



# **SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD ARGENTINO**

BASES PARA LA DISCUSIÓN



**FUNDACION  
SOBERANIA  
SANITARIA**

El debate actual sobre la construcción de un sistema nacional integrado de salud en la Argentina requiere partir de algunas premisas que sirvan de base para arribar a todo acuerdo posible. Desde nuestro espacio proponemos los puntos que siguen que, lejos de ser una receta, pretenden ser ejes posibles para abrir la discusión.

1. El acceso a la salud incluye las acciones relacionadas con atención, promoción, prevención y cuidado y es un derecho universal. Por lo tanto, resulta una responsabilidad indelegable del Estado garantizar su ejercicio sin diferencias entre una persona y otra sin importar el nivel de ingresos, el tipo de cobertura o el lugar de residencia.
2. La integración del sistema de salud argentino es necesaria porque uno de sus principales problemas es la fragmentación, que produce y reproduce la desigualdad en el acceso.
3. Toda acción dirigida a la integración del sistema de salud deberá mejorar el acceso del pueblo en general o de una parte de la población especialmente vulnerada y no podrá ir en perjuicio del acceso a la salud de ninguna persona que habite el suelo argentino.
4. El sistema de salud argentino es único y singular en sus características. Su composición, su evolución histórica y la totalidad de quienes participan de él deben ser tenidas en cuenta al proponer su integración. Se debe evitar imitar ejemplos extranjeros o aplicar modelos prediseñados para que las políticas sean eficaces y gocen de la legitimidad necesaria.
5. Los cimientos del sistema nacional integrado de salud argentino (SNISA) son el Estado y las obras sociales, que en conjunto constituyen el sistema solidario de salud. Lo que lo caracteriza es que quien gana más ayuda a quien gana menos, quien está sano ayuda a quien está enfermo y lxs más jóvenes

ayudan a los más viejos. Las empresas de medicina prepaga también forman parte del sistema.

6-. El SNISA necesita un sistema nacional integrado de información en salud que incluya los datos epidemiológicos, de gestión, infraestructura y fuerza laboral de todos los subsectores y todas las jurisdicciones.

7. El SNISA exige una política nacional respecto a la fuerza laboral en salud. Para mejorar el acceso del Pueblo a la salud deben resolverse los problemas de desigualdad hacia adentro del equipo de salud y de inequidad en la distribución geográfica de profesionales. El reconocimiento como trabajo de las tareas de cuidado forma parte de la política laboral del sistema nacional integrado de salud.

8. La articulación entre el sistema nacional integrado de salud y el sistema científico tecnológico es fuente de soberanía sanitaria y de desarrollo económico.

9. Una política integrada de medicamentos y tecnología médica mejorará el acceso del Pueblo a la salud y reducirá los costos para los financiadores.

10. La integración plena del sistema de salud se logrará con la incorporación de la comunidad organizada en la toma de decisiones sanitarias.

A continuación se desarrollará cada una de las definiciones que se acaban de plantear.

## **El acceso a la salud es un derecho universal y garantizar su ejercicio, una responsabilidad indelegable del Estado**

Cuando se plantea que la salud es un derecho, a menudo resulta difícil traducir en términos concretos en qué consiste ejercerlo. Si la salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la capacidad de luchar individual o colectivamente en la resolución de conflictos que representen obstáculos para la construcción de la felicidad, como propone Floreal Ferrara, y se considera que eso es un derecho, cuesta establecer cuáles son las obligaciones que debe asumir el Estado para garantizarlo. Sin embargo, existen instituciones, prácticas y tecnologías que sirven para el cuidado y la atención de la salud, sea como sea definida. Acceder a ellas es lo que constituye un derecho humano universal y, por lo tanto, una obligación del Estado para con todas las personas.

Garantizar el derecho al acceso a la salud excede ampliamente asegurar la atención médica de la población. De hecho, el momento del encuentro de una persona con el equipo de salud para el diagnóstico y tratamiento de algún problema debe ser precedido, acompañado y sucedido de acciones de promoción de la salud que favorezcan un estilo de vida más saludable (vida social, educación sexual integral, cepillado de dientes, tiempo libre, etc.), acciones de prevención primaria de los problemas de salud más prevalentes (acceso a vacunas, preservativos, salud ambiental, alimentación, actividad física, etc) y acciones de diagnóstico temprano de esos problemas (control de peso y talla, buco dental, PAP, mamografía y ecografía mamaria, examen prostático, colonoscopia, control de la glucemia, colesterol y triglicéridos, etc.). La concreción de estas acciones dependen de las personas que, por fuera del equipo de salud, ejercen tareas de cuidado individual o colectivamente,

ya sea hacia ellas mismas o hacia otras personas, sea de manera formal o informal. Que una persona o un grupo poblacional quede excluida de alguna de esas acciones implica una vulneración a su derecho al acceso a la salud.

Si bien los derechos humanos son inherentes a las personas y su existencia no depende del reconocimiento de un Estado, el sistema jurídico nacional garantiza una protección amplia del derecho a la salud. Así es que al reconocimiento histórico en la Constitución Nacional, en donde el derecho a la salud fue siempre entendido como una condición de protección del derecho a la vida, la reforma de 1994 otorgó rango constitucional a numerosos instrumentos internacionales de protección de derechos humanos que lo reconocen explícitamente. Entre ellos se destaca el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce en su artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. También reconocen el derecho a la salud el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. En cada una de estas normas se hace especial foco en las obligaciones del Estado tendientes a garantizar el acceso a la salud y a remover las barreras de acceso.

Todas las constituciones provinciales reconocen, cada una con rasgos que son propios, el derecho a la salud como un derecho humano fundamental cuya protección está en cabeza del Estado. Del mismo modo, es absoluto el acuerdo jurisprudencial respecto del reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental.

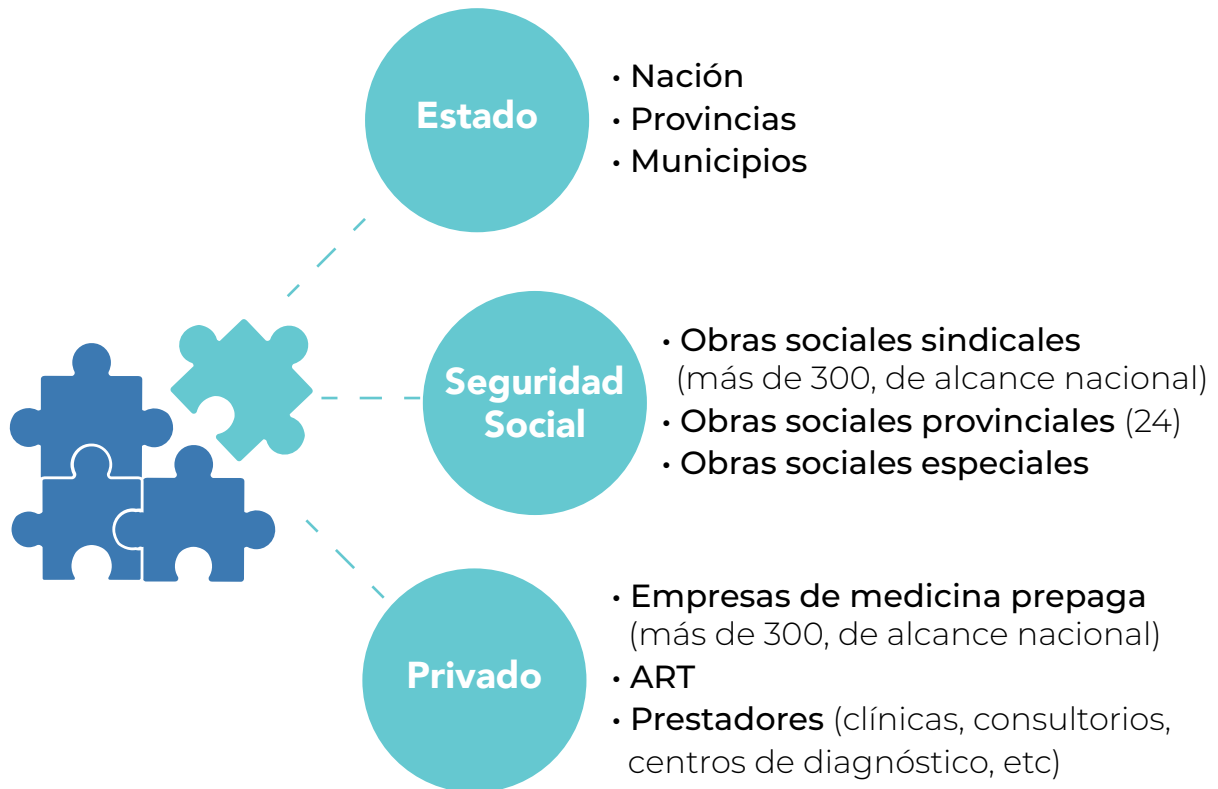
En conclusión, el derecho a la salud es un derecho humano fundamental con fuerte protección de las constituciones provinciales, de la Constitución Nacional y del Sistema Internacional de Protección de Derechos Humanos. Esta protección incluye la obligación del Estado de realizar todas las acciones tendientes a garantizar la universalidad en el acceso a la salud.

**La integración del sistema de salud argentino es necesaria porque uno de sus principales problemas es la fragmentación, que produce y reproduce la desigualdad en el acceso.**

Habitualmente, se describe al Sistema de Salud Argentino (SSA) como dividido en 3 subsectores: el público/estatal, el de la seguridad social y el de la medicina privada. El primero se financia con las rentas nacionales, provinciales o municipales; el segundo, con los aportes de trabajadorxs y empleadorxs y el tercero, con las cuotas que pagan lxs clientes de las empresas de medicina prepaga. Los tres subsectores también se diferencian en sus principios rectores: mientras que tanto el subsector estatal como el de la seguridad social se rigen por la solidaridad para garantizar el ejercicio del derecho a la salud, el privado se basa en la búsqueda del lucro por parte de las empresas y la búsqueda de un mejor servicio por parte de lxs usuarixs.

El Estado Nacional regula a las obras sociales y empresas de medicina prepaga.

Figura 1. Fragmentación en el sistema de salud argentino.

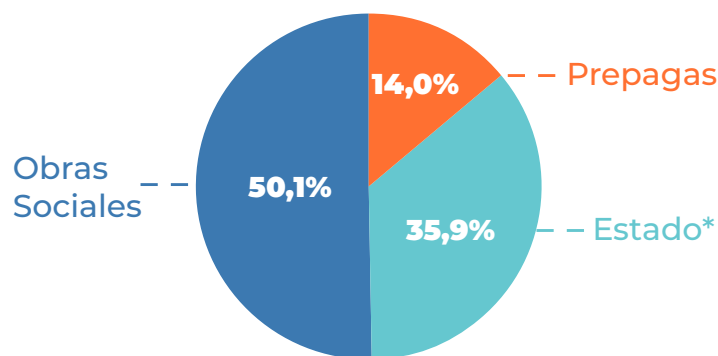


Fuente: Elaboración propia.

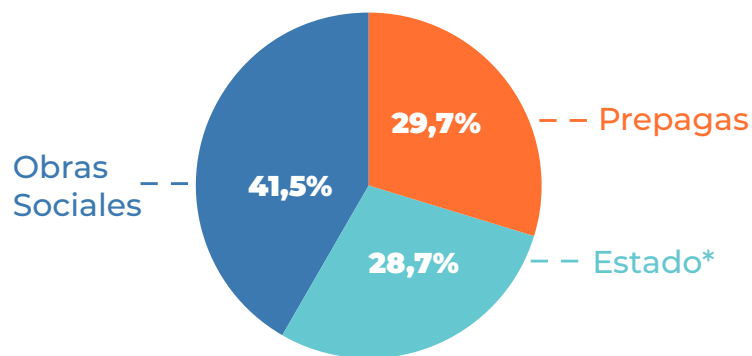
Si bien la cobertura que provee el Estado es universal, el 36% de la población cuenta exclusivamente con la cobertura estatal. El subsector de la seguridad social, por su parte, pese a los altos índices de desocupación y de empleo informal sigue siendo el predominante, cubriendo al 50% de la población. Las empresas de medicina prepaga cubren al 14%, incluyendo a quienes les derivan sus aportes salariales y quienes abonan una cuota voluntariamente (Figura 2). Una primera muestra de la desigualdad que produce la fragmentación es la desproporción entre la población cubierta y la parte de la inversión total en salud que le corresponde a cada subsector. Según los últimos datos disponibles, que datan de 2017, el gasto total en salud en Argentina es del 9,4 % del Producto Bruto Interno (PBI) y se distribuye de la

siguiente manera: el 2,7% corresponde al Estado, el 3,9% a las obras sociales y el 2,8% a las empresas de medicina prepaga (Figura 3). Eso quiere decir que el gasto se concentra en el subsector privado, en detrimento del Estado y las obras sociales.

**Figura 2. Distribución de la población según cobertura en salud.**



#### Distribución del gasto en salud

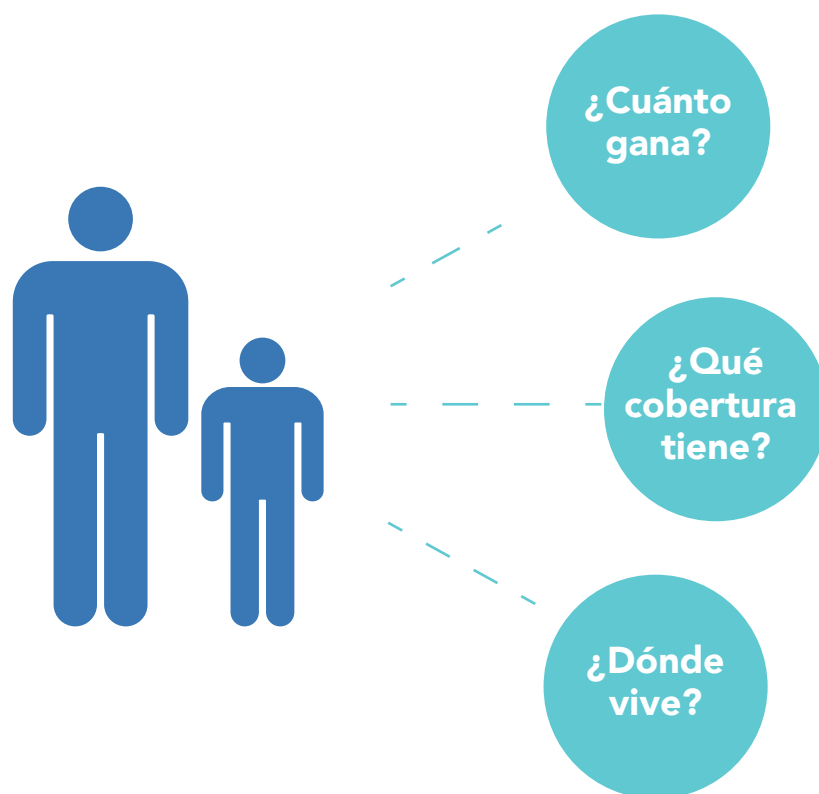


\*Si bien en Argentina toda la población cuenta con la cobertura estatal en salud, aquí se distingue al grupo que sólo tiene esta cobertura.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, INDEC.



Figura 3. Distribución del gasto en salud según subsector



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del documento “¿Cuánto gasta la Argentina en salud?”, Secretaría de Gobierno en Salud, Buenos Aires, 2019.

La fragmentación produce desigualdad también hacia adentro de cada uno de los subsectores. El Estado tiene por un lado a la Nación, que cuenta con el presupuesto pero tiene muy pocos hospitales y ningún centro de salud; por otro lado a las 23 provincias y la ciudad de Buenos Aires, que tienen bajo su dependencia la mayor parte de los hospitales, y los municipios, que cuentan con la mayor parte de los centros de salud y muchos hospitales. Cada provincia y cada municipio tiene su propio sistema de salud. Por ende, como hay provincias y municipios que tienen mayor o menor infraestructura sanitaria o tienen políticas sanitarias más o menos inclusivas, el lugar de residencia es un determinante de la desigualdad en el acceso a la salud.

Las obras sociales sindicales son 292. A ellas se les agregan una obra social provincial por cada una de las jurisdicciones, las obras sociales especiales, como las de los poderes legislativo y judicial o las de las universidades nacionales y el PAMI. Hay obras sociales chicas y grandes, ricas y pobres. Desde 1997, las obras sociales sindicales compiten entre sí por la cartera de afiliadxs. Desde 2000, con la total desregulación de las obras sociales, las empresas de medicina prepaga irrumpieron en esa puja, quedándose con los aportes correspondientes a los salarios más altos. Ese fenómeno, que se denomina “descreme”, desfinanció a todas las obras sociales pero perjudicó especialmente a las más chicas y pobres, muchas de las cuales desaparecieron. Las que subsisten tienen una pequeña masa de afiliadxs cautivxs, lxs de salarios más bajos, que no les interesan a las obras sociales más grandes ni a las prepagas.

Tanto las obras sociales como las empresas de medicina prepaga contratan los servicios de prestadores privados, que se concentran en los grandes centros urbanos. A principios de este siglo comenzó un proceso de cierre progresivo de las clínicas y centros de diagnóstico privados en las ciudades de menos de 50.000 habitantes, quedando como única institución de salud el hospital municipal. Eso suma a la desigualdad producida por el lugar de residencia.

La desigualdad del sistema también se manifiesta por el carácter regresivo que tiene el gasto de bolsillo en salud. Es decir que en el gasto de bolsillo, las personas de menos ingresos gastan proporcionalmente más para acceder a prácticas o prestaciones de salud. Eso se ve en la diferencia entre obras sociales y entre diferentes planes de medicina prepaga en la cantidad de prestaciones cubiertas al 100% o en el descuento en medicamentos.

**Toda acción dirigida a la integración del sistema de salud deberá mejorar el acceso del pueblo en general o de una parte de la población especialmente vulnerada y no podrá ir en perjuicio del acceso a la salud de ninguna persona que habite el suelo argentino.**

La construcción del SNISA parte de la necesidad de reducir la desigualdad existente en el ejercicio de un derecho. Quienes ya gocen de pleno acceso a la salud no perderán nada de lo logrado y se beneficiarán con el mejor funcionamiento del sistema de salud. En el sistema integrado toda persona que lo desee podrá pagar la cuota de una prepaga pero el objetivo es que el acceso a la salud sea igual para toda la población, sin importar qué cobertura tenga, cuánto gane, cuánto pague ni dónde viva.

**El sistema de salud argentino es único y singular en sus características. Su composición, su evolución histórica y la totalidad de quienes participan de él deben ser tenidas en cuenta al proponer su integración. Se debe evitar imitar ejemplos extranjeros o aplicar modelos prediseñados para que las políticas sean eficaces y gocen de la legitimidad necesaria.**

A lo largo de la historia se intentó aplicar diferentes recetas dictadas por organismos internacionales que pretendían resolver los problemas de los sistemas de salud de los países subdesarrollados periféricos dependientes como la Argentina. Al renegar del sistema preexistente, al hacer diagnósticos aplicando categorías que no habían surgido de la realidad nacional o al rechazar como interlocutores a los principales actores en el campo de la salud, fracasaron, su implementación fue muy parcial o tuvieron como efecto el aumento de la fragmentación y la desigualdad. El ejemplo más reciente es la cobertura universal en salud (CUS) que quiso

impulsar el macrismo y no pasó de la impresión de hojas membretadas, cajas y varios miles de carnets.

Tampoco sirve soñar con replicar en nuestro país el Servicio Nacional de Salud británico o el Sistema Nacional de Salud cubano, casi exclusivamente estatales o el sistema alemán, basado en la seguridad social, aunque el estudio de esos modelos sin duda puede resultar útil para definir estratégicamente nuestro propio modelo.

El éxito en la construcción del SNISA depende de la capacidad de diálogo, negociación y de la concreción de alianzas estratégicas. Hay unanimidad con respecto al problema operativo, financiero y ético que representa la fragmentación. Es necesario que queden plasmadas las necesidades de todos los actores, que el debate pueda darse de la manera más amplia posible y que se arribe a una serie de puntos básicos de acuerdo.

**Los cimientos del sistema nacional integrado de salud argentino (SNISA) son el Estado y las obras sociales, que en conjunto constituyen el sistema solidario de salud. Las empresas de medicina prepaga también forman parte del sistema.**

Tanto el subsector estatal como el de la seguridad social tienen como principio rector la solidaridad. Es decir que están pensados originalmente como instrumentos redistributivos para garantizar el acceso equitativo a la salud. Lo que lo caracteriza es que quien gana más ayuda a quien gana menos, quien está sano ayuda a quien está enfermo y los más jóvenes ayudan a los más viejos. Es lo opuesto a la lógica del seguro, que se basa en la búsqueda del resguardo individual o familiar por parte del cliente mediante la cobertura de la atención, el diagnóstico y el tratamiento en

caso de enfermedad y que por el lado de la empresa se guía por el cálculo actuarial para definir las tarifas y la admisibilidad. En ese esquema, para tener mejor acceso es necesario pagar más y, como tienen mucho mayor riesgo de necesitar prestaciones, las personas más viejas y más enfermas a priori no son admisibles. Al estar prohibido en nuestro país desde 2011 el rechazo por razones de edad o de enfermedad preexistente, las personas más viejas y más enfermas deben pagar más para acceder a las prepagas.

Las obras sociales no desreguladas (el PAMI, todas las obras sociales provinciales con la única excepción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las obras sociales universitarias, de los poderes legislativo y judicial y de las fuerzas armadas) siempre continuaron funcionando solidariamente pero las obras sociales sindicales se vieron obligadas por efecto de la desregulación a incorporar elementos de la lógica del seguro para subsistir, aumentando la fragmentación y el acceso desigual. Por lo tanto, la restauración de la lógica solidaria para la totalidad del subsector de la seguridad social es un paso indispensable para la integración del sistema de salud.

Las posibilidades de integración virtuosa del sistema solidario de salud son muchas y su implementación mejoraría el acceso a la salud de la mayor parte de la población. Van desde la unificación de la información, como se desarrollará en el punto siguiente, hasta la homogeneización de los modelos de atención, pasando por la compra conjunta de medicamentos y tecnología. También implica la división de funciones y la búsqueda de abordajes territoriales coordinados.

## **El SNISA necesita un sistema nacional integrado de información en salud que incluya los datos epidemiológicos, de gestión, infraestructura y fuerza laboral de todos los subsectores y todas las jurisdicciones.**

Además de la fragmentación financiera y geográfica, la fragmentación en términos de información es otro importante productor de desigualdad. Hasta ahora, la información sanitaria disponible para el análisis y la toma de decisiones es casi exclusivamente la que se produce en el subsector estatal. Desde la falta de datos epidemiológicos que reflejen la situación de salud de la población hasta la ausencia de una historia clínica digital única son obstáculos para el acceso a la salud.

Durante la pandemia de COVID-19 que todavía estamos atravesando, se hizo evidente que las jurisdicciones que pudieron generar instancias de integración en la gestión de camas, como la provincia de Buenos Aires, lograron que, aun en los momentos con mayor cantidad de casos, todas las personas que necesitaron estar internadas consiguieran lugar, tuviesen la cobertura que tuviesen, evitando las escenas trágicas que se vieron en otros países en los que las personas morían en las casas o en las calles. Si ese nivel de integración se consolidara y profundizara después de la pandemia, podría resolverse, por ejemplo, un problema que se da todos los inviernos en la Argentina, que es la saturación de las salas de internación de clínica y pediatría con niños pequeños y adultos mayores con problemas respiratorios. Al mismo tiempo, permitirá construir información epidemiológica sobre la totalidad de la población, imprescindible a la hora de tomar decisiones en salud.

**El SNISA exige una política nacional respecto a la fuerza laboral en salud. Para mejorar el acceso del Pueblo a la salud deben resolverse los problemas de desigualdad hacia adentro del equipo de salud y de inequidad en la distribución geográfica de profesionales. El reconocimiento como trabajo de las tareas de cuidado forma parte de la política laboral del sistema nacional integrado de salud.**

El trabajo en salud está signado por la fragmentación y la desigualdad. Lo vemos en la desproporcionada concentración de profesionales en los grandes centros urbanos que, a su vez, trabajan mayormente en el subsector privado, dejando sin cubrir puestos en las ciudades de menos de treinta mil habitantes y en los hospitales y centros de salud estatales. El 43% de lxs profesionales de la salud tiene más de un empleo, mientras que en la población general apenas un 9,6% está en esa condición<sup>1</sup>. Las personas con un sólo empleo trabajan un promedio de 39 horas semanales mientras que aquellas que están en situación de pluriempleo lo hacen por 52 horas semanales. Si a esto se le suma que la fuerza laboral en salud está compuesta mayoritariamente por mujeres<sup>2</sup>, sobre las que continúa recayendo la carga de tareas de cuidado hogareñas no remuneradas, las jornadas laborales son aún más extensas. El pluriempleo aparece como una solución parcial de lxs trabajadorxs de la salud ante condiciones laborales desfavorables (contrataciones irregulares y de tiempo parcial, tercerización o subcontratación) y las bajas remuneraciones, especialmente al compararlas con las de profesionales que se desempeñan en otras actividades.

Además de aumentar el riesgo de sufrir accidentes laborales y de haber contribuido en 2020 a la diseminación de la COVID-19, el pluriempleo

---

1 MTEySS (2014). Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud. Sobre datos de EPH y SIPA. Documento de trabajo. Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social de la Nación.

2 PNUD (2018). Mujeres y varones en el sector salud. En Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ª ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD, 2018.

funciona como limitante de la capacidad operativa del subsector estatal. Si el personal de salud tuviese dedicación exclusiva en el sistema solidario, la posibilidad de profundizar en el diagnóstico de salud de la población a cargo, de planificar actividades y de extender los horarios de atención aumentaría exponencialmente a la vez que se daría una respuesta más efectiva y cuidada tanto para lxs trabajadores como para quienes asisten al sistema de salud.

En el caso de la Enfermería, la situación es más grave. Argentina es el país de la región que tiene menos enfermerxs cada mil habitantes<sup>3</sup>. Además de replicarse la desigual distribución geográfica y entre lo público y lo privado, hay graves diferencias en el nivel de formación. A esto se le suma que, según la OMS, más del 70% de las acciones relacionadas al cuidado de la salud son competencia y tarea de enfermería, y que es una de las profesiones más feminizadas dentro del campo de la salud. Todo esto hace que sea un grupo dentro de la fuerza de trabajo que requiere especial atención en la base de la integración del sistema.

Estos problemas pueden explicar en parte por los siguientes factores: a) la brecha salarial existente tanto entre los subsectores privado y estatal como entre las distintas jurisdicciones del subsector estatal (Nación, provincias, CABA y municipios); b) las diferencias en las condiciones laborales no salariales (obra social, comodidades edilicias, servicio de comedor, flexibilidad horaria, etc.) entre los subsectores privado y estatal; c) las mayores oportunidades para la formación de posgrado, la educación de lxs hijxs, el esparcimiento y el pluriempleo en las ciudades grandes y d) la inequidad de género que también se manifiesta en el acceso desigual a lugares jerárquicos y a menores salarios por igual trabajo.

---

<sup>3</sup> Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2020). Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina, datos 2019. Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe\\_fdt\\_datos2019\\_vf-1.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_fdt_datos2019_vf-1.pdf).



La integración en este plano puede expresarse, por un lado, en la instauración progresiva de una carrera sanitaria nacional que compatibilice títulos e incumbencias, prevenga la posible discriminación entre profesiones, determine la homologación progresiva de cargos y salarios, reduzca la puja salarial entre jurisdicciones y subsectores, facilitando así la movilidad y complementariedad, y que asegure la educación permanente. Por otro, en una planificación estratégica de la distribución de profesionales en el territorio que garantice una proporción pareja de equipos de salud por cantidad de habitantes.

### **La articulación entre el sistema nacional integrado de salud y el sistema científico tecnológico es fuente de soberanía sanitaria y de desarrollo económico.**

La secuenciación genética del virus SARS-COV2 el desarrollo de tecnología que va desde kits diagnósticos hasta vacunas propias, el análisis de datos que permitió comprender mejor el desarrollo de la pandemia y planificar nuevas formas de abordaje, los ensayos clínicos para evaluar tratamientos, los estudios sociales de diferentes tipos que ayudaron a mejorar las formas de intervención y muchos otros logros que se dieron en muy poco tiempo demostraron, durante la pandemia de COVID-19, la arrolladora sinergia que puede lograrse cuando el sistema de salud y el sistema científico tecnológico trabajan en conjunto y con objetivos comunes.

No hay política sanitaria sin política social y económica. La Salud del Pueblo no sólo es un Derecho, sino que además constituye un motor del desarrollo económico del País. En ese contexto, la tecnología en general tiene un papel cada vez más importante en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el tratamiento y rehabilitación de las personas.

Si pudiesen definirse objetivos científicos y tecnológicos a mediano plazo en base a las necesidades estratégicas del sistema de salud, mejoraría el acceso a la salud del pueblo, se reduciría la dependencia de la importación de tecnología médica y se abrirían posibilidades infinitas de desarrollo industrial con alto valor agregado.

### **Una política integrada de medicamentos y tecnología sanitaria mejorará el acceso del Pueblo a la salud.**

Los medicamentos son parte de la tecnología más utilizada en el campo de la salud para abordar los problemas de salud-enfermedad-atención, lo cual los convierte en bienes sociales, y no de consumo. Los precios de los medicamentos se generan en un escenario donde interactúan monopolios, oligopolios, intereses corporativos y cuestiones geopolíticas. Esos precios son los que muchas veces ponen en jaque la posibilidad de garantizar el derecho a la salud de las personas. Resulta imprescindible promover desde el Estado la creación de asociaciones público-privadas con la industria farmacéutica con el objetivo de realizar sustitución de importaciones, transferencia tecnológica y disminución de los precios de los productos farmacéuticos, insumos y equipos.

El camino hacia la soberanía nacional en medicamentos y tecnologías sanitarias es largo y requiere de políticas de inversión en desarrollo tecnológico prolongadas en el tiempo que trascienden un periodo de gobierno de cuatro años. Para contrarrestar, aunque sea parcialmente, los abusos en cuestión de precios de las corporaciones farmacéuticas internacionales, resulta estratégico generar consorcios de negociación y compra de medicamentos y tecnologías sanitarias. En estos consorcios deben estar representados el sistema público y las obras sociales, que son los principales compradores de

medicamentos del país, para optimizar el poder de negociación y compra de los recursos que aún no se fabrican en Argentina.

El Estado debe garantizar el acceso, la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos y tecnologías en todo el territorio nacional. Por ello el SNIS debe contar con una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias que aplique criterios de soberanía, equidad y derecho para evaluar la eficacia de los medicamentos y otras tecnologías. No solo se trata de comprar a un precio razonable, si no de invertir en tecnologías que sean eficaces y puedan ser aplicables a todas las personas que las necesiten.

**La integración plena del sistema de salud se logrará con los cuidados como eje central incorporando a la comunidad organizada en la toma de decisiones sanitarias.**

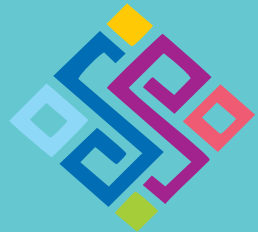
La comunidad organizada ha sido históricamente la base para mejorar las condiciones de vida y los cuidados de la salud en la Argentina. Desde la organización sindical hasta los movimientos políticos nacionales y populares, pasando por las sociedades de ayuda mutua y las masivas respuestas solidarias ante catástrofes coyunturales como inundaciones, terremotos, incendios o epidemias, y estructurales, como la malnutrición crónica de las niñas. La integración del sistema requiere que todas estas acciones de participación sean respaldadas y promovidas por el sector salud y desde el Estado.

Durante la pandemia de COVID-19 se presentó súbitamente la necesidad de reformular los sistemas de atención e integrar distintos actores institucionales y organizaciones sociales que operan en el campo de la salud. Desde el comienzo, la respuesta de la sociedad en general y del sector salud en particular fue centrada en políticas de cuidados. La realidad permitió comprender que

todo cuidado individual tiene una dimensión colectiva y que era necesario incluirla como un eje central al pensar en términos de sistema.

Como ejemplo podemos mencionar la implementación de Comités Operativos de Emergencia (COE) que generó instancias provinciales, municipales y barriales con representación social e institucional y capacidad operativa que permitieron la implementación de políticas de Estado adecuadas a las necesidades y capacidades locales. Resulta impracticable la creación de un dispositivo de formato único que pueda adecuarse a todas las comunidades. Cada región debe tener en cuenta sus particularidades a la hora de diagramar dispositivos de participación. Hay experiencias concretas en nuestro país de COEs que pudieron generar con éxito la integración de subsectores sanitarios con representación comunitaria a nivel local para optimizar recursos que resultaron escasos como camas, oxígeno, equipos de protección personal (EPP) u otros. En muchos casos, también planificaron las acciones sanitarias para buscar casos de COVID-19 de manera activa con gran protagonismo de los referentes barriales para reformular las estrategias en cada territorio.

Resulta necesario plantear la creación de instancias de diálogo y gobierno (Comités Operativos en Salud, COES) con representación de la comunidad organizada y otros actores del campo sanitario. Esa estrategia se profundizará mediante la organización de dispositivos formales con responsables y funciones establecidas en la estructura del SNISA con capacidad operativa para concretar la integración de acuerdo a las particularidades regionales y locales. Es esencial la continuidad en el tiempo de estas instancias democráticas para poder dar respuestas estratégicas a los problemas de salud que puedan aparecer en el futuro, a los viejos problemas que aún no hallan solución y a la necesidad de aportar desde el ámbito sanitario a la construcción de una patria más justa, libre y soberana.



**FUNDACION  
SOBERANIA  
SANITARIA**

[www.soberaniasanitaria.org.ar](http://www.soberaniasanitaria.org.ar)

 /SoberaniaSalud

 @SoberaniaSalud

 /SoberaniaSalud