

72°

68°

64°

60°

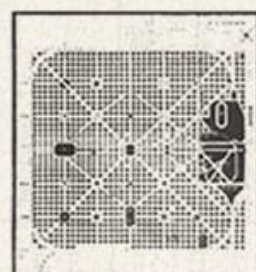
56°

52°



SEPTIEMBRE
12

LA PLATA



CONGRESO FEDERAL DE SALUD

*HACIA UN PROGRAMA SANITARIO
PARA LA ARGENTINA DEL SIGLO XXI*

72°

78°

68°

64°

60°

56°

52°

PRESENTACIÓN y ESPÍRITU GENERAL DEL CONGRESO

El Congreso Federal de Salud se propone como un espacio de encuentro, debate y construcción colectiva para la defensa del derecho a la salud y la discusión programática del ámbito sanitario argentino. Convoca a trabajadoras y trabajadores, estudiantes, investigadores/as, gestores, organizaciones de pacientes, financiadores del sistema, sectores industriales, dueños de clínicas y sanatorios, sindicatos, promotoras comunitarias y personas interesadas de todo el país. Persigue el propósito de compartir experiencias y recuperar la iniciativa política en el ámbito de la asistencia, la gestión y la formación en el campo de la salud.

Entendemos que la salud ocupa el centro de cualquier debate serio sobre el modelo de desarrollo de nuestro país. No es posible pensar en una Argentina justa y próspera sin garantizar el acceso igualitario a la salud de toda la población.

Nos inspira la tradición sanitaria argentina inaugurada por el Doctor Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud de la historia del país, quien concibió la salud pública como una función indelegable del Estado y en coordinación con las obras sociales y el sector privado, y la puso al servicio del pueblo trabajador. Recuperar esa tradición a la luz de los problemas actuales es uno de los motores de este encuentro.

El sistema de salud argentino enfrenta una doble crisis: por un lado, los problemas estructurales históricos de fragmentación e inequidad en su financiamiento; por el otro, el desmantelamiento activo de las políticas sanitarias nacionales que venimos sufriendo en los últimos años. Ante este escenario, el Congreso Federal de Salud se propone como un espacio de resistencia transversal y de propuesta programática.

Cronograma-Sábado 12 de Septiembre de 2026

- 9:00 hs-Apertura del Congreso y acreditaciones.
- 9:30-11:00- Relatos de experiencia en formato *poster*: presentación de producciones académicas, experiencias de gestión, investigación, extensión, organización sindical y trabajo comunitario.
- 11-12:30 hs- Primer bloque: mesas de discusión por ejes de trabajo programático "*Hacia un Plan Analítico de Salud del Siglo XXI*"
- 13:00-Panel de apertura, presentación del documento del Congreso.
- 15:00-17:00 hs-Segundo bloque: mesas de discusión por ejes de trabajo programático "*Hacia un Plan Analítico de Salud del Siglo XXI*"
- 17:00 Panel de cierre, entrega de premios y conclusiones preliminares del Congreso.

CÓMO PARTICIPAR, ADHERIR Y ENTERARTE MÁS

Podés enterarte más enviando un mail a congresofederalsalud@gmail.com, en las redes sociales del congreso @congresofederalsalud y al mismo tiempo realizar una preinscripción al Congreso en el siguiente LINK: <https://forms.gle/nUUdUmEeVthYQWHu9> o escaneando el Qr



Resumen general de las líneas de trabajo

El Congreso pretende constituirse como un espacio con carácter proyectivo: la construcción del plan analítico de salud para la Argentina del Siglo XXI. Para ello, construimos una propuesta de ejes de trabajo que consideramos estratégica para el desarrollo sanitario de nuestra Patria.

FORTALECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

- Salud mental
- Salud bucal
- Derecho a la alimentación saludable
- El sistema de salud desde la mirada de los pacientes
- Salud sexual reproductiva y no reproductiva
- Discapacidad y acceso a la salud

INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE LAS OBRAS SOCIALES SINDICALES Y ORIENTACIÓN DEL SECTOR PRIVADO

- Nueva seguridad social argentina

- Financiamiento del sistema de salud

VISIÓN FEDERAL: PROVINCIAS Y MUNICIPIOS

- Organización de los trabajadores de la Salud. Hacia una ley de carrera sanitaria Nacional con paritaria federal
- Enfermería
- Gestión hospitalaria con enfoque federal: innovación, articulación y equidad

JERARQUÍA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, LOS DISPOSITIVOS COMUNITARIOS Y EL PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD

- Jerarquía del primer nivel
- Niñez y nuevos problemas de salud
- Salud socioambiental y enfermedades infecciosas
- Economía popular organizada y salud
- Brigadas, voluntariado y pastoral de la salud: participación solidaria
- Salud en contextos de encierro
- Cuidados paliativos

COMPLEJO SANITARIO-INDUSTRIAL NACIONAL Y SU VÍNCULO CON SISTEMA CIENTÍFICO TECNOLÓGICO

- Medicamentos
- Digitalización del sistema de salud y nuevas tecnologías
- Formación de grado y residencias: fuerza laboral

DOCUMENTO: “Derecho a la salud para el desarrollo humano integral”

Desde nuestro punto de vista, “la salud” está en el corazón de la discusión sobre el modelo de desarrollo y sobre la proyección política de nuestro país. Resulta inviable pensar en un pueblo feliz y capaz de alcanzar la grandeza de la nación sin pensar en cómo prevenir, cuidar y sostener su salud. Al mismo tiempo, nuestro país presenta una importante tradición sanitaria y grandes logros y realizaciones al respecto; un extenso y complicado sistema de financiadores y efectores de la salud; y algunos graves problemas estructurales que explican su desorden actual.

El planteo de este documento se basa en una premisa: resulta correcto y es una obligación del Estado arbitrar los medios para prevenir y promover la salud cuando se puede, y para atender, acompañar y tratar de curar la enfermedad una vez que se instala. Si la persona o la comunidad puede afrontar los gastos de esta premisa mejor, y sino debe ser el estado quien la garantice.

Primero, porque es más beneficioso en términos económicos: es sumamente más barato prevenir de forma oportuna que curar de forma tardía¹. Segundo, porque es más beneficioso en términos productivos y de desarrollo: un pueblo sano produce más, trabaja mejor, genera más riqueza y está mejor preparado para enfrentar sus problemas históricos. Tercero, porque así lo determina el humanismo cristiano de nuestra tradición sanitaria argentina².

Para acceder al derecho a la salud hace falta la presencia del Estado y su articulación con obras sociales y con el sector privado para asegurar que nadie quede excluido de las prácticas, medicamentos y tecnologías necesarias. Al mismo tiempo, no es solo una decisión nacional: el derecho a la salud se encuentra consagrado en el Sistema Internacional de Protección de Derechos Humanos³.

En este documento abordaremos en un primer momento un repaso histórico y muy general sobre las deudas estructurales de nuestro sistema de salud. Luego, presentaremos cuáles son a nuestro juicio los principales ataques del gobierno libertario que además de empeorar los

¹ <https://es.scribd.com/document/412504480/Teoria-del-hospital>. Carrillo, Teoría del Hospital.

² <https://elaluvion.com/2026/03/07/ramon-carrillo-y-la-tradicion-sanitaria-nacional/>

³ <https://soberaniasanitaria.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/Sistema-Nacional-Integrado-de-Salud-Argentino.pdf>

problemas, destruyen las cosas buenas que sostenemos. Por último, presentaremos cinco trazos gruesos de acción que creemos pueden servir a la discusión sobre cómo recuperar una política sanitaria nacional para el pueblo argentino.

Nuestro sistema de salud

Los sistemas de salud alrededor del mundo pueden clasificarse según su fuente de financiamiento, su filosofía y por el tipo de cobertura que brindan. A partir de estos elementos característicos se pueden establecer, en más o en menos y de forma esquemática, tres tipos de sistemas de salud.

En los modelos universalistas, el financiamiento mayoritario o exclusivo lo garantiza el Estado. Presentan una filosofía solidaria y el acceso es para todos por igual. Los modelos de la seguridad social presentan un financiamiento solidario compartido entre empleadores y empleados, y el acceso es para el empleado y sus familiares a cargo. Por último, en los sistemas privados el financiamiento depende de los usuarios/pacientes/clientes que pueden pagar por la atención y su filosofía es la del lucro. Al mismo tiempo, existen presentaciones particulares de estos modelos en cada país, que combinan elementos de distintos modelos en sistemas mixtos.

El sistema de salud en Argentina opera bajo un esquema fragmentado y desordenado donde conviven y se superponen esquemas de financiamiento y efectores provenientes del ámbito público, la seguridad social y el sector privado. Se trata de una estructura desarticulada superpuesta, no coordinada y a veces contradictoria donde el Estado ha ido relegando cada vez más terreno en su rol de árbitro regulador. Esta situación hace que no existan reglas claras, permitiendo que el mercado imponga condiciones y haciendo que el acceso a la salud sea cada vez más caro e inequitativo⁴.

El **subsector público**, con financiamiento de los niveles nacional, provincial y municipal, se fundamenta en la universalidad de la atención para todos los habitantes del país. Su estructura es la única en donde el sistema se organiza mediante niveles de atención, un diseño orientado a garantizar cuidados progresivos según la complejidad médica requerida. Al menos el 39% de la población accede al sistema de salud por este subsistema (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2022). Los procesos de descentralización de

⁴ <https://revistas.unlp.edu.ar/CTyP/article/view/14483/13861>.

responsabilidades a las provincias y municipios realizados durante la última dictadura -profundizados en los noventa y consolidados en la última reforma constitucional- debilitaron la posibilidad de revertir inequidades y el sistema se volvió cada vez más fragmentado.

El resultado fue sistemas locales y provinciales con más responsabilidades sanitarias pero desfinanciados y con serias dificultades para garantizar el acceso a la atención en salud de su población a cargo. Al mismo tiempo han dejado al Ministerio nacional prácticamente sin efectores propios y con poca capacidad de integrar los distintos niveles de atención.

El **subsector de seguridad social** brinda cobertura a aproximadamente al 50% de la población del país. Su financiamiento es compartido entre trabajadores y empleadores, que en general pagan por servicios del subsistema privado para acceder a la salud por no contar con efectores propios ni establecer coordinaciones con el subsector estatal⁵.

La génesis original de las obras sociales sindicales es que quienes más ganan colaboran con el acceso a la salud de quienes menos ganan, los sanos aportan por los enfermos y los jóvenes por los adultos. Con el tiempo este subsector fue desregulado por intereses políticos y económicos, perdió solidaridad interna y no actúa como una entidad unificada, sino que lo que prima es su fragmentación interna.

Las casi 300 obras sociales nacionales de los sindicatos presentan una muy disímil organización interna y capacidad de respuesta. Padecen una crisis multifactorial y en algunos casos terminal. Nuestra posición es que es necesaria y siempre bien recibida la participación política de las organizaciones sindicales en los destinos de su vida y por ende de la gestión de sus propios servicios de salud. Al mismo tiempo, necesitamos discutir sin prejuicios qué cosas se han hecho bien en ese sentido, y qué iniciativas de las obras sociales allanaron el camino de la desregulación y el descreme. Con eso nos referimos a la falta de perspectiva promo preventiva de las mismas, a la falta de unidad de criterio para la compra centralizada, a la utilización de los fondos de las obras sociales para fines no sanitarios y al problema cultural de querer parecerse a una prepaga en vez de fortalecer la dinámica previsional histórica que en muchos casos inauguró el general Perón.

⁵<https://prometeoeditorial.com/productos/por-que-salud-conversaciones-e-ideas-sobre-motivos-enfoques-y-propositos-del-trabajo-en-salud-manuel-fonseca>.

En lo concerniente al PAMI (la obra social más grande de nuestro continente, con más de cinco millones de afiliadas/os) y a las obras sociales provinciales (de las y los trabajadores estatales de cada provincia), su capacidad de respuesta se ve deteriorada en gobiernos de signo político liberal por el desfinanciamiento a las que son sometidas. Al mismo tiempo, se encuentran desordenadas entre sí, presentan pocos y deficitarios mecanismos de control interno y muchas veces sus fondos son utilizados de forma incorrecta para fines no sanitarios, corrupción que no les es propia pero que atraviesa a todo el sistema.

El **subsector privado** está conformado por clínicas, sanatorios, hospitales, centros diagnósticos, empresas de producción y/o comercialización de insumos médicos y medicamentos, etc. En lo concerniente a su financiación, el actor fundamental del subsector son las empresas de medicina prepaga, que brindan cobertura a algo más de seis millones de argentinos (menos del 15% de la población del país). Cinco de ellas concentran el 70% de los afiliados⁶.

El sistema de prepagas está regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación. En la actualidad logra imponer precios y valores a sus afiliados siempre por encima de los niveles de inflación. La lógica de la prepaga es distinta a la de la obra social: el aporte es voluntario y no compulsivo y se paga por lo que se desea acceder en función de la capacidad de pago individual o del grupo familiar. Así, se recibe atención en función de lo que se paga, y no en función de lo que se necesita. Este subsistema no se inscribe en la lógica solidaria de los dos anteriores y busca, como cualquier otro negocio, su mejor tasa de ganancia.

A lo largo de la historia los actores más fuertes de este subsector han operado políticamente para definir los términos y las condiciones en las que el Estado les permite funcionar y desarrollarse. Además, acuden al estado para recibir exenciones impositivas y ayuda económica pero reniegan del mismo cuando pretende ordenar un poco el sector. Su forma de avanzar no es tener más afiliados, ya que siempre absorben un porcentaje similar de argentinos bajo su cobertura, con irrelevancia del proceso político y económico del país. Su forma de avanzar es siempre victimizarse, operar en las legislaciones a su favor y refinar sus mecanismos de filtro para el ingreso al subsector, de tal forma de obtener siempre a los aportantes más pudientes y sanos.

⁶ https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1777762007_185-211.pdf

Al mismo tiempo, muchas veces la filosofía de los actores de este subsector permea a los otros dos (sobre todo en lo concerniente a la búsqueda del tratamiento de enfermedades que es más redituable en términos económicos que la búsqueda de la preservación de la salud. Esto se expresa por ejemplo en cómo se construyen los nomencladores y los acuerdos de precios por prestación, que siempre privilegian la intervención y nunca la promoción de la salud).

Nuevos asuntos, nuevos problemas y nuevos actores del campo de la salud

La cuarta revolución industrial y la revolución de las pantallas, la IA y los dispositivos móviles; la financiarización de la economía; la reducción masiva de puestos de trabajo en todo el mundo; y años de políticas neoliberales en nuestro país -al menos desde la última dictadura para acá- consolidaron nuevas formas de producir y de vivir. Esto impacta de muchas formas en el financiamiento y la organización del sistema de salud. Elegimos jerarquizar dos que presentamos a continuación.

En primer lugar, un núcleo duro de la sociedad trabaja, pero no tiene derechos laborales. Esta porción abarcó a un 25-30% de los argentinos en el mejor momento del kirchnerismo, y abarca a más del 40% en la actualidad con el gobierno de Milei. Son millones de personas que viven en barrios populares y cartonean, hacen ropa, trabajan en la construcción, etc. Son personas que al no trabajar de manera formal, no realizan aportes ni previsionales ni a las obras sociales de forma directa, en un sistema que todavía sigue pensando formas de organización como si en Argentina hubiera pleno empleo.

Las formas de presentación de las enfermedades que todos conocemos son agravadas por la exclusión. No es lo mismo tener diabetes, o hipertensión, ni cualquier enfermedad con derechos laborales que en la exclusión laboral y social. Además de las enfermedades por todos conocidas, se presentan otras situaciones que no son propias de la pobreza, pero que sí tienen una presentación especial en medio de ella. Son los problemas de consumo de drogas, la violencia, los problemas para llenar calendarios de vacunación, la contaminación por basurales a cielo abierto, etc.

Como el primer nivel de atención está muy debilitado en todo el país producto de la descentralización de funciones sin asignación presupuestaria, el Estado no llega a tiempo con

estos problemas. La comunidad organizada ha ido buscando diferentes formas y estrategias para intentar resolverlos. Desde los clubes de barrio, las Iglesias, las organizaciones de la economía popular, ha surgido un nuevo sujeto social expresado en nuevas disciplinas sanitarias, como son las Promotoras y Gestoras de la Salud Comunitaria y las personas recuperadas que ofician de operadores comunitarios de problemas de consumo. No existe una política nacional que entienda el trabajo que realizan, lo reconozca y lo potencie.

Estas experiencias -muchas de ellas más exitosas que el propio sistema de salud para resolver estos temas- no están todavía integradas con los efectores del subsector público de salud, trabajan en paralelo y es más, muchas veces se constituyen en contraposición de un sistema que no los entiende y los expulsa. Al mismo tiempo, salvo excepciones⁷, no se enseñan en las universidades, ni son contempladas por las obras sociales como una opción terapéutica válida.

En segundo lugar, el acelerado proceso de irrupción en la vida cotidiana de las pantallas, los celulares y la Inteligencia Artificial repercute intensamente en las formas de relacionarnos, de consultar a un profesional, de enfermar y trabajar, etc. Problemas de neurodesarrollo en niños por exposición temprana a pantallas; aislamiento, ansiedad y depresión en adultos por ruptura de lazos comunitarios; consulta masiva a dispositivos de IA por temas de salud; etc.

Esto presenta una nueva realidad en lo concerniente al flujo de información y de datos sanitarios y al progreso de las nuevas tecnologías como la manipulación genética tipo CRISPR y el desarrollo de terapias biológicas. La última encíclica papal las denomina las “nuevas tierras raras”⁸ del desarrollo y nuestro país no tiene ni dispositivos legales o regulatorios ni sanitarios capaces de interpretarlas y darle un marco normativo y asistencial.

El sistema de salud en el gobierno libertario

Argentina asiste a un proceso de desmantelamiento sanitario y a una desregulación del sector salud sin precedentes. Bajo la premisa del libre mercado el gobierno libertario ha decidido retirar al Estado de su rol de garante de la vida y ponerlo al servicio de la concentración oligopólica del sector. El sistema, ya de por sí fragmentado y asimétrico, se enfrenta ahora a un ataque sistemático⁹. Ante el vaciamiento de programas nacionales estratégicos, el

⁷ <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/2517>.

⁸ <https://www.vatican.va/content/leo-xiv/es/encyclicals/documents/20260515-magnifica-humanitas.html>

⁹ <https://files.fundaciondhi.com.ar/FDHI---Informe-Salud---Actualizaci%C3%B3n-septiembre.pdf>

estrangulamiento de las provincias y, como veremos más abajo, a la ruptura de la solidaridad en la seguridad social, nos alejamos de la concepción de la salud como un derecho para convertirse en una mercancía de acceso restrictivo.

El actual modelo político se caracteriza, como dijimos, por un empeoramiento de los problemas generales del sector salud. Al mismo tiempo, se incorpora la destrucción de elementos positivos del sistema, que vamos a presentar más abajo de forma genérica. Una vez que los intereses económicos dictan las reglas del juego, **el concepto de salud como derecho es reemplazado por una lógica de mercado**. Se promueven la privatización de los servicios, el recorte del gasto público en salud y la desregulación del sector, beneficiando a unos pocos en detrimento del bienestar de la mayoría.

La política de destrucción que han llevado adelante tiene distintos planos, que podemos sintetizar en:

1. **Vaciamiento de las políticas nacionales.** El gobierno ha impulsado recortes sin argumentos sanitarios. Su planteo general es que el Estado Nacional no tiene responsabilidades sanitarias sobre el conjunto de la población y que esa es una responsabilidad de las provincias. Sin entrar en un debate de jurisprudencia, todo este capítulo trata de argumentar al respecto de lo incorrecto y lo inviable de este planteo.

Desde esta mentira, el gobierno llevó adelante la eliminación del Programa REMEDIAR; la eliminación o el desfinanciamiento por “absorción” del Instituto Nacional del Cáncer y la SEDRONAR; el desfinanciamiento de efectores nacionales de suma importancia como el Hospital Nacional en Salud Mental Laura Bonaparte o el Hospital Garrahan; el reemplazo de un buen sistema de residencias por becas de mala calidad; la discontinuación de la buena política de Vacunas; la corrupción en la ANDIS y la mala política contra las personas que viven con una discapacidad; y muchos otros.

2. **Estrangulamiento y motosierra de los sistemas provinciales, de las obras sociales provinciales y del PAMI.**

El Gobierno se jacta de desfinanciar a las provincias y de realizar un ajuste beneficioso para el conjunto de los argentinos, sin explicar de qué forma las mismas pueden

afrontar sin su ayuda un tema caro como el de la salud. Al caer las transferencias por coparticipación (cerraron 2024 con un recorte cercano al 10%, y en septiembre de 2025 seguían 10,3% por debajo del mismo mes de 2024)¹⁰ y habiendo realizado un fuerte ajuste en el presupuesto sanitario (a partir de la decisión administrativa 20/2026 que afectó entre otros al programa de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales de Salud, programa de Acceso a Medicamentos, Insumos y Tecnología Médica y se estima un recorte de \$63.000 millones)¹¹, sumado al cierre del programa Remediar, los hospitales y centros de salud se encuentran desfinanciados. Al mismo tiempo el PAMI presenta fuertes recortes presupuestarios, con una restricción en el acceso a la cobertura del 100% en medicamentos mediante la figura del "subsidio social", un recorte en el listado de esos medicamentos, deudas con prestadores, reducción de salarios de médicos de cabecera, entre algunas de las medidas que empeoran cada día la salud de nuestros jubilados y jubiladas.

3. **Continuidad en la lógica de ruptura de solidaridad de Obras Sociales¹²**

Nacionales. El Gobierno liberó por completo y profundizó el desceme de las obras sociales nacionales al establecer la libre competencia entre ellas y las prepagas. Esto ha generado tensiones financieras en las obras sociales sindicales más pequeñas, que pierden afiliados frente a las grandes estructuras o planes privados. Al mismo tiempo, hoy nos encontramos con trabajadores formales pobres por la caída del salario: el 80% de ellos no aporta lo suficiente para cubrir el PMO (Programa Médico Obligatorio).

4. **Desregulación de hecho de los precios del sector.** Se liberaron los precios de medicamentos, las cuotas de prepagas y la permisividad en copagos en consultas con profesionales. Además, dentro del DNU 70/23, se estableció la disolución de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos y la producción de medicamentos por parte del Estado. Con lo que respecta a prepagas, a través de los decretos 170/2024, 171/2024 y 172/2024 se avanzó en la reglamentación de los artículos vinculados en el DNU 70/23

¹⁰<https://www.cronista.com/economia-politica/milei-ajusta-transferencias-desplome-de-la-coparticipacion-y-golpe-a-los-gobernadores-opositores/>

¹¹<https://www.ambito.com/economia/el-gobierno-pasa-la-motosierra-la-salud-publica-recorto-mas-63000-millones-del-presupuesto-n6279778>

¹²<https://sonidogremial.com.ar/wp-content/uploads/2026/04/INFORME-CGT-SITUACION-OBRS-SOCIALES.pdf>

con el objetivo de “darle libertad de elección a los usuarios e impulsar la libre competencia entre Obras Sociales y Prepagas”.

5. Por último, **batalla médico-cultural vía terraplanismo sanitario**. Entre los ejemplos que pueden mencionarse encontramos la reciente formalización de la salida de Argentina de la Organización Mundial de la Salud, acuerdo que había sido pactado en 2025 con el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Robert F. Kennedy, Jr. (quien apoya teorías conspiracionistas, como la que vincula la vacunación con el autismo) para retirarse juntos de la organización. A su vez, se ha eliminado recientemente la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn), un organismo técnico que asesora a las autoridades sobre vacunas e inmunización con un amplio respaldo científico y representación de las provincias.

Al mismo tiempo, el gobierno combate la idea de Justicia Social y la Doctrina Social de la Iglesia; fomenta una cultura del individualismo; desregula el sector y acrecienta la dinámica liberal del trabajo profesional. El terraplanismo sanitario también repercute de esta forma en el sentido comunitario del trabajo en salud, desresponsabilizando cada acto profesional, liberalizando las profesiones y fomentando la cultura del sálvese quién pueda.

Volver a las bases: una política sanitaria nacional para el derecho a la salud

En el año 1946, el Doctor Ramón Carrillo se convirtió en el **primer Ministro de Salud de la historia argentina**. Antes de eso, el país no contaba con una política sanitaria nacional. El pueblo pobre sufría y los datos hablaban: provincias enteras en las que no había un solo hospital, la mortalidad infantil llegaba a los 300 por mil en las regiones más abandonadas (hoy las zonas de tasa más elevada como Corrientes están en los 17 por mil), y para 1940 un tercio de los argentinos aspirantes al Ejército eran rechazados por incapacidad física y problemas de salud.

Antes de asumir como ministro, Carrillo confeccionó un **Plan Análítico de Salud** que se basaba en grandes principios generales: la importancia de los trabajadores y de sus condiciones de vida y trabajo a la hora de pensar la salud; el rol de la ciencia y de los avances tecnológicos al servicio de la mayoría; y una mirada humanista producto de su formación

católica. En un documento de cuatro mil fojas que detalla uno por uno los problemas sanitarios y sus posibles soluciones a nivel nacional explicita su programa al general Perón para así asumir el cargo. Luego, implementó un método de gestión basado en la planificación centralizada y la ejecución descentralizada, según las características, peculiaridades y necesidades de cada región del país.

Por eso proponemos recuperar esta tradición sanitaria a la luz de los problemas y de la realidad actual de nuestra era, y desarrollar una política con 5 grandes trazos gruesos.

1-FORTALECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Necesitamos recuperar el Ministerio de Salud de la Nación porque es la única forma posible de corregir las desviaciones y la fragmentación señalada en los apartados anteriores. Cada uno de los puntos que desarrollamos más abajo se relacionan con este. En lo estrictamente concerniente a este Ministerio, debemos desarrollar una iniciativa en tres pasos:

1a-Restauración inmediata de las políticas que funcionaban bien y fueron eliminadas (Remediar, programa Nacional de vacunación, examen único de residencias, SEDRONAR, Plan ENIA, Plan Qunita, etc).

1b-Convocatoria abierta a un COFESA (Consejo Federal de Salud) ampliado incorporando a Organizaciones Sociales, Sindicales, Universitarias, de pacientes y del sector productor/privado para la elaboración de un acuerdo programático de base para la recuperación del sistema de salud Argentino y para la presentación a ambas cámaras del congreso de una NUEVA LEY NACIONAL DE SALUD que integre todas las leyes existentes y reglamente una política sanitaria a diez años en acuerdo con todos los sectores posibles y con bases mínimas de cumplimiento.

1c-Digitalización del sistema de salud: creación de Historia Clínica Integrada Nacional incorporando a plataformas existentes (como MiArgentina) e interoperable con softwares provinciales/privados existentes a partir de estándares prefijados por el gobierno nacional. Integración con centro de datos nacional, a fines de garantizar el control estatal de datos sensibles para la población y su posterior utilización para el análisis epidemiológico en tiempo real y el diseño de políticas públicas.

2-INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE LAS OBRAS SOCIALES SINDICALES Y ORIENTACIÓN DEL SECTOR PRIVADO

Debemos recuperar la Superintendencia de Servicios de Salud como una herramienta de gestión para la regulación del sector, comenzando por la implementación de políticas que:

2a-Vuelta atrás con el proceso de desregulación total del sector que solo beneficia a las prepagas grandes y perjudica a obras sociales y prepagas medianas, pacientes, y profesionales. Recuperación del espíritu de la ley de Prepagas del 2011 y discusión de los términos de la misma con los actores del sector con jerarquía de los siguientes temas: acuerdo de precios en planes; acuerdo de aceptación de pacientes con condiciones preexistentes; acuerdo de no cartelización.

Al mismo tiempo, vuelta al sistema de acuerdos de precios para la suba de precios de medicamentos con mecanismo a acordar con las cámaras empresarias.

2b-Implementar un programa optativo de incorporación de obras sociales nacionales para la puesta en marcha de procesos generales de integración (sistemas de información, compra centralizada, utilización compartida de efectores propios, etc).

2c-Adecuación de situación de Monotributistas en general y de monotributistas sociales en particular, modificando la incorporación compulsiva de los mismos al régimen de OOSS nacionales. Sugerimos pensar en la implementación de una obra social general para los mismos mediante captura de aportes por parte del estado en cogestión con sector privado; con gestión centralizada vía PAMI; o en acuerdo con OOSS que quieran involucrarse de forma voluntaria al programa (retomar experiencia positiva e inconclusa de Mutual Senderos para monotributistas sociales como un antecedente), para la atención ambulatoria en efectores privados y en coordinación con el Estado para atención de padecimientos de urgencia o costosos.

3-APOYO A LAS PROVINCIAS Y MUNICIPIOS CON LEY DE CARRERA SANITARIA NACIONAL, BONIFICACIÓN POR ZONA DESPROTEGIDA Y DEMÁS POLÍTICAS QUE TIENDAN A LA EQUIDAD DEL SISTEMA

Necesitamos revertir el proceso de falsa federalización del sistema de salud fortaleciendo desde el estado nacional las estructuras e instrumentos sanitarios existentes. A saber:

3a-Implementación de ley de carrera sanitaria nacional para homogeneización salarial y para poder implementar una política de fuerza laboral que revierta inequidades mediante compensaciones por zona desfavorable.

3b-Creación de programas nacionales que refuercen a las provincias en ámbitos costosos o de difícil regulación provincial como lo son la salud bucal; la salud nutricional; la salud ocular; entre otros.

3c-Iniciar procesos de integración y coordinación de obras sociales provinciales y del PAMI en una sola política de seguridad social nacional para empleados estatales provinciales, municipales y jubilados con rectoría nacional. Primera etapa de ejecución mediante sistemas de información, convenios interprovinciales y compras centralizadas de insumos para abaratar costos.

4-JERARQUÍA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, LOS DISPOSITIVOS COMUNITARIOS Y EL PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD

4a-Fortalecimiento del primer nivel de atención mediante la conformación de equipos de primer nivel para los ocho mil CAPS del país, con ayuda de Nación y en etapas progresivas (mil equipos por año para completar proceso en dos etapas de gobierno).

4b-Política conjunta entre Ministerio de Salud de Nación, Ministerio de Educación de Nación y Conferencia Episcopal Argentina para la implementación de un Voluntariado Nacional para la realización de brigadas sanitarias, acompañamiento de enfermos en sus hogares y en hospitales, ayuda a familiares, etc.. El mismo deberá estar guiado por el principio de subsidiariedad y la comunidad organizada, no buscando que el estado suplanta lo existente sino que acompañe y financie necesidades.

4c-Ley Nacional de Ejercicio Profesional para formación; acreditación de formación; reconocimiento laboral; establecimiento de competencias y delimitación de derechos laborales

para Promotoras de Salud; Agentes Sanitarios; y operadores de dispositivos Comunitarios de Problemas de Consumo.

5-COMPLEJO SANITARIO-INDUSTRIAL NACIONAL Y SU VÍNCULO CON SISTEMA CIENTÍFICO TECNOLÓGICO

5a- Restauración inmediata de ANLAP para fomento de la producción pública de medicamentos y vacunas en cadenas acordadas con las provincias y en etapas.

5b- Orientar con incentivos al sector científico argentino al estudio de tecnologías dinámicas en coordinación con el sector privado local que revierta en parte déficit de balanza comercial por desbalance en compra de terapias biológicas¹³ (biotecnología - nanotecnología - inteligencia artificial - genética - neurocomputación).

5c- Implementación de programas para la obtención de títulos de especialista universitario en todo el país en sistema de residencias; programas de incentivo de residencias con vacancia; política nacional de incorporación pos residencia y servicio social obligatorio para egresados no naturales de nuestro país.

¹³ <https://ojs.iade.org.ar/index.php/re/article/view/310/243>

