



# “NEUQUÉN: DIAGNÓSTICO Y PERSPECTIVA DE UN SISTEMA DE SALUD EN DISPUTA”

**Fundación para el Desarrollo Humano Integral**

Julio de 2025

[fundaciondhi.com.ar](http://fundaciondhi.com.ar)

[info@fundaciondhi.com.ar](mailto:info@fundaciondhi.com.ar)

 /fundacion.dhi

 /fundacion\_dhi

**Coordinación general:** Manuel Ducid.

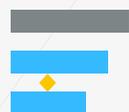
**Elaboración:** Rodrigo León Sosa Raverta (Coord.) Mercedes Casigno, Marcelo Zuvela, Maria Leontina Gorriti, Natalia Silvina Rey, Virginia Capitano.

**Edición:** Daniel Chao y Nicolás Nahuel.

**Diseño:** Rocío Millaín.



Esta publicación y su contenido se brindan bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 2.5 Argentina. Es posible copiar, comunicar y distribuir públicamente su contenido siempre que se cite a los autores individuales y el nombre de esta publicación, así como la institución editorial. El contenido de esta publicación no puede utilizarse con fines comerciales.



Fundación  
DHI



## **Índice**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Introducción</b>                                   | <b>4</b>  |
| <b>2. Organigrama ministerial</b>                        | <b>6</b>  |
| <b>3. Breve historia del sistema de salud en Neuquén</b> | <b>9</b>  |
| <b>4. Principales medidas estratégicas</b>               | <b>12</b> |
| <b>5. Medidas económicas</b>                             | <b>14</b> |
| <b>6. Conclusiones</b>                                   | <b>18</b> |
| <b>7. Bibliografía</b>                                   | <b>21</b> |



## 1. Introducción

En el actual contexto nacional, donde la salud trasciende su concepción biomédica tradicional para ser comprendida como un componente estructural del desarrollo humano integral, se vuelve imprescindible que la Fundación para el Desarrollo Humano Integral (FDHI) de Argentina articule su accionar desde una perspectiva sanitaria. Este enfoque reconoce la salud como un derecho humano fundamental y como un campo estratégico desde el cual incidir en las configuraciones de las condiciones de vida de la población.

El sistema de salud de la provincia del Neuquén, históricamente sostenido sobre los principios de equidad, universalidad, calidad e integralidad, evidencia que las desigualdades sociales y territoriales sólo pueden abordarse eficazmente cuando la salud ocupa un lugar central en las políticas públicas. De este modo, se promueve no sólo el acceso efectivo a bienes y servicios sanitarios, sino también la transformación de las condiciones estructurales que perpetúan la exclusión.

En consonancia con su misión institucional —que incluye la producción de conocimiento situado, la formación de cuadros técnicos y el análisis crítico de las políticas de gobierno— la FDHI encuentra en el eje de salud integral un espacio prioritario para el despliegue de estrategias que articulen diagnóstico, planificación y propuesta. Esta primera aproximación busca consolidar equipos de trabajo provinciales mediante una experiencia compartida de análisis, lectura situada y construcción colectiva de conocimiento.

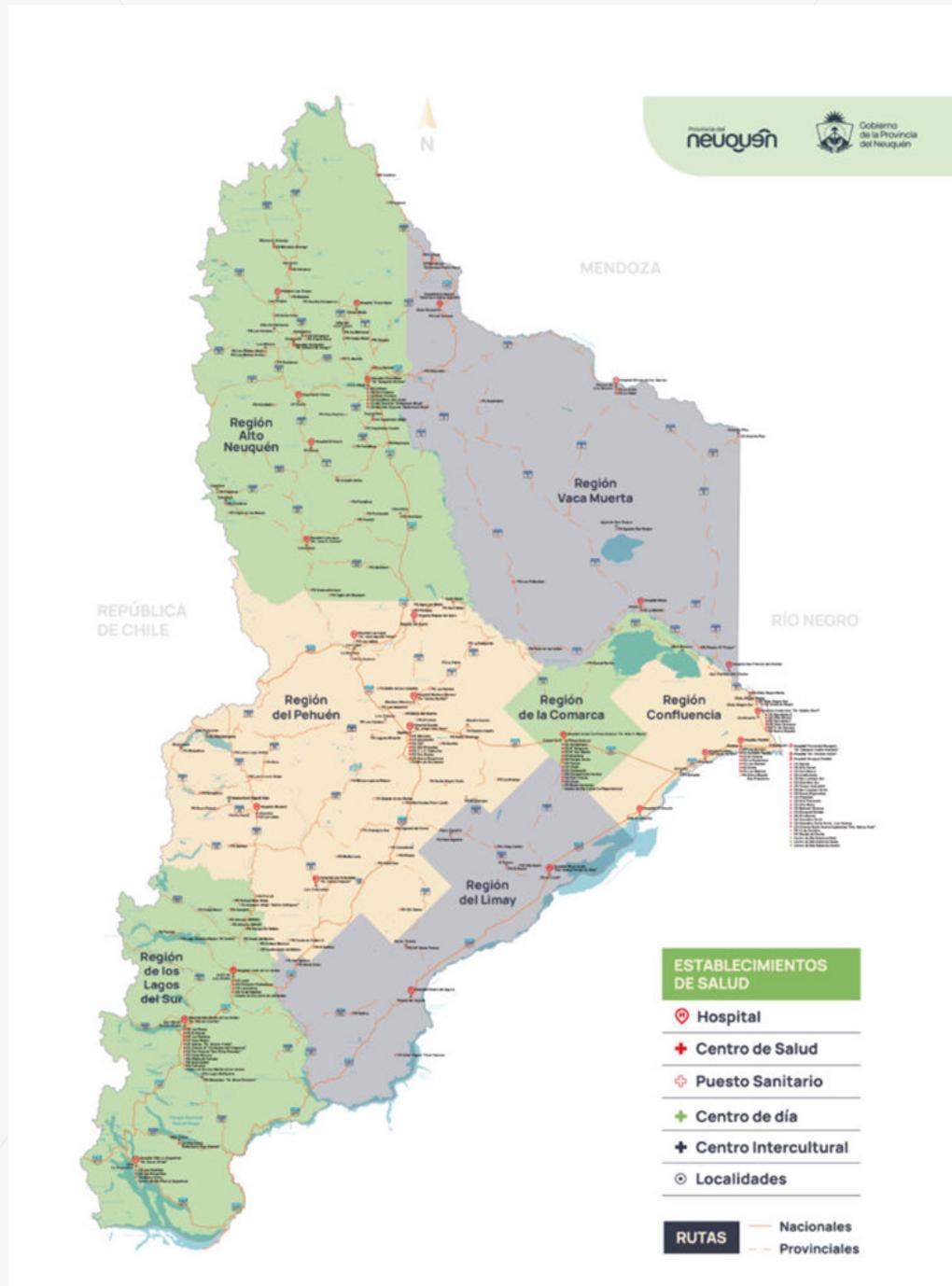
El presente documento tiene como objetivo principal ofrecer una caracterización inicial de la situación sanitaria de la provincia, organizada en torno a **cuatro componentes fundamentales**: una breve reconstrucción histórica del sistema de salud neuquino, una descripción de los principales actores institucionales en la coyuntura actual, un análisis económico del presupuesto sanitario y un diagnóstico de las políticas sanitarias implementadas en los últimos años.

Asimismo, se busca sentar las bases para el diseño de propuestas de política pública, promoviendo la articulación entre niveles de gobierno y el diálogo intersectorial como condición para una intervención transformadora.

En un escenario signado por la incertidumbre, el ajuste y la fragmentación del entramado social, sostenemos la necesidad de recuperar una ética del cuidado y una mirada humanizante como ejes rectores de cualquier proceso de formulación de políticas. Apostamos a la construcción sistemática de alternativas que, desde una praxis colectiva, restituya la política como herramienta de dignificación y posibilidad.

Un diagnóstico situado nos arrojará datos sobre los principales emergentes de salud en un contexto de regionalización del sistema sanitario, donde el modelo integral compuesto por una red con niveles de complejidad creciente podría estar siendo insuficiente por el gran crecimiento demográfico de los últimos años, crecimiento concentrado especialmente en la región capital.

## Regiones sanitarias



- Alto Neuquén: Chos Malal, Andacollo, Las Ovejas, Loncopué, El Cholar, El Huecú, Huin-ganco, Los Miches, Taquimilán, Tricao Malal, Caviahue, Copahue, Chorriaca, Coyuco Cochico, Los Guañacos, Manzano Amargo, Varvarco – Invernada Vieja, Villa del Nahueve, Villa del Curi



Leuvú,

- de la Comarca : Cutral Co, Plaza Huincul, Sauzal Bonito.
- Confluencia: Neuquén capital, Plottier, Senillosa, Centenario, Villa El Chocón, Vista Alegre, Arroyito.
- del Limay : Picún Leufú, Piedra del Águila, El Sauce, Paso Aguerre, Santo Tomas.
- del Pehuén: Zapala, Aluminé, Las Lajas, Mariano Moreno, Villa Pehuenia, Moquehue, Bajada del Agrio, Las Coloradas, Covunco, Los Catutos, Quili Malal, Ramón Castro, Villa del Puente Picún Leufú.
- de los Lagos del Sur: Junín de los Andes, San Martín de los Andes, Villa la Angostura, Villa Lago Meliquina, Villa Traful, Pilo Lil.
- Vaca Muerta: San Patricio del Chañar, Rincón de los Sauces, Buta Ranquil, Añelo, Barrancas, Octavio Pico, Aguada San Roque, Los Chihuidos.

Cada región cuenta con al menos un hospital de máxima complejidad que articula con tres niveles de atención según delimitación geográfica, con gran demanda del servicio de internación, profesionales de la salud mental y tratamiento psicosocial infantojuvenil.

| Nivel         | Instalaciones principales            | Función principal   |
|---------------|--------------------------------------|---|
| Primer nivel  | Puestos sanitarios, Centros de Salud | Atención básica, ambulatoria, domiciliaria, urgencias prehospitalarias          |
| Segundo nivel | Hospitales cabecera zonales          | Atención especializada, internación, reducción de presión en hospitales mayores |
| Tercer nivel  | Hospital Provincial                  | Alta complejidad, referencia provincial   |

El diagnóstico situado nos aportaría los datos para delinear estrategias efectivas y eficientes para el abordaje socio comunitario de la salud que requiere no solo de un recurso humano profesional, sino además de la articulación con áreas de gobierno como trabajo y educación. Además, nos permitirá abordar las cuestiones de la salud desde una perspectiva integral y humana que dé cuenta de los distintos componentes que hacen a la calidad y a la salud de la comunidad como su condiciones habitacionales, alimenticias, trabajo, educación y cultura. Por suerte, contamos con la ventaja que en el sector público de la salud todo tiene una dependencia directa con el ministerio de salud de la provincia de Neuquen, con lo cual todo análisis dependerá de la misma espectro ministerial.



## 2. Organigrama Ministerial

A continuación se desarrolla el organigrama del Ministerio de Salud. El mismo presenta dificultades en la recolección de datos, porque existen nombramientos sin decretos oficiales y cambios constantes. Presentamos la información publicada para los primeros meses del 2025.



### **Ministro de Salud**

Martin Regueiro

Formación: medicina en la UNLP y doctorado en la Univ. del Hospital Italiano

15 años en UNComa como docente.

De junio de 2022 a enero 2024 fue vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNComa

Durante 4 años fue director médico del establecimiento del Sindicato de Petroleros Privado

Experiencia en el sector privado de la salud



### **Subsecretaría de Servicios de salud**

Guadalupe Montero

Desde 2017 integra el Ministerio de Salud de Neuquén como parte del Comité de bioética y en Dirección médica

Formación: medicina en la Universidad Barceló

Especializaciones en clínica médica en UNLP

Educación y nuevas tecnologías en FLACSO

Evaluación en tecnología sanitaria UNCO



### **Directora Provincial de Atención Primaria de la Salud (CAPS, Puestos Sanitarios y Red SANA)**

María Luz Gamboa

Desde el año 2012 trabaja en la coordinación de enfermería en zona metropolitana de Neuquén.

Formación de base Enfermería y posgrado en Salud Colectiva.



### **Directora Provincial de Salud Comunitaria**

Lorena Valeria Parenti

Lic. en Trabajo Social de Universidad Nacional del Comahue. Desde el 2006 trabaja en el Ministerio de Salud en coordinación y ejecución de programas y proyectos territoriales de salud. Fue referente de "Municipios y comunidades saludables", programa de articulación intersectorial.



### **Directora Provincial de Salud Mental Comunitaria**

**Ana Paula Alegría**

Licenciada en Psicología.

Hasta 2021 se desempeñó en el Hospital de Villa La Angostura. Desde junio de 2021 hasta 2024 se desempeñó como Jefa de la Zona Sanitaria IV.



### **Directora Provincial de Maternidad e infancia**

**Elizabeth Puentes.**

Licenciada en Obstetricia de la UNLP

Trabajo desde hace más de 20 años en la Subsecretaría de Salud, como obstetrica

Se desempeñó como jefa de sector de obstetricia del Hospital Heller



### **Subsecretaría de Administración sanitaria**

**Iris Alejandra Martín**

Desde el 2 de enero de 2025 ocupa el cargo de Subsecretaria de Administración Sanitaria.

Previo a esto ocupó el cargo de Directora provincial de Administración Sanitaria durante primer año de gestión del gobierno provincial. Cumplió funciones en otros efectores de salud coordinando proyectos y con tareas de gestión. No se encuentra formación de base afín a salud o administración sanitaria.



### 3. Breve historia del sistema de salud en Neuquén

En 1955, el Territorio Nacional de Neuquén fue elevado a la categoría de provincia, a través de la ley 14.408 (Congreso de la Nación Argentina, 1955). El sistema de salud de Neuquén se creó a fines de la década de 1960 bajo el gobierno de Felipe Sapag quien, como gobernador, definió la atención de la salud de la población neuquina como una prioridad. Su gobierno planteó una reestructuración completa del sistema de salud, aumentando significativamente el número de médicos y personal. En 1970, el gobierno convocó a los doctores Elsa Moreno y Nestor Perrone para organizar el sector público de salud.

El sistema asumió una modalidad única: la cobertura para todos los pobladores. Los problemas centrales a resolver estaban dados por acceso a los servicios de salud, para facilitar la atención de la población dispersa, y por la incorporación y distribución de recursos médicos para revertir la mortalidad infantil y disminuir la tuberculosis y la hidatidosis.

En Neuquén, en 1970, la tasa de mortalidad infantil era alta, con 110 muertes cada 1000 recién nacidos vivos (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 1970). Esta tasa la colocaba entre las provincias con peores indicadores de salud infantil. La mayoría de estas muertes eran evitables. En la década de los '60 había 35 médicos, es decir uno cada 3.000 habitantes. El sistema de salud público provincial ha evolucionado significativamente, pasando de una atención sanitaria limitada a una red integrada y universal. La década de 1970 fue un punto de inflexión, con el desarrollo del "Plan de Salud" que buscaba una mayor equidad y acceso para todos los habitantes.

Para finales de la década, la tuberculosis y mortalidad infantil habían descendido, se había logrado la conformación de equipos médicos que prestaban servicios en toda la provincia, pero el Plan había quedado estancado no avanzando en el resto de los temas. Las acciones se limitaron a repetir los programas. Se operó un crecimiento importante en la remodelación y creación de establecimientos, aumentando sus niveles de complejidad. La tecnología se fue incorporando y se equiparon recibiendo partidas de Nación.

A partir de 1989, la gratuidad del sistema de salud público sufrió cambios. Se comenzó a implementar el "arancelamiento hospitalario" el cual consistió en comenzar a cobrar un monto fijo por cada prestación brindada en los hospitales públicos de Neuquén (consultas, internaciones, estudios diagnósticos, procedimientos quirúrgicos, etc.), algo que hasta entonces era gratuito para todos los usuarios.



¿A quiénes se les cobraba?

1. A pacientes con cobertura de obra social o prepaga: se les facturaba directamente al prestador (la obra social o empresa de medicina prepaga), cuya contraparte debía reembolsar al Estado provincial el valor de la atención.

2. Pacientes sin cobertura formal (autónomos, monotributistas informales, trabajadores no registrados): debían abonar un arancel simbólico o pleno en el hospital, según su capacidad de pago y la reglamentación interna de cada establecimiento.

Quedaban exceptuados los sectores de menores ingresos y jubilados/pensionados, previa acreditación de pobreza o condición de vulnerabilidad (aunque en la práctica la evaluación de estas exenciones resultó confusa y generó barreras de acceso). Este sistema buscaba “recuperar costos” y contener el creciente desfinanciamiento, pero cristalizó un debate político entre quienes apoyaban la modernización del Plan de Salud, argumentando que sin algún nivel de copago sería imposible sostener la calidad y equidad del sistema, y quienes defendían la gratuidad absoluta, señalando que la salud es un derecho constitucional y que cualquier cobro (por pequeño que fuera) retraería la demanda, especialmente de los sectores con mayor vulnerabilidad.

La tensión terminó marcando el devenir de las políticas sanitarias provinciales en los años siguientes, con sucesivos “parches” de exención y ajustes tarifarios que, a la postre, erosionaron la universalidad que había caracterizado al sistema neuquino.

Entre 1993 y 1995 el desempleo alcanzó tasas superiores al 15%. La desocupación se convirtió en un problema estructural. A partir de 1995 se instalan los planes de empleo provincial (Ley 2128) y nacional. El sistema público de salud se vio desbordado al tener que hacer frente a la atención de personas que perdieron sus obras sociales. Esto, ligado a la escasez presupuestaria, generó conflictos salariales y con los usuarios por el deterioro en la accesibilidad al sistema.

El deterioro profundo del sistema de salud se agudiza desde el año 2002, a partir de la decisión gubernamental de vender las viviendas institucionales (durante toda la gestión el gobierno neuquino del MPN ofrecía casas institucionales para que los profesionales vinieran a la provincia con trabajo y hogar, esta lógica se introdujo en varios ministerios), incluidas las de salud. En las localidades del interior el daño fue mayor ya que la población solo contaba con el sistema público de atención.

La profundización de la crisis se hace evidente por la carencia de insumos básicos para la atención y mantenimiento de los hospitales y centros de salud, el deterioro salarial y la falta de una ley que fije la carrera sanitaria.



En ese momento se hizo especial hincapié en que el único mecanismo capaz de resolver el deterioro salarial y la falta de incentivos era, justamente, la sanción de esa carrera sanitaria. Es decir, sin un escalafón claro, los sueldos permanecían congelados o indefinidos, no existían criterios formales para asignar aumentos ni promociones y se generaban inequidades entre profesionales del mismo nivel en distintos hospitales.

Por eso se sostenía que “la única salida” —la vía para poner fin a la crisis de salarios bajos, fuga de personal y falta de reconocimiento profesional— pasaba por establecer ese régimen de carrera que garantice, de manera ordenada y transparente, la mejora y equiparación de sus ingresos.

Desde el año 2004 hasta enero de 2007 renunciaron al sistema público de salud 233 trabajadores de los cuales el 80% eran profesionales de distintas disciplinas. El problema afectaba no solo a los hospitales de máxima complejidad, sino también a las localidades del interior y el primer nivel de atención. El 53% de las renunciaciones en éste período se produjeron en hospitales y centros de salud del interior neuquino donde el recurso humano era crítico, el sector privado tenía escasa participación o estaba ausente y la población tenía menor accesibilidad a la atención.

El 13 de abril de 2007 el Ministro de Salud y Seguridad Social de la Provincia declaró el “Estado de Emergencia Sanitaria” a raíz de las medidas de fuerza que llevaban adelante los trabajadores del sector (Legislatura de la Provincia del Neuquén, 2007). La crisis del sistema afectaba directamente las inscripciones para las residencias médicas que pasaron de 400 postulantes en 2003 a 210 en el presente año.

A partir de 2005 se intensificó la injerencia de la política partidaria en la conducción de la salud pública: muchos cargos claves dejaron de cubrirse por sus méritos técnicos y pasaron a otorgarse por cuotas de poder. Aunque la estructura central creció en número de direcciones y personal, quedó vacía de expertos capaces de planificar y supervisar el sistema. Al debilitarse la rectoría estatal (es decir, la función de regular y coordinar su red de hospitales y centros de salud) se abrió un espacio que el sector privado aprovechó para imponer sus propias lógicas de mercado.

Creció en forma exponencial el sector privado, con clara lógica de lucro, con el agravante de generar en, muchos casos, situaciones de precarización y explotación laboral. El Estado desertó en las dos puntas del proceso de atención (alta complejidad y primer nivel de atención).

El gobierno provincial sigue sosteniendo en el discurso al sistema de salud, como un logro de cobertura universal único en el país, pero en la realidad el desfinanciamiento, los conflictos



de los trabajadores del sector por sus condiciones laborales y de salarios produjeron el agotamiento del sistema, la fragmentación al interior entre los agentes que la integran, y la caída de la calidad de atención.

#### 4. Principales medidas estratégicas

Para analizar las principales medidas implementadas y su impacto comenzaremos con ver el cambio de propuesta realizado por el Ministro Martín Regueiro para su gestión, para ver ventajas y desventajas sobre el plan anterior, detectando los objetivos que se dejan de lado desde la misma propuesta de planificación.

A diferencia con el Plan Provincial de Salud 2019-2023 (Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén, 2019), que se basaba en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) impulsados por la ONU, el nuevo Plan Provincial de Salud parte de la premisa de que ante las múltiples necesidades por un lado, y los recursos limitados para hacerles frente por el otro, es necesario priorizar los problemas de salud apoyados en la información sanitaria. De esta manera se desmarca de lineamientos generales y no se subraya la articulación con las otras áreas de la provincia.

Para definir las prioridades sanitarias, se realizó un análisis de los principales registros provinciales: defunciones, hospitalizaciones y consultas. A partir de estos datos, cada región de la provincia identificó sus problemas de salud más relevantes, teniendo en cuenta las particularidades y necesidades propias de su territorio. El proceso de priorización dio como resultado la selección de 14 problemas de salud que, en conjunto, representan el 52% de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en la provincia del Neuquén.

Si bien esta metodología de planificación permite obtener mejores resultados estadísticos en términos de reducción de la mortalidad y los años de vida potencialmente perdidos, deja fuera de las prioridades a muchos problemas que impactan de manera directa y sostenida en la calidad de vida de la población. Ejemplos de esto son la salud sexual integral y el embarazo en la adolescencia. Aunque estas problemáticas no producen un número elevado de muertes, sus consecuencias afectan profundamente el bienestar, el desarrollo personal y las trayectorias de vida de quienes las atraviesan.

También a diferencia del plan anterior dentro de las "líneas de cuidado" para afrontar estos 14 problemas priorizados se habla poco del aumento necesario de la infraestructura y construcción de nuevos Hospitales y Centros Asistenciales y se insiste con mejorar la logística y la informatización de datos.



Con respecto a la aplicación de lo planificado la nueva gestión comete el mismo error cometido en el año 2004, recién iniciada la última gestión de Jorge Omar Sobisch. La operación de separar Salud de Acción Social se ejecutó a través de la gestión de Jorge Lara en 2004–2005, sin respaldo explícito en un decreto nombrado, pero quedó formalmente plasmada en la estructura administrativa a más tardar en marzo de 2005.

En esa oportunidad, el ministro Jorge Lara mantuvo su cargo en Salud y trasladó a todo su equipo de confianza desde Acción Social, casi duplicando el personal de la Subsecretaría con personas sin formación específica en salud. Cambiando no solo los puestos de mayor jerarquía sino toda la línea intermedia generando múltiples problemas y debiendo a mitad de la gestión cambiar el Subsecretario de Salud y devolver a los puestos de trabajo a gente que había despedido anteriormente.

En la actualidad, a menos de año y medio de gestión, se concretó una nueva reorganización: se volvió a dividir en dos las subsecretarías que habían sido integradas el año anterior. Estas medidas provocaron sucesivos cambios de autoridades intermedias que generaron múltiples conflictos en el nivel central.

En cuanto a las políticas públicas, y en el contexto actual de Neuquén con un gran avance de empresas privadas atraídas por el mercado del petróleo, se evidencia un elevado costo de salud-prepagas con un impacto directo en la espera en las salas de urgencias (guardias) de los hospitales públicos. Según Loncopan Berti (2024), el incremento en el valor de las prepagas y el plus por estudios generaron un aumento significativo en la presión sobre las guardias de emergencias, internaciones y estudios complementarios. Sánchez (2024) precisa que ese incremento de costos fue fulminante: se duplicó en cuatro meses, con alzas mensuales de 40 %, 27 %, 20 % y hasta 19 %, obligando a muchos a migrar al sistema público (Loncopan Berti, 2024; Sánchez, 2024).

El aumento en la demanda provocó una merma en la calidad de la atención médica, ya que, con más pacientes en urgencias y consultas, se redujo el tiempo dedicado al diagnóstico y a la atención personalizada. Al concentrarse gran parte del esfuerzo en resolver casos de carácter general, disminuye la posibilidad de brindar una asistencia meticulosa y específica para cada persona. En este marco, la subdirectora del Hospital Heller, Gisela Rossi, explicó que “pacientes con órdenes de laboratorio o ecografías emitidas en el sector privado pero que no pueden pagarlos” acuden a las guardias públicas, lo que genera saturación y retrasos “especialmente en áreas de emergencia, internación y estudios complementarios” (Rossi, 2024, marzo 22).

Por otro lado en cuanto al Primer Nivel de Atención, si bien cuentan con un plan estratégico, el



incremento en la tasa poblacional y el escaso recurso profesional para atender las demandas, termina por colapsar cualquier abordaje que intente ser promocional de la salud.

La salud comunitaria exige un trabajo articulado con distintas áreas como trabajo, cultura, ciudadanía y educación, y requiere además de equipos de recursos humanos con presencia territorial y capacidad de abordajes situacionales. Estos equipos deben reconocer que el bienestar y el equilibrio de las personas no dependen únicamente de factores biomédicos, sino que están profundamente vinculados a su contexto cultural, a sus condiciones materiales de vida y a las oportunidades reales para su desarrollo personal y colectivo.

## 5. Medidas económicas

El año 2024 se caracterizó por un contexto de profunda recesión a nivel nacional como consecuencia de las políticas impulsadas por el gobierno de Javier Milei: baja de salarios en términos reales, aceleración inflacionaria del primer trimestre, pérdida de empleo, aumento de tarifas de servicios y transporte, reducción de fondos nacionales para el financiamiento de la obra pública, contención del dólar por crawling peg, sumado a especulación financiera con el ya conocido carry trade.

Alineado a la política nacional, el gobierno provincial acompañó la contención de los gastos corrientes de la provincia (reducción de salarios, desvinculación de personal del estado, aumento tarifario) que se tradujo en un superávit del 8,6% durante el 2024. Esto se explica no sólo por una política de reducción de gastos sino porque, a contramano de la situación nacional, la provincia incrementó sus ingresos por más del 264%, muy por encima de la inflación, fundamentalmente por el crecimiento de las inversiones en gas y petróleo de los yacimientos no convencionales y la posibilidad de exportar excedentes de estos hidrocarburos.

### **Informe de Gestión 2024: Ley de Emergencia Sanitaria y Recupero Financiero**

El presupuesto definitivo 2024 destinado al Ministerio de Salud en sus distintas categorías programáticas ascendió a \$546.805 millones de pesos, con una participación relativa del 14,4%. Según el informe de contaduría publicado, del presupuesto asignado, unos \$13 mil millones quedaron sin ejecutar, lo que representa el 2,6 %.

Es de destacar que durante el 2024 la Legislatura sancionó la Ley de Emergencia Sanitaria debido a una crisis sanitaria global, la cual le permitió al Ejecutivo realizar las reestructuraciones presupuestarias necesarias y la contratación y compra directa de insumos y servicios. Asimismo, a través del Recupero Financiero, que implica el cobro por atención a afiliados de obras sociales y prepagas, contó con una recaudación de más de \$16.600 millones. Estos fondos fueron destinados a la compra de insumos por la Ley de Emergencia y parte de los



mismos son utilizados de manera descentralizada, es decir, cada hospital/centro de salud lo destina de acuerdo a sus necesidades.

## Presupuesto Provincial 2025

Para la confección del Presupuesto 2025, la provincia tomó como datos de partida las proyecciones de las variables macroeconómicas utilizadas para el presupuesto nacional.

| CONCEPTO   | 2025<br>(millones de pesos) |
|--|-----------------------------|
| <b>INGRESOS CORRIENTES</b>                           | <b>5.798.145,8</b>          |
| INGRESOS TRIBUTARIOS                                 | 2.790.965,5                 |
| DE ORIGEN PROVINCIAL                                 | 1.853.763,1                 |
| DE ORIGEN NACIONAL                                   | 937.202,4                   |
| NO TRIBUTARIOS                                       | 2.591.879,4                 |
| - REGALIAS   | 2.421.516,8                 |
| - TASAS, DERECHOS Y OTROS                            | 170.362,5                   |
| VENTA DE BIENES Y SERVICIOS/ INGRESOS DE OPERACIÓN   | 301.057,8                   |
| RENTAS DE LA PROPIEDAD                               | 72.149,2                    |
| TRANSFERENCIAS PARA FINANCIAR EROGACIONES CORRIENTES | 42.093,9                    |
| <b>INGRESOS DE CAPITAL</b>                           | <b>73.036,4</b>             |
| RECURSOS PROPIOS DE CAPITAL                          | 2.937,9                     |
| TRANSFERENCIAS DE CAPITAL                            | 50.880,5                    |
| DISMINUCIÓN DE LA INVERSIÓN FINANCIERA               | 19.218,0                    |
| <b>INGRESOS TOTALES</b>                              | <b>5.871.182,3</b>          |

La proyección de ingresos de la provincia avizora mayor crecimiento para este 2025, acompañado por las inversiones previstas bajo el régimen del RIGI. El presupuesto presentado ante la Legislatura de la Provincia contempla un superávit del 7,3%, definido de la siguiente manera: Las regalías constituyen la principal fuente del financiamiento provincial, seguido por los tributarios de origen provincial, que en su conjunto representan el 74% de los recursos totales. Los recursos tributarios de origen nacional, para el presupuesto 2025 alcanzarían sólo el 16%. En cuanto a la distribución del presupuesto por jurisdicción, es decir cómo se distribuyen los recursos, en el siguiente gráfico podemos observar que entre el Ministerio de Educación y Economía concentran el 44 % del presupuesto, le sigue el Ministerio de Infraestructura con el 17 % y el Ministerio de Salud queda en un cuarto lugar con un 13%, 1,5 puntos porcentuales por debajo de la asignación definitiva en el año 2024:



### Presupuesto en Salud 2025

Como se puede observar en el gráfico precedente, el porcentaje de presupuesto destinado a salud representa un 13% del global, esto implica un aumento del 29,3% de incremento en términos nominales respecto al año 2024. Si tenemos en cuenta que la inflación acumulada al mes de abril asciende a 11,6 %, y el informe Ejecutivo del Banco Central proyecta una inflación anual de 29,5 %, estamos frente a un presupuesto que equivale al de 2024 en términos reales, ni un peso más ni un peso menos.

Del presupuesto destinado al Ministerio de Salud se listan 5 partidas principales: gastos de personal que representa el 77%, Bienes de Consumo por un 12%, Servicios no personales 10%, Bienes de Uso 1% y transferencias que pueden ser del sector privado o público para financiar gastos corrientes.



Como se puede observar, Gastos de Personal es el que se lleva la mayor proporción de recursos destinados al Ministerio de Salud, esto se replica en casi todas las reparticiones, ya que se estima en un 50% del presupuesto total para gasto de planta de personal del estado.

En ese sentido, es importante diferenciar el destino de los recursos en función a las Categorías Programáticas, que nos dará una idea de hacia donde se direccionan los recursos y con qué finalidad.

Según el análisis realizado del presupuesto desagregado por dichas categorías, en primer lugar se observa la eliminación de algunas que estaban presentes en el presupuesto 2024, a saber: Maternidad e Infancia y Adolescencia, Fiscalización Sanitaria, Programa de Caritas Felices, Programa Sumar, entre otros; y la incorporación de nuevas categorías como Seguridad Transfuncional, Cuidados Paliativos, Abordaje de Mortalidad Infantil, Salud Sexual y Diversidad, Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles. Adicionalmente se visualiza un incremento considerable de recursos en áreas referidas a fortalecimiento de la atención primaria y salud territorial.

A continuación, se muestra en detalle el presupuesto destinado a las diferentes categorías programáticas, participación relativa en el total de asignación al Ministerio, categorías que se han eliminado y la variación respecto el año pasado en términos nominales y reales:



### LISTADO DE CATEGORÍAS PROGRAMÁTICAS

| CÓDIGO         | DENOMINACIÓN   | CRÉDITO 2025                 | Participación % | Var % 2024-2025 | Variación en Términos Reales |
|----------------|--|------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------------|
| ACE 1          | FORMULACIÓN Y CONDUCCIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD                                     | \$ 9.309.166.542,00          | 1,3%            | -7%             | -29%                         |
| ACE 2          | ADMINISTRACIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTARIA   | \$ 21.902.858.190,00         | 3,1%            | 17%             | -10%                         |
| ACE 3          | GESTIÓN Y CONTROL DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD                                | \$ 130.280.821,00            | 0,0%            | 2%              | -21%                         |
| ACE 4          | FONDOS DE RECUPERO FINANCIERO DE SERVICIOS DE SALUD                                  | \$ 17.800.000.000,00         | 2,5%            | 106%            | 59%                          |
| ACE 5          | ADMINISTRACIÓN DE INSUMOS HOSPITALARIOS  | \$ 60.314.981.861,00         | 8,5%            | -9%             | -29%                         |
| ACO 31         | INFORMACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD                           | \$ 64.949.752,00             | 0,0%            | 38%             | 6%                           |
| PRG 31         | COORDINACIÓN DE ACCIONES SANITARIAS  | \$ 13.958.294.683,00         | 2,0%            | 33%             | 3%                           |
| PRG 32         | ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD  | \$ 546.350.715.518,00        | 77,3%           | 33%             | 2%                           |
| PRG 33         | PROGRAMA FEDERAL DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS- INCUCAU/CUCAI NEUQUEN          | \$ 214.000.000,00            | 0,0%            | 34%             | 3%                           |
| PRG 34         | PROGRAMA DE MATERNIDAD E INFANCIA  | \$ 1.207.749.451,00          | 0,2%            | 1172%           | 883%                         |
| PRG 35         | SUMAR MAS / PROGRAMA REDES   | \$ 964.259.711,00            | 0,1%            | 450%            | 325%                         |
| PRG 36         | PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD SANITARIA /PUNTO SALUDABLE                    | \$ 699.115.533,00            | 0,1%            | 3137%           | 2399%                        |
| PRG 37         | PROGRAMA DE SEGURIDAD TRANSFUNCIONAL   | \$ 770.088.958,00            | 0,1%            |                 |                              |
| PRG 38         | MATERNIDAD E INFANCIA Y ADOLESCENCIA   | \$ -                         | 0,0%            | -100%           |                              |
| PRG 39         | CAPACITACIÓN DE RRHH / RESIDENCIAS MÉDICAS   | \$ 11.299.775.121,00         | 1,6%            | 41%             | 9%                           |
| PRG 40         | REGULACIÓN Y CONTROL DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y CONTROL BROMATOLÓGICO              | \$ 4.140.741.258,00          | 0,6%            |                 | -                            |
| PRG 40         | PRESTACIONES MÉDICAS / FISCALIZACIÓN SANITARIA                                       | \$ -                         | 0,0%            | -100%           | -100%                        |
| PRG 41         | RED DE INGENIERÍA CLÍNICA  | \$ 8.977.384.631,00          | 1,3%            | 317%            | 222%                         |
| PRG 42         | ABORDAJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO | \$ 166.509.000,00            | 0,0%            |                 | -                            |
| PRG 43         | PROGRAMA DE DIVERSAS PATOLOGÍAS  | \$ -                         | 0,0%            | -100%           | -100%                        |
| PRG 44         | PROGRAMA CARITAS FELICES   | \$ -                         | 0,0%            | -100%           | -100%                        |
| PRG 45         | PROYECTO FUNCIONES ESCENCIALES Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA                          | \$ -                         | 0,0%            | -100%           | -100%                        |
| PRG 46         | PROGRAMAS MÉDICOS COMUNITARIOS   | \$ -                         | 0,0%            | -100%           | -100%                        |
| PRG 47         | CUIDADOS PALIATIVOS  | \$ 19.122.000,00             | 0,0%            |                 |                              |
| PRG 48         | ABORDAJE DE MORTALIDAD INFANTIL  | \$ 90.838.000,00             | 0,0%            |                 |                              |
| PRG 49         | SALUD SEXUAL Y DIVERSIDAD  | \$ 89.155.000,00             | 0,0%            |                 |                              |
| PRG 50         | SISTEMA INTEGRADO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA   | \$ -                         | 0,0%            | -100%           | -100%                        |
| PRG 51         | CAUIDAD AMBIENTAL  | \$ 532.303.189,00            | 0,1%            | -40%            | -54%                         |
| PRG 52         | MANTENIMIENTO EDILICIO   | \$ 23.245.991,00             | 0,0%            | -4%             | -26%                         |
| PRG 54         | PREVENCIÓN DE LA HIDATIDOSIS   | \$ 742.589.521,00            | 0,1%            | 674%            | 498%                         |
| PRG 56         | MANTENIMIENTO Y ADQUISICIÓN DE FLOTA VEHICULAR DE SALUD                              | \$ 288.493.861,00            | 0,0%            | -34%            | -49%                         |
| PRG 58         | PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES                                   | \$ 16.180.000,00             | 0,0%            |                 |                              |
| PRG 59         | PROGRAMA INCLUIR SALUD   | \$ 562.000.000,00            | 0,1%            | 26%             | -3%                          |
| PRG 60         | EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA   | \$ 203.992.177,00            | 0,0%            |                 |                              |
| PRG 61         | PROGRAMA DE ACCIÓN TOTAL PARA PERSONAS CON CELIAQUÍA NEUQUEN                         | \$ -                         | 0,0%            | -100%           |                              |
| PRG 71         | SALUD EN EL TERRITORIO   | \$ 242.327.114,00            | 0,0%            | 248%            | 168%                         |
| PRG 72         | PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES  | \$ 1.014.552.703,00          | 0,1%            | -3%             | -23%                         |
| PRG 73         | PROGRAMA SUMAR   | \$ -                         | 0,0%            | -100%           |                              |
| PRG 74         | PROMOCIÓN DE LA SALUD  | \$ 2.404.331.600,00          | 0,3%            | 4794%           | 3679%                        |
| PRG 75         | ABORDAJE DE TUMORES  | \$ 265.418.000,00            | 0,0%            | 24636%          | 19001%                       |
| PRG 76         | SALUD INTEGRAL EN ADOLESCENCIA   | \$ 291.945.944,00            | 0,0%            | 2202%           | 1678%                        |
| PRG 77         | PROGRAMA RED DE LECHE HUMANA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN                             | \$ 528.792.409,00            | 0,1%            | 6568%           | 5049%                        |
| PRG 78         | FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN/CUIDADO EN CAPS                              | \$ 1.421.297.269,00          | 0,2%            | 190167%         | 146825%                      |
| <b>TOTALES</b> |  | <b>\$ 707.007.455.808,00</b> | <b>100%</b>     |                 |                              |

## Conclusiones económicas

En primer lugar, es menester mencionar que frente a los descalabros e improvisaciones del "plan de estabilización nacional", sumado a proyecciones de inflación y tipo de cambio muy lejanos a la realidad, en el mes de marzo el Ejecutivo de Neuquén emitió el Decreto 299/2025 que modifica y flexibiliza el Presupuesto General Vigente (Gobierno de la Provincia de Neuquén, 2025). De este modo resulta impracticable contar con una previsión real que refleje el destino de los recursos fiscales de la provincia, quedando de este modo librado a la arbitrariedad del Ejecutivo de turno. Como datos relevantes a tener presente del presupuesto elabo-



rado por el Ejecutivo y Aprobado por el Legislativo, se pueden mencionar:

- El presupuesto destinado al Ministerio de Salud no tuvo incrementos en términos reales, sino más bien perdió 1,5 puntos porcentuales de participación respecto del año pasado.
- Se prevé seguir intensificando los ingresos por Recupero Financiero (cobro de obras sociales y prepagas) en más del 59%.
- Se visualiza una reducción del 29% de recursos destinados a Insumos hospitalarios y un 25% en el Programa de Salud Mental y Adicciones.
- Se reduce el presupuesto tanto para mantenimiento de edificios y de la flota vehicular.

## 6. Conclusiones

Tras examinar la trayectoria histórica del sistema y el diagnóstico de las políticas recientes en Neuquén, resultan evidentes varias tendencias preocupantes:

### 1. Ausencia de beneficios reales en relación a derechos.

Ninguna de las medidas adoptadas hasta la fecha ha mostrado un impacto positivo significativo en las condiciones laborales del personal de salud ni en la experiencia de quienes acceden al sistema. Por el contrario, los continuos recambios en la cúpula ministerial y las subsecretarías han profundizado la inestabilidad organizativa, generando incertidumbre y erosión de la confianza en la gestión pública

### 2. Privilegio de intereses concentrados

La tensión creciente entre el sector público y los prestadores privados, reitera un modelo que beneficia a grupos económicos poderosos (farmacéuticas y empresas de medicina prepaga) en detrimento de la solidaridad del sistema público.

### 3. Focalización excesiva en indicadores cuantitativos

La priorización de los 14 problemas que explican el 52 % de los años de vida potencialmente perdidos ha optimizado ciertos indicadores estadísticos, pero ha invisibilizado determinaciones de la salud que, si bien no acusan un alto peso en mortalidad, deterioran de modo sustancial la calidad de vida de amplios sectores poblacionales.

### 4. Subfinanciamiento de la salud comunitaria y mental

La reducción real del 1,5 % en la participación del presupuesto provincial para el Ministerio de Salud, junto con la eliminación de partidas para programas de infancia, adolescencia y salud mental, debilita los dispositivos de atención primaria y socava las estrategias preventivas y comunitarias, pilares de un sistema realmente universal.



## Propuestas transformadoras

Para superar el estancamiento y recuperar la esencia solidaria de nuestro sistema, proponemos un enriquecimiento de las instancias organizativas y la formulación de políticas bajo al menos dos ejes rectores que van a ser desarrollados en el segundo informe de la FDHI Neuquén pero que vale la pena mencionar:

### 1. Redefinición del consenso sanitario

Impulsar espacios de participación ciudadana y de los propios trabajadores —asambleas territoriales, consejos locales de salud, foros de jóvenes y de personas con discapacidad— que permitan reconstruir un pacto y contrato social en torno a un sistema público solidario. Esta “nueva gramática” deberá centrar la solidaridad como principio organizador, en línea con los legados de Carrillo: derecho universal a la salud, integración de la política social y técnica, y dispositivos adecuados para llevar la atención al pueblo.

### 2. Enfoque preventivo y comunitario

- Reconocer la salud mental y la salud sexual como prioridades estratégicas, con programas específicos de prevención del suicidio, consumos problemáticos y violencia de género.
- Restituir partidas presupuestarias para proyectos de infancia y adolescencia, con acompañamiento territorial.
- Fortalecer la red de dispositivos del Primer nivel de Atención con una mirada APS mediante la incorporación de equipos multidisciplinarios sin perder de vista la atención personalizada y domiciliaria, con un posicionamiento intercultural.

## Hacia un sistema de cuidado integral

Los indicadores internacionales (Banco Interamericano de Desarrollo, 2024) demuestran que los modelos con fuerte componente estatal y financiación solidaria (Reino Unido, Canadá, Cuba) obtienen mejores resultados de salud a menor costo per cápita que los sistemas privatizados. Neuquén, con su experiencia de cobertura universal, cuenta con la infraestructura (técnica y humana) para convertirse en referente de una política de cuidado integral.

Ello requerirá:

- **Voluntad política sostenida**, traducida en leyes que fijen la carrera sanitaria, reglas claras de financiamiento y mecanismos de rendición de cuentas.
- **Compromiso social**, a través de la movilización organizada de comunidades, sindicatos y profesionales de la salud.
- **Creatividad institucional**, desarrollando nuevos instrumentos de gobernanza multi-sectorial y plataformas de diálogo permanente entre gobierno, academia y sociedad civil.

Sólo así podremos devolver a la solidaridad y al cuidado colectivo su lugar central en la escena sanitaria y política de Neuquén, garantizando un desarrollo humano integral que honre



tanto la tradición histórica del sistema como las urgencias y aspiraciones de las y los habitantes de nuestra provincia.

Para finalizar, cabe destacar que el presente documento es un diagnóstico de la situación sanitaria neuquina, con su historia, su presente y sus posibles determinaciones futuras. Será parte de un trabajo a posteriori desarrollar estrategias en diferentes líneas de trabajo en relación a los ejes rectores.



## Bibliografía

- **Banco Central de la República Argentina.** (2025). Informe de política monetaria: marzo 2025. Buenos Aires: BCRA.
- **Banco Interamericano de Desarrollo.** (2024). Indicadores de desempeño de sistemas de salud en América Latina. Washington, D. C.: BID.
- **Congreso de la Nación Argentina.** (1955). Ley N° 14.408: Eleva el Territorio Nacional de Neuquén a la categoría de provincia. Boletín Oficial de la Nación.
- **Gobierno de la Provincia de Neuquén.** (2024). Informe de Contaduría 2024. Neuquén: Ministerio de Economía.
- **Gobierno de la Provincia de Neuquén.** (2025). Decreto N° 299/2025: Modifica y flexibiliza el Presupuesto General Vigente. Neuquén: Ejecutivo Provincial.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (1970). Informes de mortalidad infantil 1960–1975. Buenos Aires: INDEC.
- **Legislatura de la Provincia del Neuquén.** (2007). Ley Provincial N° 3.422: Declaración de emergencia sanitaria. Boletín Oficial de la Provincia del Neuquén.
- **Loncopan Berti, L.** (2024, 22 de marzo). Por la suba en las prepagas crece la demanda en el sistema público de salud de Neuquén. Diario Río Negro.
- <https://www.rionegro.com.ar/politica/por-la-suba-en-las-prepagas-crece-la-demanda-en-el-sistema-publico-de-salud-de-neuquen-3479770/> (Accedido el 1 de julio de 2025)
- — Cita en el texto: (Loncopan Berti, 2024)
- **Manoukian, D. E., & Venturini, N. I.** (2021). Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino. Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.
- **Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.** (2024). Plan provincial de salud 2019–2023. Neuquén: Ministerio de Salud.
- **Naciones Unidas.** (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU.
- **Sánchez, M. I.** (2024, 4 de abril). No dejó de crecer la demanda en los hospitales de los excluidos por las prepagas. La Mañana Neuquén.
- <https://www.lmneuquen.com/neuquen/no-dejo-crecer-la-demanda-los-hospitales-los-excluidos-las-prepagas-n1103672> (Accedido el 1 de julio de 2025)
- — Cita en el texto: (Sánchez, 2024)

# Neuquén: Diagnóstico y Perspectiva de un Sistema de Salud en disputa

Fundación para el Desarrollo Humano Integral

Julio 2025

 Fundación  
para el  
Desarrollo  
Humano  
Integral