionado a la baja (la tasa nacional fue de 32,41 por 1000 en 1980 frente a 8,5 por 1000 en 2024), las diferencias entre las provincias con los mejores y los peores resultados no han logrado reducirse (en 1980 y en 2024 la variación es de 2,8 veces, con tasas de 4,9 por mil en la CABA frente a 14 en Corrientes)[10].
• La tasa de mortalidad materna es de 14,4 por 10.000 nacidos vivos en Formosa, frente a 2,3 en CABA[10].
• Hay diferencias regionales de 8 veces en la mortalidad por cáncer de cuello uterino y de 3 veces por cáncer colorrectal[11].
• En cáncer de mama, las mujeres que asisten al sector público llegan a la primera consulta en estadio IV en un porcentaje que duplica a aquellas que se asisten en el sector de la seguridad social o privado, debido a las variaciones en los tiempos de diagnóstico y tratamiento[12].
• El 5% de las embarazadas no reciben ningún control prenatal. La diferencia oscila entre el 3% en la región centro del país y el 6,8% en el Conurbano bonaerense, y entre el 0,1% en Tierra del Fuego y el 8% en Misiones. A la vez, el 32% realizaban uno, y la diferencia va desde el 21,6% en la Patagonia hasta el 36,9% en el Noreste. La diferencia entre el subsector público y la seguridad social oscila entre el 0,4% y el 5,1%[11].
• Entre 2010 y 2014, la tasa promedio de citologías cervicales (Papanicolau) realizadas fue del 29,9%, con una brecha que va del 43,7% en CABA al 16,2% en el Noreste[11].
• La mortalidad general muestra diferencias importantes por provincia. La tasa de mortalidad ajustada por edad es de 5,3 por 1000 habitantes para CABA (6,7 para los hombres y 4,3 para las mujeres), mientras que en Chaco alcanza 7,6 (9,8 para los hombres y 5,8 para las mujeres)[10].
• El gasto total en salud está ubicado entre los más altos de América Latina, pero los resultados obtenidos no lo reflejan. Según la CEPAL, Argentina destina a salud un porcentaje del PIB mayor que Uruguay, Chile y Costa Rica, pero estos tres países obtienen mejores resultados de salud medidos por indicadores como la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil[13].
• El gasto público en salud per cápita varía mucho entre provincias. Neuquén gasta 6,2 veces más que Buenos Aires, donde reside el 40% de la población sin cobertura de seguros de salud.
• Los médicos están altamente concentrados. Mientras que en CABA hay 1,66 por cada 1000 habitantes, Misiones y Chaco tienen solo 0,18 y 0,19 por 1000 habitantes, respectivamente.

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; PIB: producto interior bruto.

medicina prepaga, y no al sector público) a otro real y explícito que alcance a todos los sectores.

El primer paso de cualquier reforma es fijar prioridades claras, seleccionar un conjunto limitado de metas relevantes que deben alcanzarse y asumir modelos de cuidados integrales. Mas allá de la convicción de la universalidad del derecho a la salud como valor y también como instrumento para la construcción de ciudadanía, hay evidencia suficiente acerca de sus ventajas operativas y económicas. Los modelos universales resultan más eficaces en la conquista de resultados de salud y detentan también una distribución más uniforme entre los diferentes grupos sociales. Es necesario construir protecciones efectivas para toda la ciudadanía a través de modelos de financiamiento, gestión y atención basados en redes de servicios que logren garantizar unos cuidados homogéneos en términos de acceso y calidad.

Reformar es enfrentar muchos desafíos que no solo implican reconocer los problemas, sino también generar las propuestas, sus alternativas e interacciones políticas, teniendo en cuenta el conocimiento sobre los actores y su posicionamiento, influencia y poder.

Avanzar hacia el logro de una cobertura efectiva significa que todas las personas realmente reciban los servicios de salud que necesitan, oportunamente y con calidad, sin sufrir penurias financieras para su acceso, y que ello se traduzca en mejoras de resultados en condiciones prioritarias. En este sentido, se necesita una gestión de lo público eficaz, que acabe con la improvisación y el cortoplacismo. La reforma requiere intervenciones focalizadas para fortalecer subsidios cruzados y mancomunación de riesgos, y redistribución de fondos de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de jóvenes a mayores. Es prematuro realizar una evaluación integral de las políticas actuales y solo en los próximos años se podrán mensurar los cambios, en acceso y resultados, y la sostenibilidad del enfoque libertario de la rectoría sanitaria. Pero hay un profundo cambio ideológico que privilegia la austeridad, reduce las responsabilidades federales en salud y se aleja de la redistribución y la tradicional solidaridad de nuestro sistema, y la presentación de estas medidas como una defensa de la libertad frente a la intervención estatal conmueve los principios de la salud pública.

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Contribuciones de autoría

R. Torres es el único autor.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Torres R. Política sanitaria en el país de los argentinos — Reflexiones para el día después. Buenos Aires: ISALUD; 2015.
2. Ayala-Beas SR, Rodríguez Minaya YE. Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e136.
3. Torres R, Jorgensen N, Robba M. Mitos y realidades de las obras sociales. Buenos Aires: ISALUD; 2020.
4. Rebossio A. La motosierra de Lugones en salud: desde privatización de hospitales hasta menos maestros integradores. ElDiarioAR. 24 de noviembre de 2024.
5. Restrepo J, Rojas K. La génesis de la economía de la salud en Kenneth Arrow. Lecturas de Economía. 2016;84:209–42.
6. Torres Parson R, Díaz C. ¿La salud depende del código postal? Clarin. 2019.
7. Moore C. Moral disengagement in processes of organizational corruption. J Bus Ethics. 2008;80:129–39.
8. Laboratorio de Observación de la Opinión Pública, Universidad de San Andrés. Encuesta de Satisfacción Política y Opinión Pública (ESPOP). Disponible en: https://udesa.edu.ar/departamento-de-ciencias-sociales/espop.
9. Glanc M, Del Prete S. Cambio de rumbo. Lineamientos para el debate acerca de una reforma sectorial en salud. Buenos Aires: Famsa; 2022.
10. Ministerio de Salud. Estadísticas vitales 1980 y 2025.
11. Rubinstein A. Las diferencias interprovinciales. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). 2025.
12. Torres R, Jorgensen N, Macadam P, et al. Situación actual del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Argentina. Buenos Aires: ISALUD; 2019. Disponible en: https://ftp.isalud.edu.ar/news/links/Situacion-diagnostico-tratamiento-cancer-mama.pdf.
13. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama social de América Latina y el Caribe, 2024 (LC/PUB 2024/21-P/Rev.1). Santiago: CEPAL. 2024. Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/80858-panorama-social-america-latina-caribe-2024-desafios-la-proteccion-social.