

ALAMES ARGENTINA

Grupo de Estudios

PERCEPCIONES, EXPERIENCIAS Y VALORACIONES: LA VOZ DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Condiciones de accesibilidad, continuidad de cuidados y extensión efectiva de las coberturas en los subsectores público, privado y de la seguridad social en Argentina

Período 2023–2026.

Informe de Resultados

G. Biagini, S. Lopez, S. Spotorno.

Agradecemos la colaboración de L. Grigaitis, M. Tartara, M. Cassini, V. Venticinque, M. Derooy, R. Menezes y P. Torres.

Resumen

El presente informe sistematiza los resultados de un relevamiento realizado por el Grupo de Estudios de ALAMES Argentina entre abril y junio de 2026, sobre experiencias y percepciones de 475 trabajadores/as y profesionales de la salud con desempeño en el período 2023-2026. La técnica de recolección de información consistió en una encuesta autoadministrada a partir del uso de Google Forms con preguntas cerradas y abiertas. El estudio indagó condiciones de accesibilidad, cobertura efectiva, continuidad de cuidados, condicionantes estructurales del lugar de trabajo y valoraciones sobre la posible transformación del sistema. Los hallazgos confirman un diagnóstico transversal de fragmentación (67,4%), deterioro generalizado de las condiciones de trabajo -detrimento salarial (93%) y burnout (89%)- y una brecha persistente entre cobertura nominal y efectiva. El 90% de los encuestados considera que el sistema necesita transformación; sin embargo, el empate casi exacto entre quienes la perciben *como prioritaria* (44,2%) y *como necesaria pero inviable* (45,9%) expresa la paradoja política central del campo sanitario argentino en este período. El estudio se inscribe en la corriente de pensamiento crítico de la medicina social latinoamericana/ salud colectiva y fue realizado con alcance federal (ocho regiones del país), aunque con sobrerrepresentación del eje AMBA.

Palabras clave: sistema de salud · fragmentación · salud colectiva · trabajadores de la salud · reforma sanitaria · cobertura · carga laboral.

1. Presentación

1.1 Propósito, objetivo y finalidad

El presente informe sistematiza los resultados del relevamiento realizado por el Grupo de Estudios de ALAMES Argentina entre abril y junio de 2026, orientado a analizar el estado del sistema de salud desde la perspectiva de las y los trabajadores del sector. Si bien el trabajo de campo se desarrolló durante dicho período, el estudio recupera experiencias, percepciones y valoraciones referidas al período 2023-2026. Su propósito es identificar, desde la mirada de quienes se desempeñan en los distintos ámbitos de atención y cuidado, las principales problemáticas que atraviesan el sistema de salud, así como las posibilidades de transformación y las propuestas de cambio formuladas por sus propios actores.

El objetivo general del proyecto es caracterizar las percepciones, experiencias y valoraciones de profesionales de la salud acerca de las condiciones de accesibilidad, continuidad de cuidados y extensión efectiva de las coberturas en los tres subsectores, en el contexto de las reconfiguraciones del período 2023-2026.

La finalidad del estudio es producir información actualizada sobre las condiciones de funcionamiento del sistema de salud y las transformaciones acontecidas durante el período analizado, aportando insumos para la reflexión, la elaboración de propuestas y la incidencia político-sanitaria en el campo de la medicina social y la salud colectiva.

1.2 Marco conceptual

El estudio se inscribe en la perspectiva de la corriente de pensamiento crítico de la medicina social/salud colectiva latinoamericana (Breilh, 2003; Laurell, 1994; ALAMES, s/f), que concibe la salud como un campo complejo y dialéctico de determinación social en el que los procesos de trabajo, las condiciones estructurales y las decisiones político-institucionales definen las posibilidades reales de acceso, continuidad y calidad de la atención. El sistema de salud argentino, desde esta perspectiva, no es simplemente un arreglo técnico de provisión de servicios sino el resultado de disputas históricas entre modelos de organización sanitaria, intereses corporativos y concepciones del rol del Estado y del derecho a la salud.

1.3 Antecedentes: integración posible, reforma interrumpida

Esta fragmentación no es una condición inevitable del sistema: la historia política argentina registra al menos un intento concreto y legislativamente aprobado de superarla. En septiembre de 1974, durante el tercer gobierno de Juan Perón y bajo la conducción sanitaria de Domingo Liotta, el Congreso Nacional sancionó las leyes 20.748 -Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)- y 20.749 -Carrera Sanitaria Nacional-, el único proyecto de reforma integral del sistema de salud aprobado por ambas cámaras del Congreso en la historia argentina (Codagnone y Fontela, 2022; ALAMES Argentina, 2021), aunque su implementación fue parcial pues, por fuertes presiones sindicales, las obras sociales no adhirieron, lo que impidió el alcance unificador del Estado. Se desarrolló en San Luis, La Rioja, Chaco y Formosa, y fue interrumpida por el golpe cívico-militar de 1976 y derogada de facto por la dictadura en 1978. La fragmentación actual no es, desde esta perspectiva, el resultado de una ausencia de propuestas sino de condiciones político-institucionales que impidieron su realización.

1.4 Trayectoria histórica de la fragmentación del sistema argentino

La fragmentación del sistema de salud argentino no es un accidente ni una fatalidad estructural: es el resultado acumulado de decisiones político-institucionales que, a lo largo de décadas, consolidaron y profundizaron la segmentación entre subsectores. Mario Rovere (2016) caracteriza este proceso con la metáfora de las "bombas de fragmentación": decisiones que, al detonar, producen efectos sistémicos duraderos sobre la arquitectura del sistema. El resultado visible es un "archipiélago": subsectores que coexisten sin comunicarse, con lógicas financieras, poblaciones y reglas de juego propias, sin un principio integrador común (Rovere, 2016; Belmartino, 2005).

El período 2023-2026, contexto de este estudio, agrega un nuevo capítulo a esa trayectoria. Los Decretos 170, 171 y 172/2024 —en implementación del DNU 70/23 del gobierno de Javier Milei— habilitaron la libre elección entre obras sociales y prepagas desde el primer día de empleo, sin período mínimo de afiliación. La medida profundiza el descreme desde el inicio de la relación laboral, amplía la derivación de fondos solidarios hacia el sector privado y reduce aún más la masa redistributiva disponible para las coberturas de mayor

complejidad y menor rentabilidad. En el mismo período se produjeron aumentos desregulados de cuotas de medicina prepaga y modificaciones en la regulación del PMO, todo lo cual contribuye a la percepción de deterioro de la cobertura efectiva.

2. Nota metodológica

2.1 Instrumento y universo

Se aplicó un cuestionario estructurado de 26 preguntas distribuidas en cuatro bloques: caracterización del informante, condiciones de accesibilidad y cobertura, características institucionales del lugar de trabajo y percepciones sobre el sistema y sus transformaciones. Se diseñaron preguntas cerradas con escala tipo Likert, preguntas de selección múltiple y un ítem abierto de propuestas.

El relevamiento fue realizado en modalidad autoadministrada, difundido a través de redes de ALAMES Argentina y organizaciones vinculadas al campo de la salud. El universo de referencia fueron profesionales de la salud con un mínimo de tres años de antigüedad en el ejercicio profesional, que se hubieran desempeñado durante el período 2023-2026. La muestra está conformada por 475 encuestados.

2.2 Muestra

Se recibieron 492 respuestas totales, de las cuales 475 fueron consideradas válidas (96,5%) y 17 inválidas por no cumplir el criterio de antigüedad mínima. El análisis se realizó sobre las 475 respuestas válidas.

2.3 Representatividad geográfica

La distribución geográfica de la muestra refleja una marcada sobrerrepresentación del eje AMBA/GBA (56,4% entre CABA y GBA) respecto tanto a la distribución de establecimientos de salud según el Registro Federal de Establecimientos de Salud como a la distribución poblacional del Censo 2022. Las regiones Centro, NOA y Cuyo están severamente subrepresentadas en relación a ambas referencias. Esta limitación debe considerarse al extraer conclusiones de alcance federal, en particular para las regiones con base pequeña: Cuyo (n=14) y zona rural (n=9)¹.

3. Caracterización de la muestra

3.1 Perfil sociodemográfico y profesional

La muestra presenta tres rasgos estructurales determinantes: feminización mayoritaria (72,6% femenino, 26,7% masculino, 0,6% otro género), concentración en el sector público (86,7%) y predominio de profesionales de larga trayectoria (54,9% con 20 o más años de ejercicio; 82,1% con más de 10 años). La perspectiva predominante es, por lo tanto, la de trabajadoras con experiencia acumulada en el sistema público, con capacidad comparativa respecto a etapas anteriores del sistema.

Profesión	N	%
Medicina	197	42%
Psicología	61	13%

¹Para la comparación con fuentes externas se utilizaron: REFES 2024 (distribución de establecimientos), INDEC Censo Nacional 2022 (distribución poblacional), datos del Observatorio Federal de RRHH en Salud MSAL 2015 y datos sobre distribución profesional de Silberman y Silberman (2022).

Profesión	N	%
Enfermería	58	12%
Trabajo Social	51	11%
Otras profesiones	68	14%
Odontología	13	3%
Bioquímica	9	2%
Obstetricia	6	1%
Kinesiología	6	1%
Farmacia	3	1%
Nutrición	3	1%
Total	475	100%

Tabla 1. Distribución por profesión principal (n=475). Los porcentajes no suman 100% por redondeo.

La feminización es diferencial por profesión: Trabajo Social (90%) y Psicología (85%) presentan la mayor proporción femenina (Farmacia registra 100%, pero con n=3 no es generalizable); Medicina (62%) y Odontología (54%) muestran mayor equilibrio. Esta distribución no es neutral: las profesiones más feminizadas coinciden con las que registran mayor deterioro en burnout y salarios, y con las que operan en los eslabones más precarios del sistema.

3.2 Distribución geográfica y sectorial

Región	N	% muestra	REFES 2024	Censo 2022
AMBA/GBA (CABA + GBA)	268	56,4%	17,0%	~29,4%
Interior PBA	52	10,9%	14,9%	~15,6%
NEA	46	9,7%	7,8%	9,2%
Patagonia	35	7,4%	11,6%	5,7%
Centro	31	6,5%	16,4%	20,3%
NOA	29	6,1%	16,4%	12,6%
Cuyo	14	2,9%	10,1%	7,3%

Tabla 2. Distribución regional de la muestra vs. REFES 2024 (establecimientos de salud, n=38.767) y Censo Nacional 2022 (INDEC). REFES calculado sobre datos oficiales desagregados por departamento (datos.salud.gob.ar, 27/12/2024). GBA/Interior PBA separados según los 24 partidos del Conurbano. Clasificación regional utilizada: AMBA/GBA (CABA + 24 partidos), Interior PBA (resto de Buenos Aires), NEA (Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones), Patagonia (Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego), Centro (Córdoba, Santa Fe), NOA (Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero), Cuyo (Mendoza, San Juan, San Luis). Entre Ríos (3,4% del REFES) y La Pampa (2,4%) no están incluidas en esta clasificación regional. Censo 2022: porcentaje poblacional; AMBA/GBA e Interior PBA son estimaciones aproximadas dado que el Censo publica datos para la provincia de Buenos Aires en su conjunto. La sobrerrepresentación del eje AMBA/GBA en la muestra (56,4% vs. 17,0% de establecimientos y ~29,4% de población) y la subrepresentación de Centro, NOA y Cuyo constituyen la principal limitación para inferencias de alcance federal.

El sector público concentra el 87% de los encuestados, el sector privado el 11% y el resto otros contextos de desempeño. El 89% trabaja en zonas urbanas, el 9% en periurbanas y solo el 2% en rurales. Odontología es la profesión con mayor proporción en zonas periurbanas (39%) y rurales (8%).

La menor proporción de establecimientos en AMBA/GBA respecto a su peso poblacional no implica menor centralización de la atención: datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS/MSAL) indican que el eje provincia de Buenos Aires + CABA concentró el 61,7% de todas las consultas médicas ambulatorias del sector oficial del país en 2017, con tasas que varían de 13,6 consultas por habitante elegible en CABA a 2,3 en Santiago del Estero (Loiacono, 2021). Los establecimientos del AMBA son proporcionalmente menos pero resuelven una fracción desproporcionada de la demanda sanitaria nacional, incluyendo la demanda compleja proveniente de otras regiones. Esta

concentración funcional —no meramente infraestructural— es una de las expresiones más concretas de la inequidad territorial del sistema.

El estudio logró su objetivo de alcance federal: se registraron respuestas de las ocho regiones del país, incluyendo NEA, NOA, Cuyo y Patagonia. Sin embargo, como muestra el cuadro anterior, la distribución de la muestra no es proporcional a la distribución real de establecimientos de salud (REFES 2024) ni a la distribución poblacional (Censo 2022). El eje AMBA/GBA concentra el 56% de las respuestas frente al 17% que representa en el REFES y al 29% de la población nacional. Las regiones Centro, NOA y Cuyo están marcadamente subrepresentadas. Esta asimetría es inherente a la modalidad de difusión autoadministrada a través de redes y no invalida los hallazgos, pero sí impone cautela al momento de extrapolar conclusiones con pretensión de representatividad proporcional para el conjunto del país o para las regiones del interior.

3.3 Nivel educativo y multiempleo

Medicina presenta la formación de posgrado más consolidada: el 72% declara especialización como máximo nivel alcanzado. Bioquímica concentra la mayor proporción de maestrías (67%). Enfermería muestra mayor heterogeneidad formativa, con un 16% de formación terciaria, lo que es relevante en términos de reconocimiento profesional y condiciones laborales diferenciadas.

El multiempleo es el rasgo más diferenciador entre profesiones. Medicina y Odontología presentan los niveles más altos de pluriempleo: el 48% y 54% respectivamente trabajan en tres o más empleos simultáneos. Esta fragmentación de la inserción laboral condiciona la percepción sistémica y es un factor contribuyente al burnout y a la dificultad de construcción de equipos estables.

4. Objetivo Específico 1: Accesibilidad, cobertura efectiva y estrategias institucionales

4.1 Acceso de los usuarios a las prestaciones

El 81% de los profesionales evalúa el acceso como parcial (54%) o inadecuado (27%). Sólo el 18% lo califica adecuado. Esta evaluación es transversal a subsectores, regiones y profesiones, con variaciones de magnitud pero no de sentido.

Evaluación del acceso	Público	Privado
Adecuado	16%	34%
Parcial	55%	43%
Inadecuado	28%	21%

Tabla 3. Evaluación del acceso de los usuarios (P12) por subsector (n=475)

La zona periurbana muestra más acceso inadecuado (32%) que la urbana (27%), evidenciando el gradiente territorial del derecho a la salud. La profesión con evaluación más crítica es Farmacia (33% inadecuado) y Psicología (33%); probablemente asociado a los usuarios con mayor vulnerabilidad socioeconómica que acceden a esas prestaciones.

4.2 Cobertura efectiva versus cobertura nominal

El 84% señala que lo que el sistema promete y lo que entrega no coinciden: el 55% responde "a veces" y el 29% directamente "no". Solo el 12% percibe que la cobertura real coincide con la nominal. El sector privado muestra mayor correspondencia entre promesa y

entrega (30% "Sí" vs. 10% en público), pero aún así el 68% de sus profesionales señala brecha.

Las principales brechas identificadas espontáneamente son los medicamentos (45%) y estudios diagnósticos (43%); precisamente los componentes con mayor dependencia del financiamiento y la cadena de provisión. En Salud mental sólo el 8% señala que existe cobertura real; posiblemente, como señal de una brecha particularmente sentida en relación con su peso en el total de la muestra.

4.3 Continuidad de los tratamientos

La continuidad de cuidados -dimensión crítica para enfermedades crónicas, salud mental y procesos de rehabilitación- es sostenida solo *parcialmente* para el 78% y directamente *no sostenida* para el 14%. Solo el 7% afirma que los usuarios sostienen la continuidad de sus tratamientos. Trabajo Social registra la mayor proporción de continuidad solo *parcial* (88%), coherente con una práctica que opera en la articulación entre niveles y con las poblaciones con mayor discontinuidad de cuidados. Psicología muestra el valor más bajo de *discontinuidad total* (8%), asociado a la naturaleza continua de las prestaciones de salud mental.

4.4 Restricciones de cobertura por subsector

Cuando se pregunta en qué subsector se observan mayores restricciones, el 36% responde "en todos por igual", lo que en sí mismo es un hallazgo: las restricciones no son patrimonio de un subsector sino del conjunto. Entre quienes identifican un subsector específico, *público* (39% de menciones) y *obras sociales* (38%) aparecen casi empatados, mientras el sector *privado/prepagas* es mencionado con mucho menor frecuencia (13%).

4.5 Estrategias frente a los faltantes

Las respuestas abiertas sobre estrategias institucionales revelan un repertorio de baja institucionalidad. La categoría más frecuente es la gestión mediante *redes informales profesional a profesional* (15%), seguida de la *ausencia de estrategia o resignación* (12%), *donaciones y muestras médicas de laboratorio* (11%), *reclamos y notas formales* (7%), *priorización o triage de la oferta* (7%) y *compras con fondos propios o caja chica* (7%).

La imagen que emerge es un sistema que resuelve los faltantes mediante economía informal: préstamos entre colegas, muestras de laboratorio, donaciones, caja chica. El 12% de respuestas que expresan ausencia de estrategia o resignación -"rezo", "hacemos lo que podemos", "la respuesta: no hay. Punto"- constituyen en sí mismas un dato analíticamente significativo sobre el agotamiento institucional y subjetivo del campo.

5. Objetivo Específico 2: Condicionantes estructurales, institucionales y político-ideológicos

5.1 Condiciones del lugar de trabajo: escasez material y de personal

El análisis de las condiciones materiales y de recursos humanos en los lugares de trabajo revela que el déficit de personal asistencial es el condicionante más crítico (44% en escasez crítica), por encima de medicamentos (28%), recursos administrativos (30%) y mantenimiento de equipamiento (33%).

Ítem evaluado	Suficiente	Escasez parcial	Escasez crítica
Personal asistencial	14%	39%	44%
Mantenimiento aparatología	15%	38%	33%
Recurso administrativo	22%	43%	30%
Medicamentos esenciales	18%	46%	28%
Insumos lab./reactivos	14%	39%	25%
Insumos descartables	34%	44%	12%

Tabla 4. Situación actual de recursos en el lugar de trabajo (P17, n=475)

Esta inversión de la jerarquía habitual -lo que más falta no son las jeringas ni los reactivos sino los cuerpos disponibles para sostener la atención- es un hallazgo central. La brecha público/privado es sistemática: el sector público registra escasez crítica de personal notablemente mayor que el privado (46% vs. 26%). Los hospitales públicos presentan el mayor déficit de personal (52%) y recursos administrativos (35,5%); los CAPS, el mayor desabastecimiento de medicamentos (35%).

Si se desglosa por región, Patagonia y Cuyo registran los valores más críticos en mantenimiento de aparatología (60% y 50% respectivamente) e insumos de laboratorio (Patagonia 49%, Cuyo 50%, NEA 48%), condicionante estructural vinculado a la distancia geográfica y la dificultad de provisión. El déficit de personal asistencial es transversal a todas las regiones (entre 37% y 57%).

Este hallazgo es consistente con los resultados de un estudio previo realizado por integrantes de ALAMES Argentina (Biagini, Lopez y Spotorno, 2025), que documenta los mecanismos concretos del déficit: reducción de planteles estables, falta de reposición del personal que se jubila, concursos desiertos en especialidades críticas como Farmacia, Psiquiatría de Adultos y Psiquiatría Infantojuvenil, y nuevas incorporaciones bajo modalidad de monotributo con salarios que en 2024 rondaban los \$300.000 mensuales por 35 horas semanales.

Un dato que merece interpretación es la combinación entre sector público declarado como empleo principal y carácter del empleo bajo monotributo, que aparece en una proporción relevante de la muestra. Lejos de ser una inconsistencia, esta combinación refleja la expansión del denominado "Modelo Malvinas": un esquema de gestión municipal que contrata personal de salud bajo la figura del monotributo dentro de establecimientos públicos, eludiendo el convenio colectivo, los aportes previsionales y la cobertura de obra social provincial (Chiara et al., s/f; CICOP, 2021). Originado en Malvinas Argentinas y extendido a otros municipios del GBA, el modelo reproduce dentro del subsector público la misma lógica de flexibilización que Rovere identifica como característica estructural del sistema argentino en su conjunto. Se trata de una forma de fragmentación que no opera entre subsectores -público, seguridad social, privado- sino al interior del propio subsector público: trabajadores de planta y trabajadores monotributistas que comparten el mismo establecimiento y realizan el mismo trabajo bajo condiciones laborales radicalmente distintas.

5.2 Programas nacionales, provinciales y municipales

Los programas de la órbita nacional son percibidos con el mayor índice de *interrupción/cese* (38%), mientras que los provinciales y municipales muestran una lógica de *recorte sostenido* antes que de cese. Esta diferencia refleja el impacto diferencial del ajuste fiscal 2023-2026 sobre los programas nacionales -Remediar, VIH, vacunas, TBC, salud sexual y reproductiva- versus la mayor continuidad relativa de estructuras provinciales y municipales.

La variación regional en el impacto de la órbita nacional es un indicador de las asimetrías federales en la implementación del ajuste: Cuyo (64% de cese de programas nacionales) y Centro (52%) registran los valores más altos, mientras NOA (28%) y AMBA (37%, considerando CABA y GBA en conjunto) muestran menor interrupción absoluta aunque con recortes significativos. Trabajo Social es la profesión que más registra interrupción de programas nacionales (49%), coherente con una práctica cuyo núcleo operativo son esos programas.

5.3 Red de referencia y contrarreferencia

Según las percepciones de los profesionales, las *derivaciones realizadas institucionalmente* resultan para el 37% *inadecuadas* mientras que el canal informal pareciera funcionar notablemente mejor: el 74% lo evalúa como *adecuado* o *parcialmente adecuado*. Esta inversión es un indicador estructural: la red de derivaciones descansa más en los vínculos interpersonales entre profesionales que en los circuitos institucionales diseñados a tal efecto.

Esta sustitución tiene un costo invisible: es el propio personal el que absorbe la brecha operando por fuera del sistema, lo que retroalimenta el desgaste laboral. Articulaciones informales que, como señaló uno de los encuestados, "actualmente están muy obstaculizadas por la alta centralización del sistema (desde el otorgamiento de turnos y las derivaciones, hasta la tercerización en la compra y distribución de los insumos)."

5.4 Deterioro 2023-actualidad

El 89% percibe que las condiciones de atención empeoraron desde 2023, significativamente (70%). El deterioro es multidimensional pero no homogéneo.

Dimensión	Empeoró sig.	Empeoró lev.	Total empeoró	Público	Privado
Salarios	80%	13%	93%	94%	79%
Carga/estrés (Burnout)	73%	16%	89%	91%	77%
Tiempos de espera	54%	24%	78%	79%	70%
Insumos/fármacos	48%	33%	81%	84%	51%
Facilidad de derivación	42%	32%	74%	75%	66%
Infraestructura/equipamiento	41%	31%	72%	74%	57%

Tabla 5. Cambios en condiciones operativas y laborales 2023-actualidad (n=475)

El deterioro salarial (93%) y el burnout (89%) son los condicionantes laborales más universales. La brecha público/privado es más pronunciada en insumos/fármacos (84% vs. 51%) e infraestructura (74% vs. 57%), señalando que la desinversión material impacta principalmente sobre el subsector estatal.

Las mujeres manifiestan mayor deterioro salarial que los varones (94% vs. 89%), en un campo de la salud donde la feminización es mayoritaria y las profesiones más feminizadas coinciden con las condiciones de trabajo más precarias. Cuyo registra el deterioro más severo en todas las dimensiones (salarios e insumos con 100% de empeoramiento); NOA presenta los mayores valores de estrés laboral (93%).

6. Objetivo Específico 3: Fortalezas, limitaciones, propuestas y viabilidad de transformación

6.1 Diagnóstico del sistema: fragmentación como consenso

El diagnóstico de fragmentación atraviesa regiones, profesiones y antigüedades: el 67% caracteriza al sistema como *fragmentado/segmentado* y el 29% como *mixto sin coordinación*. Solo el 2% lo describe como integrado. Esta distribución no varía significativamente según antigüedad (entre 64% y 71%), lo que indica que no es una percepción generacional sino estructural.

Cuyo registra el diagnóstico más severo (86% fragmentado; n=14, base pequeña, dato indicativo). Interior PBA y NOA muestran mayor proporción de diagnóstico "mixto sin coordinación", posiblemente reflejo de una experiencia cotidiana con instancias provinciales y municipales que funcionan con cierta articulación parcial.

Esta percepción es coherente con la caracterización académica del sistema argentino (Tobar, Olaviaga y Solano, 2012), que describe la fragmentación como "la disolución de responsabilidades en el cuidado de la salud, en detrimento del derecho a la salud de la población". La novedad del estudio es que esta categorización no proviene de la literatura sino de quienes trabajan cotidianamente en el sistema, confirmando la productividad del enfoque de la medicina social para articular diagnósticos técnicos y experiencias situadas.

6.2 Opinión sobre la reforma: el consenso paradójico

Nueve de cada 10 profesionales entrevistados sostienen que el sistema necesita transformación. La distribución entre quienes la ven como "*prioritaria*" (44%) y quienes la ven como "*necesaria pero inviable*" (46%) es similar -uno de los hallazgos más significativos del estudio. Esa proporción se reproduce en casi todas las regiones y profesiones sin variantes. No hay una región ni una profesión donde el optimismo reformista domine claramente, ni tampoco donde el pesimismo sea mayoritario de forma concluyente. La excepción parcial es Psicología, donde el pesimismo sobre la viabilidad es levemente mayor -aunque cerca del 40% la sigue considerando prioritaria. La paradoja, en síntesis, es transversal: no se concentra donde el deterioro es más intenso ni se atenúa donde las condiciones son relativamente mejores.

6.3 Camino para la reforma: la preferencia federal

El Sistema Integrado Federal -mantener los tres subsectores pero bajo una red de servicios con regulación estatal- es la preferencia dominante (55%) por sobre el Sistema Único (26%) y la Optimización Mixta (12%). A continuación se presentan las variaciones por región y por profesión como dimensiones analíticas separadas.

Por región, el *Sistema Integrado Federal* es la opción mayoritaria en casi todas las jurisdicciones. Las variaciones más notorias se dan en Interior PBA y Centro, donde el apoyo al Integrado Federal es un poco menor (42% en ambos casos) y la *Optimización Mixta* gana terreno (21% y 19%). NEA presenta el mayor apoyo al *Integrado Federal* (72%); la región con mayor escasez crítica de personal sigue siendo también la que más claramente demanda integración estatal de la red, seguida por Patagonia (69%), coherente con regiones donde la dispersión territorial hace prioritaria la integración antes que la optimización de las partes.

Preferencia de reforma del tipo de sistema por regiones

Región	N	Integ. Federal	Sistema Único	Optim. Mixto
CABA	111	56%	25%	11%
GBA	157	52%	32%	13%
Interior PBA	52	42%	23%	21%
NEA	46	72%	17%	8%

Región	N	Integ. Federal	Sistema Único	Optim. Mixto
Patagonia	35	69%	14%	0%
Centro	31	42%	29%	19%
NOA	29	66%	14%	10%
Total	475	55%	25%	12%

Tabla 6. Camino preferido para la reforma (P23) por región. Se excluye Cuyo (n=14) por base insuficiente. Los porcentajes no suman 100% por exclusión de respuestas abiertas y "Sin opinión". La sobrerrepresentación del eje AMBA (56,4% de la muestra vs. 17,0% según REFES 2024 y ~29,4% según Censo 2022) y la subrepresentación de Centro (6,5% vs. 16,4% REFES), NOA (6,1% vs. 16,4%) y Cuyo (2,9% vs. 10,1%) deben considerarse al leer las variaciones regionales.

Por profesión, el patrón es también mayoritariamente favorable al Sistema Integrado Federal, con variaciones de magnitud. Trabajo Social presenta el mayor apoyo (67%), y Enfermería el menor entre las profesiones con base suficiente (45%), con un porcentaje relevante de respuestas "Sin opinión formada" que indica menor definición sobre el modelo de reforma. Las profesiones con bases muy pequeñas (Bioquímica n=9, Farmacia n=3, Odontología n=13) no permiten inferencias y se omiten de la comparación.

Las respuestas abiertas a la temática -once en total- son reducidas en número pero analíticamente densas. Varias condensan la tensión entre lo deseable y lo posible que recorre el conjunto del estudio: *"Me gustaría que haya un sistema único de salud gratuito, pero no lo veo viable. Por eso pienso que quizás lo mejor es un sistema integrado federal"* sintetiza en una sola respuesta la paradoja del empate 44%/46% entre prioridad e inviabilidad. Otras referencian modelos externos con nombre propio -el NHS aparece dos veces; una respuesta propone explícitamente *un sistema universal financiado con impuesto a las grandes fortunas, con gestión de trabajadores y usuarios y derogación de toda legislación flexibilizadora*, en clara referencia al horizonte del SUS radicalizado. Una respuesta más contextualiza la elección dentro de la coyuntura política actual: *"En el contexto actual (gobierno nacional) imposible pensar en la reforma necesaria. Un sistema integrado federal integrando los 3 subsectores con una fuerte presencia estatal"* -es decir, elige el Integrado Federal no como primera preferencia normativa sino como lo percibido como alcanzable bajo las condiciones actuales. Finalmente, dos respuestas (0,5%) expresan una posición de rechazo al acceso de personas extranjeras al sistema público, un discurso minoritario pero presente que refleja la penetración de ciertos marcos interpretativos del deterioro que desplazan la causalidad desde las decisiones de política sanitaria hacia los usuarios.

El 26% que elige el Sistema Único se orienta hacia modelos que tienen antecedentes concretos en otros países. El NHS británico (1948) y el SUS brasileiro (1988) son las dos referencias internacionales más citadas en el debate sanitario regional: el primero como modelo de sistema público financiado por impuestos generales sin fragmentación por subsectores; el segundo como experiencia latinoamericana de integración construida en democracia, con principios de universalidad, integralidad y equidad. El SUS es especialmente relevante como referencia para Argentina no únicamente por la proximidad geográfica y cultural sino porque surgió, como el SNIS de 1974, en el contexto de una transición democrática que puso la salud como derecho constitucional. La opción por el Sistema Único puede leerse, en ese marco, como una adhesión a ese horizonte normativo más que como una propuesta operativa detallada -lo que es consistente con la distancia que se observa respecto a las propuestas concretas en otras preguntas.

6.4 Propuestas concretas: la agenda posible

Las propuestas espontáneas -formuladas libremente por el 100% de los encuestados- revelan una agenda convergente en tres ejes de igual frecuencia (38% cada uno): *fortalecimiento del Primer Nivel/APS, regulación de precios de medicamentos, y mejora de*

salarios y condiciones laborales. La Carrera Sanitaria Federal aparece en el 15% y la unificación del financiamiento en el 12%.

El dato más llamativo es la discordancia en las respuestas: el 26% elige el Sistema Único en la pregunta cerrada, pero solo el 3% lo menciona espontáneamente en las propuestas abiertas. Esta aparente contradicción merece un análisis más profundo y detallado que no se indaga con tanta especificidad en este estudio; sin embargo, se infiere que cuando se presenta una opción estructural de transformación radical, una proporción significativa la elige, mientras que cuando se propone libremente, la prioridad es la agenda concreta e inmediata -primer nivel, medicamentos, salarios. Una posible lectura es que la adhesión al Sistema Único expresa un horizonte deseable en abstracto, mientras que las propuestas espontáneas reflejan lo que los profesionales consideran alcanzable o urgente desde su experiencia cotidiana. La variación regional en las propuestas merece atención: NEA y NOA priorizan la Carrera Sanitaria Federal (43% y 32%) por encima del fortalecimiento del primer nivel, a diferencia del patrón general. Patagonia, en cambio, concentra sus propuestas en primer nivel e infraestructura. Las razones de estas diferencias no pueden inferirse a partir de los datos disponibles y constituyen una pregunta abierta para investigaciones complementarias.

Vale señalar que la demanda de una Carrera Sanitaria Federal no es una novedad: fue aprobada como ley en 1974 (Ley 20.749, Carrera Sanitaria Nacional) junto al SNIS, y derogada por la dictadura cuatro años después. Que esta demanda reaparezca espontáneamente en el 15% de las propuestas libres de los encuestados -y en proporciones mayores en NEA y NOA- sugiere que la agenda de transformación que los propios encuestados formulan en 2026 retoma, consciente o no, un horizonte que ya tuvo expresión legal y fue políticamente interrumpido.

6.5 Mejores y peores instancias del sistema

El índice compuesto de deterioro (deterioro salarial significativo + escasez crítica de personal + interrupción de programas nacionales) sitúa a Cuyo, Centro y NEA del sector público como las combinaciones con mayor acumulación de condicionantes negativos.

La "mejor instancia" involuntaria del sistema es el *canal informal de derivaciones profesional a profesional*, evaluado como adecuado o parcialmente adecuado por el 74% -notablemente mejor que el canal formal (56%). La articulación interprofesional como sustituto de la red institucional fallida es, paradójicamente, el elemento que sostiene el sistema y el que más contribuye al burnout de quienes lo operan.

Los programas provinciales son percibidos como más estables que los nacionales (10% de cese vs. 38%), lo que sugiere que la órbita provincial actúa como amortiguador relativo del ajuste nacional, aunque con recortes sostenidos (54%).

7. Objetivo Específico 4: Comparación por formación, trayectoria y zona

7.1 Trayectoria y acceso: la experiencia hace la diferencia

Los profesionales con 11-19 años de antigüedad son los más críticos respecto al acceso inadecuado (30%). Los profesionales con 7-10 años son los más optimistas respecto a la reforma como prioritaria (51%). Los de 11-19 años muestran mayor pesimismo sobre la viabilidad de la reforma (solo 40% "prioritaria") y también el mayor porcentaje de rechazo a la misma (6% "no necesaria"). Los de 20 o más años convergen con el promedio general.

La antigüedad no determina linealmente la percepción de deterioro: el burnout es más marcado en los tramos 7-10 años (92%) y 11-19 años (91,5%), no en los más veteranos (87%). La crisis afecta más intensamente a la generación intermedia; los profesionales con mayor antigüedad podrían haber naturalizado el malestar tras años de exposición sostenida, aunque los datos no permiten confirmar esta posibilidad.

7.2 Profesión y experiencia del sistema: divergencias clave

Las diferencias más significativas entre profesiones no están en el diagnóstico -que es convergente- sino en la intensidad de la experiencia de deterioro del sistema y en la percepción de viabilidad de la reforma.

Profesión	Acc. inad.	P.Nac. cese	Pers. crítico	Sal. empeoró	Burnout
Medicina	27%	40%	45%	90%	85%
Enfermería	24%	21%	45%	95%	91%
Trabajo Social	24%	49%	43%	98%	96%
Psicología	33%	39%	44%	92%	90%
Bioquímica	11%	11%	22%	100%	89%

Tabla 7. Indicadores clave por profesión principal (selección, n=475). Farmacia excluida por n=3.

Trabajo Social concentra los mayores valores de deterioro en burnout (96%), salarios (98%) y continuidad parcial (88%), coherente con una profesión que opera como articuladora entre niveles, subsectores y recursos sociales, absorbiendo la brecha del sistema en el cuerpo del propio profesional. Trabajo Social también lidera el deterioro de insumos (92%), mientras que Enfermería registra el mayor deterioro en infraestructura (86%), evidenciando el impacto del desabastecimiento material sobre quienes son el sostén operativo de la atención directa. Bioquímica registra el 100% de deterioro salarial en la muestra, aunque con n=9 este dato no es generalizable y debe leerse con extrema cautela.

El impacto diferencial en programas nacionales es particularmente ilustrativo: Trabajo Social (49% de cese) opera en una práctica cuyo núcleo son esos programas; Enfermería (21%) y Bioquímica (11%) están más ancladas en estructuras hospitalarias que preexisten a los programas. Como señala un trabajo presentado en COSAPRO 2025, la precariedad estructural del Trabajo Social en el sistema de salud amplifica el impacto de las reconfiguraciones sobre sus condiciones de ejercicio.

7.3 Conocimiento diferencial del sistema según disciplina

Un hallazgo de interés es la brecha entre el conocimiento del ejercicio profesional/laboral y el conocimiento del sistema de salud donde se encuentran desarrollando el trabajo. Casi la totalidad de los encuestados tiene una opinión formada sobre el estado general del sistema -solo el 2% declara sin opinión- y sobre la necesidad de reforma -7%- . Sin embargo, el 29% no sabe o no contesta cuando se pregunta sobre el impacto de la triangulación de aportes de obras sociales hacia empresas de medicina prepaga; uno de los mecanismos centrales de la fragmentación del financiamiento. Esta proporción alcanza el 39% entre profesionales de Psicología y supera el 30% en todos los tramos de antigüedad menores de 20 años. El patrón sugiere que el diagnóstico de fragmentación se construye fundamentalmente desde la experiencia cotidiana -el faltante, la derivación que no funciona, la cobertura que no llega- antes que desde una comprensión de los mecanismos estructurales que la producen.

Esta distinción es relevante para interpretar la preferencia por el Sistema Único (26%): más que una propuesta operativa detallada, probablemente expresa un horizonte normativo -universalidad, gratuidad, integración- coherente con la experiencia vivida del deterioro, pero

no necesariamente articulado con el conocimiento de los obstáculos técnicos e institucionales que una transformación de esa envergadura implicaría.

Las diferencias entre profesiones no se limitan a la intensidad del deterioro sino que se extienden al conocimiento estructural del sistema. Trabajo Social muestra el menor NS/NC en la pregunta sobre triangulación de aportes (26%) y el mayor porcentaje de registro de interrupción de programas nacionales (49%), y es prácticamente la única profesión sin opinión no formada tanto en la caracterización del sistema (0%) como en el camino de reforma (apenas 2%). Psicología, en cambio, registra el mayor NS/NC en triangulación (39%) y el mayor porcentaje de sin opinión en la pregunta de camino de reforma (5%). Esta divergencia refleja posiciones distintas en la división del trabajo sanitario: Trabajo Social opera como articuladora activa de recursos, programas y redes -lo que produce conocimiento situado sobre el sistema en su conjunto-, mientras Psicología se inserta en espacios de práctica directa con menor exposición a los mecanismos de financiamiento y coordinación institucional. Considerar estas diferencias de posición epistémica es relevante para diseñar instancias de formación y participación que capitalicen el conocimiento diferencial de cada profesión en los procesos de transformación del sistema.

7.4 Zona de trabajo: urbano-periurbano

La zona periurbana muestra mayor escasez crítica en mantenimiento (46%) e insumos de laboratorio (36%) que la urbana (32% y 24%), y mayor proporción de acceso inadecuado (32% vs. 27%). El deterioro material es más intenso en la periferia que en el centro urbano. El deterioro salarial es igualmente severo (100% empeoró en periurbana vs. 92% en urbana).

La base rural es demasiado pequeña (n=9) para inferencias generalizables, aunque el perfil que emerge -mayor escasez de equipamiento y laboratorio, pero menor acceso inadecuado- es consistente con un primer nivel rural que atiende menor volumen y tiene menor complejidad pero mayor precariedad material.

7.5 El profesional como red: multiempleo inter-establecimiento

Un análisis de los campos de texto libre sobre tipo de establecimiento revela un fenómeno que el diseño del relevamiento no contempló explícitamente pero que los propios encuestados introdujeron: 43 profesionales (9% de la muestra) utilizaron ese campo para describir no un establecimiento sino una red de establecimientos donde se desempeñan. Este dato constituye un error del diseño y una subestimación del fenómeno, dado que el instrumento solicitaba el empleo principal y no el conjunto de la inserción laboral.

El patrón más frecuente es la combinación CAPS/CESACs + Hospital general (9 casos), seguido de CAPS/CESACs + Consultorio (5 casos) y Hospital general + Consultorio (3 casos). Esta distribución no es aleatoria: reproduce exactamente los nodos que el canal formal de referencia y contrarreferencia debería articular y que -como documenta la sección 5.3- una parte considerable de los encuestados evalúa como inadecuado o solo parcialmente adecuado. El profesional que trabaja simultáneamente en el primer y segundo nivel de atención no está haciendo algo excepcional: está supliendo, con su propio cuerpo y tiempo, la articulación que el sistema formal no provee².

²Nota: el análisis de esta sección se basa en los registros del campo 'tipo de establecimiento' donde los encuestados listaron más de un tipo. El campo fue diseñado como selección del establecimiento principal; la emergencia de respuestas múltiples constituye en sí misma un hallazgo sobre los límites del instrumento para capturar la complejidad real de la inserción laboral en el sistema argentino. Un caso (Medicina, Interior PBA) amplía la combinación habitual al agregar un Hogar de 3° Edad a la secuencia CAPS + Hospital general, la única mención del sistema de cuidados de larga estadía en toda la muestra —un eslabón de la fragmentación que el diseño del relevamiento no contempló y que merece incorporación explícita en futuras versiones del instrumento.

La tasa de multiempleo inter-establecimiento varía significativamente por región y esa variación es analíticamente importante: NOA registra el 21% (6 de 29 casos) y Patagonia el 17% (6 de 35), frente al 8% de CABA y al 6% del Interior PBA. La dispersión territorial no solo reduce el acceso de la población sino que produce un perfil de trabajador estructuralmente diferente: en las regiones con mayor extensión geográfica y menor densidad de efectores, el cruce de niveles no es una estrategia individual sino una condición de posibilidad del sistema. Un médico de Patagonia declara un solo empleo pero describe simultáneamente CAPS, Hospital general y área rural -tres niveles de complejidad-, articulados en una sola trayectoria laboral cotidiana.

Cuatro casos presentan una tensión interna entre el número de empleos declarado (1) y la variedad de establecimientos listados, lo que no es una inconsistencia sino la descripción de una realidad que el formulario no tenía categoría para capturar: la existencia de contratos o funciones que abarcan múltiples efectores bajo una sola figura de empleo, modalidad frecuente en residencias médicas, programas con base territorial y contratos municipales que contemplan itinerancia entre efectores.

El análisis de las propuestas concretas de los casos que reconocen multiempleo arroja dos hallazgos que modifican lecturas previas. Primero: el fortalecimiento del Primer Nivel/APS aparece en el 52% de sus propuestas espontáneas, muy por encima del promedio general (38%). No demandan reducir empleos sino mejorar la infraestructura de los establecimientos donde trabajan: la agenda es hacer sostenible la inserción múltiple, no eliminarla. Segundo: la demanda de dedicación exclusiva -frecuentemente mencionada como respuesta esperable al pluriempleo intenso- es prácticamente inexistente en las propuestas de este grupo. La interpretación del multiempleo como estrategia de supervivencia económica que los profesionales desearían revertir no está respaldada por sus propias formulaciones.

El hallazgo más contraintuitivo concierne a la percepción de la reforma: entre los casos con multiempleo inter-establecimiento, el 50% considera la transformación del sistema "necesaria pero inviable" y solo el 38% la ve como prioritaria -frente al 44%/46% del conjunto. Quienes experimentan más directamente y cotidianamente la fragmentación sistémica son también quienes menos confían en la posibilidad de revertirla. Esta inversión no puede leerse como apatía o desconocimiento: es el pesimismo informado de quienes sostienen el sistema con su propio pluriempleo y saben, desde la experiencia, cuán profundas son las raíces de lo que falla.

8. Síntesis del Objetivo General

8.1 Tabla resumen de indicadores principales

Indicador	Público	Privado	Total
Acceso inadecuado (P12)	28%	21%	27%
Cobertura NO coincide (P13)	29%	30%	29%
Continuidad NO sostenida (P15)	14%	15%	14%
Personal en escasez crítica (P17)	46%	26%	44%
Medicamentos escasez crítica (P17)	31%	15%	28%
Pgms. Nacionales interrumpidos (P18)	40%	23%	38%
Canal formal derivación inadecuado (P19)	38%	28%	37%
Condiciones empeoraron sig. (P24)	70%	64%	70%
Salarios empeoraron (P25)	94%	79%	93%

Indicador	Público	Privado	Total
Burnout empeoró (P25)	91%	77%	89%
Sistema fragmentado (P21)	69%	62%	67%
Reforma prioritaria (P22)	45%	43%	44%
Reforma necesaria pero inviable (P22)	46%	43%	46%

Tabla 8. Síntesis de indicadores principales por subsector (n=475)

8.2 Tres capas del deterioro

Los hallazgos permiten identificar tres dimensiones que constituyen parte del perfil del sistema de salud actual y delinean las determinaciones sociales del mismo para el período analizado:

La primera es *estructural-histórica*: el déficit de personal asistencial (44% en escasez crítica), la fragmentación del financiamiento y la debilidad de la red formal de derivaciones son condicionantes preexistentes al período 2023-2026, que el ajuste agudizó pero no generó.

La segunda es *político-institucional*, específica del período: la interrupción de programas nacionales (38% de cese) es la expresión más directa de las decisiones de política fiscal sobre el funcionamiento del sistema. El desfinanciamiento de Remediar, los programas de VIH, las vacunas, la salud sexual y reproductiva, tiene efectos concretos y diferenciados regionalmente que los profesionales registraron en su práctica cotidiana incluso antes que el Ministerio de Salud de la Nación promulgara formalmente la finalización del Remediar.

La tercera refiere a condiciones laborales y atraviesa a los subsectores: el deterioro salarial (93%) y el burnout (89%) son los condicionantes mayoritariamente percibidos. Este es el plano donde la crisis del sistema se corporiza en quienes lo sostienen. El riesgo más grave es la retroalimentación: el burnout y el deterioro salarial generan migración hacia el sector privado o la salida del sistema público, lo que profundiza el déficit de personal.

8.3 El sistema de salud en la voz de sus trabajadores/as

La percepción dominante que emerge del estudio es la de un sistema que funciona por debajo de sus posibilidades y lo hace gracias al esfuerzo sostenido de sus trabajadores y trabajadoras, que suplen con capital interpersonal, dedicación y multiempleo las fallas de coordinación, financiamiento y provisión del sistema formal. Esta "economía del rebusque" institucional -redes informales, donaciones, caja chica, muestras médicas, préstamos entre efectores- es al mismo tiempo la fortaleza más consistente y el síntoma más preocupante del sistema: su sostenibilidad depende de un compromiso profesional que se agota.

9. Conclusiones

El estudio confirma, desde la voz de sus propios trabajadores y trabajadoras, que el sistema de salud argentino transita en el período 2023-2026 una crisis multidimensional cuyas manifestaciones son la restricción del acceso, la brecha entre cobertura nominal y efectiva, la discontinuidad de los cuidados, el desabastecimiento material, la interrupción de programas nacionales y el deterioro acelerado de las condiciones de trabajo.

El diagnóstico de fragmentación -compartido por el 67% con total independencia de sector, región o profesión- no es una categoría importada de la literatura académica sino una descripción experiencial de un sistema donde la responsabilidad por la salud de la población se disuelve entre subsistemas que no se coordinan, jurisdicciones que no se articulan y financiamientos que no se integran.

El deterioro salarial (93%) y el burnout (89%) emergen como los condicionantes más universales y más urgentes. El riesgo no es solo el sufrimiento de los trabajadores -aunque eso es en sí mismo un problema de derechos que merece atención- sino la retroalimentación sistémica: sin condiciones laborales dignas, el sistema no puede retener a los trabajadores y trabajadoras que sostienen su funcionamiento cotidiano. El déficit de personal asistencial (44% en escasez crítica) es la expresión actual de ese proceso.

El 90% de los profesionales considera que el sistema necesita transformación. El hallazgo más significativo no es esa proporción -esperable en un campo con alta conciencia crítica- sino la distribución interna: el empate casi exacto entre quienes la ven como "prioritaria" (44%) y quienes la ven como "necesaria pero inviable" (46%) es la expresión más precisa del estado político del campo sanitario. Esa paradoja es transversal a regiones, profesiones y antigüedades: no hay un sector del sistema donde el optimismo reformista domine claramente, ni tampoco donde el pesimismo sea mayoritario de forma concluyente. La agenda concreta que los profesionales proponen -primer nivel, regulación de medicamentos, carrera sanitaria federal, mejora salarial- es técnicamente viable y políticamente articulable, y cuenta con antecedentes normativos concretos (SNIS 1974, proyecto de Ley Daniel Capponi, 2022). Lo que señalan como obstáculo no es la complejidad técnica sino la voluntad política.

Un hallazgo transversal que las conclusiones deben registrar es la brecha entre la praxis y conocimiento del sistema de salud donde se está inserto: mientras casi la totalidad tiene opinión formada sobre el estado general, el 29% no sabe o no contesta cuando se pregunta por la triangulación de aportes hacia prepagas. El diagnóstico de fragmentación se construye desde la experiencia cotidiana -el faltante, la derivación que no funciona, la cobertura que no llega- antes que desde la comprensión de los mecanismos financieros e históricos que la producen. Esta brecha epistémica es en sí misma un dato político: interpela a las organizaciones del campo de la salud colectiva respecto a sus estrategias de formación y construcción de conocimiento situado.

En el vocabulario de Foucault, el poder moderno sobre la vida de las poblaciones -la biopolítica- asume la forma de 'hacer vivir': el Estado invierte en las condiciones de reproducción de la vida, y la salud pública es su institución paradigmática (Foucault, 2000). Lo que documenta este relevamiento es la inversión deliberada de esa lógica. Las políticas del Gobierno de Milei en el período 2023-2026 no desmantelan el sistema de salud por negligencia o restricción presupuestaria inevitable: lo reorganizan según una racionalidad en la que la vida queda subordinada al mercado -desregulación de prepagas, retiro del Estado como garante de la cobertura, interrupción de programas nacionales de VIH, tuberculosis y salud sexual- y la responsabilidad de sostenerse se transfiere al individuo y, en el campo de la salud, al cuerpo agotado de sus trabajadores. No es hacer vivir: es dejar morir con decreto firmado. El 44% de escasez crítica de personal, el 38% de interrupción de programas nacionales y el 89% de burnout no son efectos colaterales de un ajuste inevitable: son los indicadores cuantificables de una elección política sobre quién sostiene los costos de la vida y quién los absorbe.

Esta dicotomía puede resumirse en el planteo "Los gobiernos que sostienen y sostuvieron políticas públicas inclusivas pensadas en el beneficio de la mayoría de la población impulsaron un rol activo del Estado en la garantía del derecho a la salud. Mientras que los gobiernos que impulsaron la reducción del gasto público en favor del mercado y priorizaron las acciones que minimizaron el acceso a los servicios de atención y prevención de enfermedades, excluyen a muchos sectores del derecho a la salud" (López, 2025).

Para ALAMES Argentina, estos resultados ofrecen sustento empírico actualizado para sus posicionamientos de incidencia: la defensa del primer nivel de atención, la regulación del

precio de los medicamentos, la jerarquización salarial y de carrera de los trabajadores de la salud, y la integración federal del sistema bajo regulación estatal son las demandas que emergen con mayor consenso desde el campo mismo. Sin embargo, el contexto político en el que se inscriben estos resultados no es neutral: el período 2023-2026 coincide con la implementación de un programa de gobierno de Javier Milei, que ha profundizado activamente la fragmentación -mediante la desregulación de prepagas, el desfinanciamiento de programas nacionales y el ajuste sobre el sector público- convirtiendo en política de Estado lo que antes era una tendencia estructural. En ese marco, la viabilidad de las transformaciones que los propios profesionales demandan no depende de argumentos técnicos, que este estudio aporta, sino de correlación de fuerzas. ALAMES Argentina sostiene que la medicina social latinoamericana no es sólo una tradición académica sino una práctica política: la producción de evidencia sobre las condiciones reales del sistema es parte de la disputa por un sistema de salud público, universal e integrado, cuya construcción sigue siendo una tarea pendiente y una bandera irrenunciable.

10. Referencias bibliográficas

ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social). (s/f). Marco conceptual de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana. Disponible en: <https://alames.org/medicina-social/>

ALAMES Argentina. (2021). Documento de ALAMES Argentina respecto al proyecto Sistema Nacional Integrado de Salud. IDEP Salud. Disponible en: <https://idepsalud.org/alames-argentina-sistema-nacional-integrado-de-salud/>

Belmartino, S. (2005). La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

Biagini, G., Lopez, S. y Spotorno, S. (2025). Repercusiones de las políticas de ajuste sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado: una mirada de los profesionales de la salud. Ciudadánías. Revista de Políticas Sociales Urbanas, (17). Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Disponible en: <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/2808>

Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Chiara, M.; Moro, J.; Ariovich, A.; Jiménez, C. (s/f). La política sanitaria local en el Municipio de Malvinas Argentinas (Gran Buenos Aires): de la búsqueda de la autonomía al liderazgo como prestador en la región. Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS).

CICOP. (2021). Semaforazo por la Salud Pública en Lomas de Zamora. Disponible en: <https://cicop.org.ar/seccionales-municipales/apslz/semaforazo-por-la-salud-publica-en-lomas-de-zamora/>

Codagnone, F. y Fontela, M. (2022). El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), una revisión bibliográfica. Revista Movimiento, (40). IADE. Disponible en: <https://www.iade.org.ar/noticias/el-sistema-nacional-integrado-de-salud-snis-una-revision-bibliografica>

COSAPRO. (2025). Trabajo Social en el sistema de salud argentino: condiciones de ejercicio profesional en el contexto de ajuste 2023-2025. Trabajo presentado en el Congreso COSAPRO 2025. Publicado en Revista Salud Pública del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. [Curso en el Collège de France, 1975-1976. Ed. orig.: *Il faut défendre la société*. Gallimard/Seuil, París, 1997.] En particular: la clase del 17 de marzo de 1976, donde desarrolla la distinción entre poder soberano ('hacer morir, dejar vivir') y biopoder ('hacer vivir, dejar morir').

Gollán, D. (2022). Proyecto de Ley: Creación de la figura del/a Promotor/a Comunitario/a de Salud y del/a Agente Sanitario/a — "Ley Daniel Capponi". Expediente 5573-D-2022, Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Disponible en: <https://www.diputados.gov.ar/diputados/dgollan/proyecto.html?exp=5573-D-2022>

INDEC. (2023). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Buenos Aires.

Laurell, A. C. (1994). La lógica para asignar recursos en las políticas sociales. En: A. C. Laurell (Ed.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud* (pp. 67-93). UAM-Xochimilco / Friedrich Ebert Stiftung.

Loiacono, K. V. (2021). Análisis de la distribución geográfica de la inequidad en salud mediante accesibilidad a consultas médicas ambulatorias. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, e31. DEIS/Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853-810X2021000100031>

López, Susan. (2025). *El Sistema de Salud Argentino. Breve recorrido histórico político desde mitad del siglo XIX hasta la actualidad. Capítulo 4, Pensar la Salud Colectiva. Algunas categorías y temas*. SEDICI EDULP. UNLP. La Plata. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/178716>

Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Informe sobre distribución de profesionales de la salud*. MSAL, Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación. (2024). *Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES 2024)*. Datos al 27 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://datos.salud.gob.ar>

Rovere, M. (2016). El sistema de salud de la Argentina como campo: tensiones, estratagemas y opacidades. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 6(12). Facultad de Trabajo Social, UBA. DOI: <https://doi.org/10.62174/DPdp.8574>

Silberman, P. y Silberman, M. (2022). ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. *Archivos de Medicina Familiar y General*, Vol. 19, N°3.

Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. Documentos de Política Pública N° 108. CIPPEC, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.cippec.org>