

Perspectivas estratégicas

para el Desarrollo Humano
Integral de la Argentina

Prólogo de Itai Hagman

Gonzalo Armua
Ulises Bosia
María Gimena Cánepa
Romina Chuffardi
Bruno Giormenti Moravec
Comps.

DERECHO A LA SALUD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: EL CUIDADO DE LA VIDA EN EL PROYECTO DE PAÍS

Manuel Fonseca, Fausto Dimarco y Corina Juliana Toloza



Manuel Fonseca

Médico (UNLP), Especialista en MGyF (PBA). Docente de Salud Pública (UNLP) y Prosecretario de Salud en Presidencia UNLP.

Fausto Dimarco

Médico (UNLP), Residente en Neurología en Hospital San Martín de La Plata. Coordinador del Congreso Federal de Salud.

Corina Juliana Toloza

Lic. en Trabajo Social (UNLZ), Esp. en Gestión en Salud (UNLa), Maestranda en Estudios Urbanos (UNGS). Res. de Epidemiología (PBA) y Profesora de nivel superior y universitario. Coordinadora de Salud de la Fundación DHI.

INTRODUCCIÓN

La discusión sobre la salud trasciende el ámbito sanitario. Es, en definitiva, una discusión acerca del modo en que una sociedad decide cuidar la vida y garantizar las condiciones para el desarrollo humano integral. En ese sentido, la salud debe ocupar un lugar central en toda reflexión sobre el modelo de desarrollo y el proyecto de 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. La Argentina cuenta con una importante tradición sanitaria y con un sistema de salud de gran complejidad institucional, con grandes logros y realizaciones, un extenso y complicado sistema de financiadores y efectores y algunos graves problemas estructurales que explican su desorden actual.

Este capítulo parte de una premisa central: garantizar el derecho a la salud constituye una responsabilidad indelegable del Estado. Este principio supone arbitrar los medios necesarios para promover la salud y prevenir la enfermedad, pero también asegurar el acceso oportuno a la atención, el tratamiento, el acompañamiento y la rehabilitación cuando la enfermedad se presenta. El Estado debe garantizar ese acceso para cada persona que lo necesite.

Primero, porque es más beneficioso en términos económicos: es sumamente más barato prevenir de forma oportuna que curar de forma tardía. 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. La salud no constituye únicamente un derecho humano fundamental, también es una condición indispensable para el desarrollo humano integral y para el desarrollo nacional. Tercero, porque así lo determina el humanismo cristiano de nuestra tradición sanitaria argentina (Fonseca, 2026), forjada a partir de experiencias históricas que concibieron la salud como un derecho, fortalecieron el rol rector del Estado y promovieron una política sanitaria nacional orientada al bienestar de toda la población.

Para garantizar el derecho a la salud resulta indispensable la presencia de un Estado con capacidad de conducir, regular y planificar, en articulación con los

distintos actores que integran el sistema sanitario. Eso supone fortalecer la capacidad de coordinación entre el subsector público, la seguridad social y el sector privado, para asegurar que nadie quede excluido de las prácticas, medicamentos y tecnologías necesarias. Al mismo tiempo, el derecho a la salud no constituye únicamente una decisión de política pública nacional, sino que se encuentra consagrado en el Sistema Internacional de Protección de Derechos Humanos (Soberanía Sanitaria, 2021).

A partir de ese marco, el presente capítulo analiza las principales características del sistema de salud argentino, los problemas estructurales que condicionan su funcionamiento y los nuevos desafíos que enfrenta en la actualidad. Posteriormente, aborda el impacto de las políticas impulsadas durante el gobierno libertario sobre el sistema sanitario, y al final propone un conjunto de lineamientos orientados a reconstruir una política sanitaria nacional que fortalezca el derecho a la salud como componente esencial del desarrollo humano integral.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Los sistemas de salud pueden clasificarse de acuerdo con sus mecanismos de financiamiento, los principios que orientan su organización y el tipo de cobertura que garantizan. Si bien en la práctica predominan sistemas mixtos que combinan distintos modelos, es posible identificar de manera esquemática tres grandes formas de organización sanitaria.

En los modelos universalistas el Estado garantiza el financiamiento mayoritario o exclusivo, presentan una filosofía solidaria y el acceso es para todos por igual. Los modelos de la seguridad social cuentan con un financiamiento solidario compartido entre empleadores y empleados, y el acceso es tanto para el empleado como para sus familiares a cargo. En los sistemas privados, por último, el financiamiento depende de los usuarios/pacientes/clientes que pueden pagar por la atención, y su filosofía es la del lucro. Como ya expresamos, en los países existen esquemas particulares que combinan distintos elementos de estos modelos.

El sistema de salud de la Argentina opera bajo un esquema fragmentado y desordenado en el que conviven y se superponen esquemas de financiamiento y efectores provenientes del ámbito público, la seguridad social y el sector privado. La ausencia de una adecuada articulación entre estos actores genera superposiciones, ineficiencias y profundas desigualdades territoriales y sociales en el acceso a la salud. Se trata de una estructura desarticulada superpuesta, no coordinada y a veces contradictoria, en la que el Estado ha ido relegando cada vez más terreno en su rol de árbitro regulador. Esta situación hace que no existan

reglas claras y que el mercado imponga sus condiciones, lo que provoca que el acceso a la salud resulte cada vez más caro e inequitativo (Fonseca, 2022).

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. Constituye el principal garante del derecho a la salud y el único subsector con capacidad de brindar cobertura universal, independientemente de la situación laboral o de ingresos de las personas. Su estructura es la única en la que 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 responsabilidades a las provincias y municipios realizados durante la última dictadura —profundizados en los noventa y consolidados en la última reforma constitucional— no estuvieron acompañados por mecanismos suficientes de financiamiento, coordinación y rectoría nacional y debilitaron la posibilidad de revertir inequidades, con lo que el sistema se volvió cada vez más fragmentado.

Este proceso derivó en 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 el 50% de la población del país.

La génesis original de las obras sociales sindicales marcaba 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. Ese principio solidario constituye uno de los principales activos históricos del sistema argentino y explica buena parte de su desarrollo. 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 una situación crítica del orden de lo terminal. La participación de las organizaciones sindicales en la conducción de las obras sociales constituye un rasgo distintivo del sistema argentino de seguridad social y un componente valioso de su desarrollo histórico. Pero eso no exime de revisar críticamente algunas de las prácticas que a lo largo del tiempo debilitaron

su funcionamiento y facilitaron los procesos de desregulación y descreme del sistema. Entre ellas pueden señalarse la escasa incorporación de estrategias de promoción y prevención de la salud, la ausencia de mecanismos más integrados para la compra y gestión de insumos, la utilización de recursos para finalidades ajenas a la función sanitaria y, en algunos casos, la adopción de lógicas propias del sistema prepago en detrimento del principio solidario que históricamente caracterizó al sector.

En cuanto 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 al que son sometidas. Al mismo tiempo, se encuentran desordenadas entre sí, presentan pocos y deficitarios mecanismos de control interno y sus fondos son muchas veces utilizados de forma incorrecta para fines no sanitarios, corrupción que no les es propia pero que las atraviesa.

El subsector privado está conformado por clínicas, sanatorios, hospitales, centros diagnósticos, empresas de producción y/o comercialización de insumos médicos y medicamentos, etc. 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 afiliados (Luzuriaga, 2026). Este elevado nivel de concentración otorga a un reducido número de empresas una importante capacidad para incidir sobre el funcionamiento del sistema, la formación de precios y las condiciones de acceso a las prestaciones.

El sistema de prepagas está regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación. En los últimos años, las empresas de medicina prepaga incrementaron significativamente su capacidad para definir las condiciones de funcionamiento del mercado, trasladando aumentos de costos a las cuotas y profundizando las dificultades de acceso para amplios sectores de la población. 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 según lo que se paga, y no de acuerdo a lo que se necesita. A diferencia de los principios que organizan la seguridad social, este subsector responde prioritariamente a una lógica de aseguramiento individual y de mercado y busca, como cualquier otra actividad económica, obtener rentabilidad.

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. Al mismo tiempo, han reclamado distintos mecanismos de apoyo estatal —como beneficios fiscales, financiamiento o cobertura de determinadas prestaciones— mientras cuestionan la intervención pública cuando esta procura fortalecer la regulación del sistema. Esta dinámica ha contribuido a trasladar progresivamente criterios propios del mercado hacia el conjunto del sistema sanitario, debilitando la lógica solidaria que históricamente caracterizó al subsector público y a la seguridad social.

NUEVOS ASUNTOS, NUEVOS PROBLEMAS Y NUEVOS DESAFÍOS PARA EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

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, trabajar, relacionarse y vivir. Estos procesos no solo transformaron la vida económica y social, sino también las formas de enfermarse, cuidar y acceder a la salud. Muchas de las instituciones, políticas e instrumentos que estructuraron el sistema sanitario argentino fueron concebidos para una realidad muy diferente. Estas transformaciones impactan de manera directa sobre la organización, el financiamiento y las formas de atención del sistema de salud. Al mismo tiempo, ponen en evidencia la emergencia de nuevos problemas sanitarios y nuevos actores sociales que todavía no encuentran un reconocimiento adecuado dentro de las políticas públicas.

Las transformaciones del mundo del trabajo plantean un desafío estructural para un sistema de salud organizado históricamente sobre la base del empleo formal. 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 Javier Milei. Son millones de personas que viven en barrios populares y desarrollan actividades vinculadas a la economía popular —como el reciclado, la producción textil, la construcción, el trabajo socio comunitario, entre otras—. Son personas que, al no trabajar de manera formal, no realizan aportes previsionales ni a las obras sociales de forma directa, poniendo en tensión un sistema de protección social que continúa organizado, en gran medida, sobre el supuesto del pleno empleo formal.

Las formas de presentación de las enfermedades que todos conocemos son agravadas por la exclusión, que no solo condiciona el acceso al sistema de salud

sino también la forma en que los problemas sanitarios se presentan y pueden ser abordados. No es lo mismo tener diabetes, hipertensión o cualquier otra enfermedad cuando se cuenta con derechos laborales que cuando se vive en condiciones de exclusión laboral y social. Además de las enfermedades por todos conocidas, se presentan otras situaciones que no son propias de la pobreza, aunque tienen una presentación especial en su contexto. Son los problemas de consumo de drogas, la violencia, las dificultades 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, el Estado no llega a atender todas estas dificultades. Frente a esas limitaciones, la comunidad organizada fue desarrollando distintas estrategias de prevención, cuidado y acompañamiento en los territorios. Desde los clubes de barrio, las iglesias, las organizaciones de la economía popular, ha surgido un nuevo sujeto social que hoy cumple un papel relevante en la promoción comunitaria de la salud. Ese rol se expresa 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. A pesar de su creciente importancia, no existe una política nacional que entienda, reconozca y potencie el trabajo que realizan.

Muchas de estas experiencias lograron desarrollar respuestas innovadoras frente a problemas que al sistema sanitario tradicional le cuesta abordar. Sin embargo, todavía no se encuentran plenamente articuladas con los efectores del subsector público de salud, en muchos casos trabajan en paralelo y en ocasiones, incluso, en tensión con un sistema que no siempre reconoce su especificidad. Al mismo tiempo, salvo excepciones (UNLP, 2024), no se enseñan en las universidades, ni son contempladas por las obras sociales como una opción terapéutica válida.

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, trabajar, acceder al conocimiento y cuidar la salud. Hablamos de 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. Su impacto alcanza tanto a las prácticas cotidianas de las personas como a la organización de los sistemas sanitarios y al ejercicio de las profesiones de la salud.

Estas transformaciones también plantean nuevos desafíos vinculados con la producción, circulación y utilización de la información sanitaria, así como con el desarrollo de tecnologías biomédicas cada vez más sofisticadas. El progreso

de herramientas como la manipulación genética tipo CRISPR¹ y el desarrollo de terapias biológicas abren interrogantes científicos, éticos y regulatorios que el sistema sanitario argentino todavía no ha logrado abordar de manera integral. La encíclica del papa León XIV *Magnifica humanitas* las denomina las “nuevas tierras raras” del desarrollo, y se trata sin duda de transformaciones que constituyen uno de los grandes desafíos contemporáneos para el desarrollo humano. Sin embargo la Argentina no cuenta todavía con dispositivos regulatorios, institucionales y sanitarios capaces de anticipar y orientar adecuadamente estos procesos.

EL SISTEMA DE SALUD EN EL GOBIERNO LIBERTARIO

Desde diciembre de 2023 la política sanitaria nacional experimentó un cambio profundo en su orientación. La 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 desreguló el sistema de salud, redujo la intervención estatal —hasta el punto de retirar al Estado de su rol de garante de la vida—, desfinanció diversas políticas sanitarias nacionales y se puso al servicio de la concentración oligopólica del sector. El sistema, ya de por sí fragmentado y asimétrico, se enfrenta ahora a un ataque sistemático (Fundación DHI, 2024). Ante el vaciamiento de programas nacionales estratégicos, el estrangulamiento de las provincias y, como veremos más adelante, a la ruptura de la solidaridad en la seguridad social, la salud pasa de concebirse como un derecho a una mercancía de acceso restrictivo.

Las medidas que se adoptaron durante este período no solo profundizaron problemas históricos del sistema sanitario, sino que afectaron también políticas e instituciones que habían demostrado capacidad para ampliar derechos, fortalecer la prevención y mejorar el acceso a la atención. En ese contexto, la salud tiende a ser crecientemente concebida como un bien sujeto a las reglas del mercado, en detrimento de su carácter de derecho humano fundamental. 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. La edición genómica CRISPR, o simplemente CRISPR, es una herramienta biotecnológica que los científicos pueden utilizar para modificar el ADN en puntos precisos del genoma.

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.

Entre las principales medidas pueden mencionarse el desfinanciamiento o desarticulación de programas vinculados al acceso a medicamentos, salud mental, discapacidad, vacunación, formación de recursos humanos y atención de enfermedades de alta complejidad, como el 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 política de vacunas, con un calendario de vacunación considerado entre los más completos y avanzados del mundo; la corrupción en la ANDIS² y los retrocesos en materia de derechos para las personas que viven con una discapacidad, entre muchos otros.

2. **Estrangulamiento y motosierra de los sistemas provinciales, de las obras sociales provinciales y del PAMI.** La reducción de las transferencias nacionales hacia las provincias y los recortes presupuestarios en salud incrementaron las dificultades de los sistemas provinciales para sostener la prestación de servicios sanitarios. 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 pueden sostener sin su ayuda un sistema 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) y habiendo realizado un fuerte ajuste en el presupuesto sanitario (a partir de la Decisión Administrativa N° 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), sumado al cierre del Programa Remediar, los hospitales y centros de salud se encuentran desfinanciados. Al mismo tiempo, el PAMI

2. La Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) fue disuelta por el actual Gobierno nacional y pasó a ser una secretaría bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, tras un escándalo por presuntas coimas e irregularidades

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 y reducción de salarios de médicos de cabecera. Estas medidas impactaron especialmente sobre las personas mayores, uno de los grupos con más demanda de atención sanitaria y consumo de medicamentos.

3. Continuidad en la lógica de ruptura de solidaridad de obras sociales 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. Esta medida 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 Programa Médico Obligatorio (CGT, 2026).

4. Desregulación de hecho de los precios del sector. La desregulación de precios y del funcionamiento del mercado sanitario fortaleció la posición dominante de los principales actores privados del sector. Se liberaron los precios de medicamentos, las cuotas de prepagas y la permisividad en los copagos en consultas con profesionales. Además, dentro del DNU N° 70/23³, se estableció la disolución de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos y la producción de medicamentos por parte del Estado. En lo que respecta a prepagas, a través de los Decretos N° 170/2024, 171/2024 y 172/2024 se avanzó en la reglamentación de los artículos vinculados en el DNU N° 70/23, con el objetivo de “darles libertad de elección a los usuarios e impulsar la libre competencia entre obras sociales y prepagas”.

5. La batalla médico-cultural vía terraplanismo sanitario: deslegitimación de la evidencia científica y debilitamiento institucional. Entre los ejemplos que pueden mencionarse encontramos la reciente formalización de la salida de la 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

3. El DNU 70/23 es un amplio decreto de necesidad y urgencia emitido por el gobierno del actual presidente a fines del 2023 llamado “Bases para la Reconstrucción de la Economía Argentina”, con el fin, entre otros, de desregular la economía del país y modificar múltiples leyes.

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 en el sentido comunitario del trabajo en salud, desresponsabilizando cada acto profesional, liberalizando las profesiones y fomentando la cultura del "sálvese quien pueda". Estas decisiones no solo debilitan la capacidad científico-técnica del Estado, sino que también erosionan una concepción de la salud basada en la evidencia, la cooperación internacional y la responsabilidad colectiva frente a los problemas sanitarios.

VOLVER A LAS BASES: UNA POLÍTICA SANITARIA NACIONAL PARA EL DERECHO A LA SALUD

La reconstrucción realizada hasta aquí permite advertir que los problemas del sistema sanitario argentino no responden únicamente a decisiones coyunturales, sino también a desafíos estructurales acumulados durante décadas. Del mismo modo, su recuperación no podrá sostenerse solo en la restitución de programas o recursos, sino que requiere reconstruir una orientación estratégica capaz de integrar los distintos componentes del sistema de salud bajo una concepción común del derecho a la salud y del desarrollo humano integral. En ese marco, resulta necesario volver sobre aquellas experiencias que sentaron las bases de una política nacional de salud y que continúan ofreciendo orientaciones para pensar los desafíos del presente.

En 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; una mortalidad infantil que trepaba 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 un tercio de los argentinos aspirantes al Ejército que para 1940 eran rechazados por incapacidad física y problemas de salud.

Antes de asumir como ministro, Carrillo confeccionó un Plan Analítico de Salud que constituye uno de los antecedentes más importantes de la planificación sanitaria nacional. Ese plan se basaba en grandes principios generales: la

importancia de los trabajadores, y de sus condiciones de vida y laborales, 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, Carrillo presentó su programa al general Perón. Muchos de los principios que orientaron aquella experiencia —la planificación, la rectoría del Estado, la organización territorial y la articulación entre ciencia, política y comunidad— continúan siendo referencias ineludibles para pensar una política sanitaria nacional.

A la luz de esa tradición sanitaria, y de los desafíos contemporáneos desarrollados en los apartados anteriores, resulta necesario reconstruir una política sanitaria nacional sustentada en cinco grandes lineamientos estratégicos:

1. Fortalecimiento del Ministerio de Salud de la Nación

La recuperación del rol rector del Ministerio de Salud constituye una condición indispensable para superar la fragmentación del sistema sanitario argentino y reconstruir una política nacional de salud. Eso supone recuperar capacidades de planificación, coordinación, regulación y conducción estratégica del conjunto del sistema. En lo estrictamente concerniente a este Ministerio, debemos desarrollar una iniciativa en tres pasos:

- a. Restauración inmediata de las políticas que venían demostrando buenos resultados y fueron eliminadas, como el Programa Remediar, el programa nacional de vacunación, el examen único de residencias, la SEDRONAR, Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA) y Plan Qunita (programa público y gratuito de salud y acompañamiento para personas gestantes), entre otros.
- b. Convocatoria abierta a un COFESA (Consejo Federal de Salud) ampliado, que incorpore a organizaciones sociales, sindicales, universitarias, de pacientes y del sector productor/privado. Ese consejo deberá elaborar un acuerdo programático de base para recuperar el sistema de salud argentino y presentar a ambas cámaras del Congreso 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.
- c. Digitalización del sistema de salud, lo que implica crear una Historia Clínica Integrada Nacional que se incorpore a plataformas que ya existen (como Mi

Argentina) y que resulte interoperable con softwares provinciales/privados a partir de estándares prefijados por el gobierno nacional. El sistema debe poder integrarse con centros de datos nacionales, 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 en el diseño de políticas públicas.

2. Integración del sistema de las obras sociales sindicales y orientación del sector privado

La integración de las obras sociales y la regulación del subsector privado deben orientarse a fortalecer los mecanismos solidarios del sistema y garantizar condiciones más equitativas de acceso a la salud. Debemos recuperar la Superintendencia de Servicios de Salud como una herramienta de gestión para la regulación del sector, comenzando por la implementación de estas políticas:

- a. Recuperar el espíritu de la Ley N° 26.682 de prepagas del 2011 y discutir con los actores del sector con jerarquía diferentes puntos de esa norma: acuerdo de precios en planes, acuerdo de aceptación de pacientes con condiciones preexistentes y acuerdo de no cartelización. Al mismo tiempo, se plantea una vuelta al sistema de acuerdos de precios para la suba de valores de medicamentos, con un mecanismo a acordar con las cámaras empresarias. Se trata, en definitiva, de revertir el actual proceso de desregulación del sector, que solo beneficia a las grandes prepagas y perjudica a obras sociales, pacientes y profesionales.
- b. 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.).
- c. Adecuar la situación de monotributistas en general y de monotributistas sociales en particular, modificando su incorporación compulsiva al régimen de obras sociales nacionales. Sugerimos para estos casos pensar en la implementación de una obra social general mediante captura de aportes por parte del Estado en cogestión con sector privado o con obras sociales que quieran involucrarse de forma voluntaria al programa (como fue la experiencia de la Mutual Senderos para monotributistas sociales), 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

La organización federal del sistema sanitario requiere fortalecer las capacidades provinciales y municipales sin renunciar a la rectoría estratégica del Estado nacional. Necesitamos revertir el proceso de falsa federalización del sistema de salud fortaleciendo desde el Estado nacional las estructuras e instrumentos sanitarios. Para eso proponemos:

- a. Implementar una Ley de Carrera Sanitaria Nacional para la homogeneización salarial y para poder implementar una política de fuerza laboral que revierta inequidades mediante compensaciones por zona desfavorable.
- b. Crear programas nacionales que refuercen a las provincias en ámbitos costosos o de difícil regulación provincial, como lo son la salud bucal, nutricional y ocular, entre otros.
- c. 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, con una 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, dispositivos comunitarios y principio de subsidiariedad

El fortalecimiento del primer nivel de atención constituye una de las principales estrategias para reorientar el sistema hacia la promoción de la salud, la prevención y el cuidado comunitario. Para eso se propone:

- a. Conformar equipos de primer nivel para los ocho mil CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) del país, con ayuda de la Nación y en etapas progresivas (mil equipos por año para completar proceso en dos etapas de gobierno).
- b. Una política conjunta entre el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Educación de la Nación y la Conferencia Episcopal Argentina para implementar un Voluntariado Nacional para realizar brigadas sanitarias y acompañamiento de enfermeros y familiares en hospitales, como una forma de ayuda de dispositivos que ya existen. Este voluntariado deberá estar guiado

por el principio de subsidiariedad y la comunidad organizada, sin buscar que el Estado suplante lo existente, sino que acompañe y financie distintas necesidades.

- c. Sancionar una Ley Nacional de Ejercicio Profesional para la formación, la acreditación de formación, el reconocimiento laboral, el establecimiento de competencias y la delimitación de derechos laborales para promotoras de salud, agentes sanitarios y operadores de dispositivos comunitarios de problemas de consumo.

5. El complejo sanitario-industrial nacional y su vínculo con el sistema tecnológico

Fortalecer el sistema de salud requiere también consolidar las capacidades nacionales para producir conocimiento, desarrollar tecnologías sanitarias y garantizar una mayor autonomía en la producción de medicamentos, vacunas e insumos estratégicos. La experiencia reciente demostró que la dependencia tecnológica constituye una limitación para el ejercicio efectivo del derecho a la salud y para la sostenibilidad del sistema sanitario. En este sentido, resulta necesario promover un complejo sanitario-industrial nacional articulado con el sistema científico-tecnológico, las universidades, las provincias y el entramado productivo nacional. En esa línea, se propone:

- a. Restauración inmediata de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos de Argentina (ANLAP) para fomento de la producción pública de medicamentos y vacunas, en cadenas acordadas con las provincias y en etapas.
- b. Orientar con incentivos al sector científico argentino hacia el estudio de tecnologías dinámicas, en coordinación con el sector privado local y en áreas como biotecnología, nanotecnología, inteligencia artificial, genética y neurocomputación.
- c. Implementar programas para obtener títulos de especialista universitario en todo el país en sistema de residencias, programas de incentivo de residencias con vacancia, política nacional de incorporación posresidencia y servicio social obligatorio para egresados no naturales de nuestro país.

CONCLUSIÓN

La reconstrucción de una política sanitaria nacional y la garantía efectiva del derecho a la salud son tareas de primer orden para el desarrollo humano integral de un país. A lo largo de este capítulo intentamos argumentar que la profunda fragmentación y los problemas en el sistema argentino no se resuelven retirando al Estado, sino fortaleciendo su rol rector para ordenar los subsectores público, privado y de la seguridad social.

La salud no puede ser un bien de cambio sujeto a la capacidad de pago individual ni a la rentabilidad de corporaciones oligopólicas. Concebirla de ese modo no solo deshumaniza a la sociedad, sino que destruye la base sobre la que se asienta cualquier posibilidad de desarrollo nacional.

Como nos enseñó la tradición sanitaria de Ramón Carrillo, la planificación, la soberanía científica y la mirada humanista son las herramientas centrales para alcanzar un pueblo sano y una nación grande. Frente al actual desmantelamiento institucional y el avance del individualismo liberal, urge volver a las bases y poner la estructura sanitaria al servicio de las mayorías, recuperando la solidaridad como el motor principal de nuestro sistema de protección social.

Para lograrlo, los lineamientos estratégicos aquí propuestos trazan una hoja de ruta concreta que va desde la restauración inmediata de los programas nacionales devastados hasta la sanción de una nueva Ley Nacional de Salud. Esta transformación requiere un federalismo real y coordinado, que apoye activamente a las provincias y municipios, dignifique a los profesionales mediante una carrera sanitaria nacional y regule los precios del sector privado. Asimismo, la integración tecnológica y la optimización de las obras sociales deben complementarse con el reconocimiento y la potenciación del nuevo sujeto comunitario que sostiene la salud en los territorios más postergados.

En definitiva, la discusión sobre el sistema de salud es el debate sobre qué modelo de país queremos construir. No habrá desarrollo humano integral ni justicia social posible sobre la base de un pueblo enfermo y excluido. Reconstruir una política sanitaria nacional es el único camino viable para sanar las deudas históricas de nuestra patria y asegurar que cada argentino y argentina pueda vivir una vida plena, digna y feliz.

La discusión sobre la salud trasciende la organización del sistema sanitario. Como se intentó mostrar a lo largo de este capítulo, constituye una dimensión central del modelo de desarrollo, de la capacidad del Estado para garantizar derechos y del modo en que una sociedad organiza el cuidado de la vida. Por eso los problemas del sistema de salud argentino no pueden reducirse únicamente a

cuestiones presupuestarias o de gestión, sino que expresan debates más profundos sobre el papel del Estado, la solidaridad, la comunidad y el desarrollo nacional.

La reconstrucción de una política sanitaria nacional exige recuperar la capacidad de planificación, fortalecer la articulación entre los distintos subsectores, reconocer a los nuevos actores comunitarios que hoy sostienen gran parte de las estrategias de cuidado y asumir los desafíos que plantean las transformaciones tecnológicas, científicas y sociales de nuestro tiempo desde una perspectiva soberana. No se trata de volver al pasado, sino de recuperar aquellos principios que hicieron posible construir una tradición sanitaria orientada por el derecho a la salud, la equidad, el bienestar colectivo y el desarrollo nacional.

Pensar la salud desde una perspectiva de desarrollo humano integral implica volver a colocar el cuidado de la vida en el centro del proyecto de país. Ese constituye el principal desafío de una política sanitaria capaz de responder a las necesidades del presente y de construir un horizonte de mayor justicia, igualdad y dignidad para el conjunto del pueblo argentino.

BIBLIOGRAFÍA

Cabrera, Érika (2026). El Gobierno pasa la motosierra por la salud pública: recortó más de \$63.000 millones del Presupuesto. *Ámbito*. <https://www.ambito.com/economia/el-gobierno-pasa-la-motosierra-la-salud-publica-recorto-mas-63000-millones-del-presupuesto-n6279778>

Carrillo, Ramón (1951). *Teoría del Hospital. Obras completas I*. Editorial Eudeba.

Carrillo, Ramón (1974). *Contribuciones al conocimiento sanitario. Obras completas II*. Editorial Eudeba.

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2022). Salud y previsión social. https://censo.gob.ar/wp-content/uploads/2023/11/CNPHV2022_RD_Salud-y-prevision.pdf

Confederación General del Trabajo (2026). Informe de situación obras sociales a marzo de 2026. <https://sonidogremial.com.ar/wp-content/uploads/2026/04/INFORME-CGT-SITUACION-OBRAS-SOCIALES.pdf>

De la Puente, Catalina y De los Reyes, Laura (2019). Cuánto gasta Argentina en salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. https://economiygestiondelasalud.finance.blog/wp-content/uploads/2021/02/informe_gasto_en_salud_2017.pdf

El Cronista (2025). Milei ajusta transferencias: desplome de la coparticipación y golpe a los gobernadores opositores. <https://www.cronista.com/economia-politica/milei-ajusta-transferencias-desplome-de-la-coparticipacion-y-golpe-a-los-gobernadores-opositores/>

Flores, María Elena (2007). Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. *VII Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://cdsa.aacademica.org/000-106/77.pdf>

Gollan, Daniel y Kreplak, Nicolás (2021). *La salud sí tiene precio: medicamentos, hospitales, pandemias y la necesidad de repensar el sistema sanitario*. Siglo Veintiuno Editores.

Fonseca, Manuel (2022). Soberanía sanitaria para un pleno acceso a la salud. *Ciencia, Tecnología y Política*, Universidad Nacional de La Plata. <https://revistas.unlp.edu.ar/CTyP/article/view/14483/13861>

Fonseca, Manuel (2025). *¿Por qué salud? Conversaciones e ideas sobre motivos, enfoques y propósitos del trabajo en salud*. Editorial Prometeo.

Fonseca, Manuel (2026). Ramon Carrillo y la tradición sanitaria nacional. *El Aluvión*. <https://elaluvion.com/2026/03/07/ramon-carrillo-y-la-tradicion-sanitaria-nacional/>

Fundación para el Desarrollo Humano Integral (2024). La oscuridad al final del túnel. Un balance político y de gestión sobre los primeros meses del gobierno de Javier Milei. Capítulo Ministerio de Salud. <https://files.fundaciondhi.com.ar/FDHI---Informe-Salud---Actualizaci%C3%B3n-septiembre.pdf>

León XIV (2026). *Carta encíclica Magnifica humanitas*. Libreria Editrice Vaticana. <https://www.vatican.va/content/leo-xiv/es/encyclicals/documents/20260515-magnifica-humanitas.html>

Luzuriaga, María José (2026). El "elenco estable" del empresariado de la salud en la Argentina: las empresas de medicina prepaga (des-re)reguladas (1990-2024). *Revista Estado y Políticas Públicas*, FLACSO. https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1777762007_185-211.pdf

RENABAP (2026). Observatorio de Barrios Populares. https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0a127285-4dd0-43b2-b7b2-98390bfd567f/page/p_hausivvygc

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

Soberanía Sanitaria (2025). El derecho a la salud en la encrucijada democrática. <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-derecho-a-la-salud-en-la-encrucijada-democratica/>

Soberanía Sanitaria (2026). Dos años de gestión del gobierno de Javier Milei en el sistema de salud argentino. <https://soberaniasanitaria.org.ar/dos-anos-de-gestion-del-gobierno-de-javiermileni-en-el-sistema-de-salud-argentino/>

Tobar, Federico (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En Oscar Garay (Coord.), *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética. Bioética y jurídica: civil y penal*. Editorial La Ley. <https://es.scribd.com/document/378931769/Tobar-2012-Breve-Historia-del-Sistema-Argentino-de-Salud>

Universidad Nacional de La Plata (2024). Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria. Manual de formación para promotoras y promotores de salud. <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/2517>