

Período	Medidas	Leyes	Concepto de salud
Antes de 1945 Modelo pluralista no planificado	Servicios de diferentes jurisdicciones y naturaleza jurídica, que operan de manera superpuesta y poco organizada sin intervención del Estado como organismo regulador y planificador de los mismos. Estado: higiene pública, control de epidemias, sanidad en las fronteras. Departamento Nacional de Higiene dependiente del Ministerio del Interior y la Comisión asesora de Relaciones Exteriores y Culto Sociedades de beneficencia Mutuales de comunidades extranjeras, luego de 1920, mutuales que convocaban desde el compartir la misma actividad u oficio. No prevalece en el concepto de Estado como planificador de los servicios de salud y su función de administrador era muy limitada. La mayoría de los establecimientos públicos son administrados por entidades de beneficencia.		Salud: fenómeno de responsabilidad individual o asistida x la caridad pública.
1945 – 55 <i>Planificación estatal centralizada</i>	Tanto a nivel local como a nivel mundial se observa una creciente injerencia estatal en la planificación y administración de servicios de salud. Se constituye la OMS. Se impone el concepto de salud pública. Se comienza a hablar de derechos a la salud. Prevalece la idea del Estado prestador y planificador hegemónico de la totalidad de los servicios de salud. Todos los establecimientos públicos son nacionalizados corriendo a la beneficencia de su patrocinio Entidades mutuales de trabajadores por rama de producción. Obras Sociales, no solo dan servicios de salud, sino que desarrollan otras prestaciones de orden social, turismo, deportes, viviendas, etc.		
1955 – 70 <i>Formación del modelo pluralista de planificación descentralizada.</i>	Derrocamiento de Perón '55 Descentralización según la influencia de la tendencia ideológica de los organismos sanitarios internacionales: Delegación de competencias desde el Estado nacional hacia los estados provinciales. Transferencia de hospitales públicos de la esfera nacional a la provincial sin el correspondiente soporte técnico ni financiero. 1958-1962 Foco en la formación de recursos humanos 1963-1966 Foco en la regulación del mercado de medicamentos 1966-1969 Gobierno <i>de facto</i> . Continúa la descentralización. Foco en programas de salud rural. Crecimiento de prestadores no estatales de orden privado. Agrupados en 4 rubros ppales. : médicos, clínicas y sanatorios, odontólogos, bioquímicos / farmacéuticos; por medio de entidades de tipo gremial o entidades colegiadas. Comienzan a gestarse entidades de medicina prepaga. Expansión del sistema de obras sociales que pasa de ser optativo a ser obligatorio.	1968 - Ley 340 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA De los dementes e inhabilitados	

1970 – 77 <i>Institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada.</i>	Gobierno de facto de Onganía: Consolidación del sector privado Resurge la descentralización y transferencia de htalles. públicos a las pcias. y municipios Universalización del sistema financiador de att. Médica: se incorpora a todos los trabajadores en relación de dependencia (ley 18.610, Instituto Nacional de Obras Sociales) y jubilados y pensionados (ley 19.032)de manera compulsiva. La seguridad social se expande hasta los que tienen capacidad contributiva. Se favorece la incorporación de tecnología en desmedro de las prestaciones básicas. Se afianza el papel de las organizaciones intermedias de prestadores, que intermedian en el circuito de facturación y pago de prestaciones. FEMEBA, IOMA. El rápido desarrollo del sector prestador privado y la creciente debilidad normatizadora y fiscalizadora del sector público, junto con su gradual desdibujamiento como oferente de servicios, constituyen los rasgos sobresalientes de esta etapa en la que se desarrollan tanto la forma como los patrones de comportamiento de los mercados de salud que conocemos actualmente.		
---	---	--	--

1977 – 90 Crisis y agotamiento del modelo pluralista de planificación descentralizada. Búsqueda de nuevos modelos de organización y funcionamiento sectorial.	Se pone en vigencia un nuevo Nomenclador, transformándose en articulador y orientador del sistema, por la falta de capacidad del estado para ello. Al amparo del nomenclador se desvaloriza en términos relativos el trabajo intelectual-léase enfoque clínico- y se privilegia la tecnología de diagnóstico y tratamiento. Entre 1977 y 1981 se incrementa la importación de tecnología electrónica y se deteriora la remuneración del trabajo médico manual. Entre 1970 y 1980 se incrementa en más del 50% la capacidad privada en términos de cama. Los hospitales mutuales logran adecuarse rápidamente a las nuevas reglas del juego, lo que los convierte en competidores importantes dentro de la oferta privada de servicios. En cambio los hospitales públicos pierden el monopolio de los recursos de alta complejidad, se desfinancian en forma paulatina por el achicamiento de los presupuestos estatales de salud y observan con pasividad el desarrollo de actividades de docencia, investigación y residencias en el ámbito privado, perdiendo también recursos humanos calificados. En las obras sociales se difunde la nueva modalidad de convenios por capitación. Crisis en las organizaciones intermedias debido a la superposición de funciones contradictorias como por ej.: representación laboral y consignataria de servicios, reclamo de pagos a los prestatarios y demora administrativa y financiera en la liquidación a los proveedores, proveedora mayorista y evaluadora de calidad, etc. En las grandes ciudades aumenta la prestación de medicina prepaga, pero luego del '80 dificultades en el modelo financiero. Como consecuencia “cada consumidor sólo alcanzará a recibir aquello que esta en condiciones de pagar” Largos años de desatención, pérdida de recursos humanos, falta de equipos e insumos, la ausencia de programación global, explican las grandes dificultades de la esfera pública para enfrentar el aumento de la demanda de nuevos sectores carenciados, debido a la caída de la cobertura del sist de obras sociales. Comienzan a circular propuestas globales de reestructuración, ideas de desregulación y privatización de los servicios públicos.	1983 Ley 22914 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) PODER LEGISLATIVO NACIONAL (PLN) Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos 1985 Ley 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología	
--	--	--	--

1990 – 2000 <i>Reforma de segunda generación.</i>	Aún ante la evidencia de la escasez de recursos destinados a los de servicios de salud pública, las iniciativas para reformar el sector fueron escasas y focalizadas. Las principales medidas implicaron propuestas de corte administrativo-financiero. La medida mas relevante que se tomo en el subsector público, fue un decreto de 1993 que proponía transformar los hospitales en unidades auto gestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. En el marco de la reforma de la década de los años '90 existieron dos estrategias de descentralización impulsadas desde el estado nacional dentro del subsector público: medidas que retoman estrategias de periodos anteriores: la transferencias de establecimientos nacionales a jurisdicciones provinciales y municipales y la promoción de la figura de hospitales públicos de autogestión. En general, las transferencias en el subsector público de la salud se han realizado a partir de decisiones unilaterales del gobierno central, sin acuerdo con las provincias y municipios y con escasa comprensión a nivel local de las consecuencias y requerimiento de la nueva situación. La descentralización y redefinición del sistema público muestra un mayor acento en sus aspectos de ajuste que de reforma.	1999 Ley 153 Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2000 Ley 448 Ley de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires	
---	--	---	--

2001 en adelante		2010 Ley 26.657 Ley Nacional de Salud Mental 2010 Decreto 1855/2010 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) SALUD PUBLICA Decreto 1855/2010 Promúlgase la Ley Nº 26.657. Bs. As., 2/12/2010 POR TANTO: Téngase por Ley de la Nación Nº 26.657 cúmplase, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. 2011 MINISTERIO DE SALUD Resolución Conjunta 1075/2011 MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS Créase el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).	
------------------	--	---	--