

IMPACTO DEL DNU Nº70/23 EN LA SALUD DEL PUEBLO ARGENTINO: RETROCESOS ESTRUCTURALES Y EN DERECHOS SOCIALES





Este informe fue elaborado por la
**Sociedad Argentina de Bioética y Derechos Humanos y la
Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud.**

Han participado de la elaboración de este informe:

Claudio Capuano
Mónica Costas
Pilar Galende
Ricardo Martínez
Gonzalo Moyano
María Luisa Pfeiffer
María Isabel Zuleta

Colaboraron con los bullets:

Cristina Ambrosini
Amelia Franchi
Cecilia Pourrieux

IMPACTO DEL DNU N°70/23 EN LA SALUD DEL PUEBLO ARGENTINO: RETROCESOS ESTRUCTURALES Y EN DERECHOS SOCIALES © 2025 by Sociedad Argentina de Bioética y Derechos Humanos (SAByDH) y Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud.
En: <https://bioeticayddhh.org.ar/>



Este material se distribuye bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). El contenido se puede copiar parcial o totalmente, comunicar y distribuir citando a los autores. El contenido de la publicación no puede utilizarse con fines comerciales

Cómo citar este material: Sociedad Argentina de Bioética y Derechos Humanos (SAByDH) y Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud. (2025). Impacto del DNU N° 70/23 en la Salud del Pueblo Argentino: Retrocesos Estructurales y en Derechos Sociales. Buenos Aires, Argentina.



INDICE

IMPACTO DEL DNU N°70/23 EN LA SALUD DEL PUEBLO ARGENTINO: RETROCESOS ESTRUCTURALES Y EN DERECHOS SOCIALES

PRÓLOGO

PRESENTACIÓN

I IMPACTO DEL DNU N° 70/23 EN LAS POLÍTICAS DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

- 1 Introducción
- 2 Marco normativo y conceptual
 - 2.1 El derecho a la salud en la normativa argentina e internacional
 - 2.2 El financiamiento como eje estructural del derecho a la salud
 - 2.3 El DNU N° 70/23 y su “racionalidad mercantil” versus el derecho a la salud
- 3 Metodología
- 4 Análisis del impacto del DNU N° 70/23 en el financiamiento del sector salud
 - 4.1 Reducción del gasto público nacional en salud
 - 4.2 Aumento del gasto de bolsillo y transferencia de costos a los usuarios
 - 4.3 Desfinanciamiento de políticas públicas federales
 - 4.4 Tensión financiera en obras sociales y el PAMI
 - 4.5 Impacto en el cumplimiento del derecho a la salud
- 5 Consecuencias en términos de equidad y derechos
 - 5.1 Retroceso en el cumplimiento del derecho a la salud
 - 5.2 Agravamiento de las desigualdades sociales y territoriales
 - 5.3 Erosión de la lógica de derechos en las políticas sanitarias
 - 5.4 Afectación de grupos prioritarios
- 6 Conclusiones
- 7 Bibliografía

II IMPACTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES

- 1 Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas
 - 1.1 Introducción
 - 1.2 Historia y significación política
 - 1.3 Impacto del DNU N° 70/23
 - 1.3.1 Trabajadores
 - 1.3.2 Presupuesto
 - 1.3.3 Consecuencias asistenciales
 - 1.3.4 Otros problemas críticos
 - 1.4 El conflicto social y político
 - 1.5 Conclusiones
- 2 Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan
 - 2.1 Impacto presupuestario
 - 2.2 Qué dice la Ley SAMIC
 - 2.3 Consecuencias laborales
 - 2.4 El conflicto socio-político
 - 2.5 Efectos en la atención y el derecho a la salud
 - 2.6 Algunas consideraciones finales
 - 2.7 Referencias
- 3 Hospital Nacional Laura Bonaparte
 - 3.1 Despidos masivos y vaciamiento institucional
 - 3.2 Intento de cierre parcial e intervención
 - 3.3 Sobrecarga del personal y condiciones críticas
 - 3.4 Interrupción de servicios y afectación al derecho a la salud mental
 - 3.5 Movilización social y acciones judiciales
 - 3.6 Impacto del DNU N° 70/23 sobre las personas con problemas de salud mental
- 4 Conclusiones: el impacto del DNU N° 70/23 en los hospitales nacionales
 - 4.1 Estructuras comunes afectadas por el DNU N° 70/23
 - 4.2 Singularidades de cada hospital
 - 4.3 Balance final: deterioro del derecho humano a la salud

III IMPACTO EN DIRECCIONES Y PROGRAMAS

- 1 La Dirección de Respuesta al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI).
 - 1.1 La Dirección de Respuesta al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis
 - 1.2 La Dirección de control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI),
- 2 La salud sexual y (no) reproductiva en la política de Estado
- 3 Fuentes

IV IMPACTO EN LA SITUACIÓN DE LOS TRABAJADORES

- 1 Trabajadores/as de la salud
 - 1.1 Cambios en las condiciones laborales del personal de salud a partir del DNU N° 70/23

- 1.1.1 Precarización y congelamiento salarial
 - 1.1.2 Incremento del pluriempleo y de la sobrecarga laboral
 - 1.1.3 Cambios en la relación laboral y en las negociaciones sindicales
- 1.2 Fuga de trabajadores de la salud al sector privado
- 1.3 Riesgo para los pacientes derivados de la sobrecarga laboral del personal de salud
- 2 Modificaciones al sistema de residencias en salud
 - 2.1 Antecedentes
 - 2.2 Contexto actual
 - 2.3 Impactos observables sobre las residencias
- 3 Fuentes

V IMPACTO DEL DNU N° 70/23 EN EL SISTEMA NACIONAL DE CIENCIA Y TÉCNICA ARGENTINA

- 1 Breve resumen de la situación
- 2 El Sistema Científico-Tecnológico que supimos conseguir
 - 2.1 Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Universidades públicas y privadas
 - 2.2 Secretaría de Ciencia y Tecnología
 - 2.3 Ministerio de Economía
 - 2.4 Ministerio de Producción y Trabajo
 - 2.5 Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda
 - 2.6 Ministerio de Salud
 - 2.7 Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto
 - 2.8 Ministerio de Defensa
- 3 Siempre hay un plan
- 4 Expectativas de rumbo
- 5 Referencias

VI PRODUCCION PÚBLICA DE MEDICAMENTOS Y VACUNAS

- 1 Antecedentes históricos
- 2 La Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP)
 - 2.1 Objetivos estratégicos
 - 2.2 Consejo asesor: rol e importancia
 - 2.3 Dificultades en la conformación del Consejo Asesor
- 3 Capacidades actuales y desarrollos crecientes antes del DNU
 - 3.1 Capacidades actuales
 - 3.2 Desarrollos recientes en la PPMV
- 4 Consecuencias negativas del DNU sobre la PPMV
- 5 Reconstruir la Multisectorial por la PPMV, hacia la Soberanía Sanitaria
- 6 Bibliografía

VII EL MINISTERIO DE SALUD, LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT) Y EL ESPÍRITU DEL DNU Nº 70/23. ENTRE LA AUTOREGULACION EMPRESARIA Y LA LÓGICA DE LA MOTOSIERRA

Parte 1. El Caso del fentanilo contaminado

- 1 ¿Qué es la ANMAT?
- 2 Contexto institucional: El INAME, área científico técnica de la ANMAT
- 3 Fentanilo contaminado: cronología y actores
- 4 Impacto sanitario y judicial
- 5 Impacto en la política sanitaria y a nivel regional
- 6 Consideraciones finales
- 7 Bibliografía

VIII EL MINISTERIO DE SALUD, LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT) Y EL ESPÍRITU DEL DNU Nº 70/23. ENTRE LA AUTOREGULACION EMPRESARIA Y LA LÓGICA DE LA MOTOSIERRA

Parte 2. DISPOSICIÓN ANMAT 7516/25 - MODIFICACIÓN DEL RÉGIMEN DE BUENAS PRACTICAS CLÍNICAS, DE EVALUACIÓN Y FISCALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA CON FINES REGISTRALES

- 1 Breve panorama sobre la investigación clínica
- 2 Los ensayos clínicos farmacológicos
- 3 ¿Qué es el ICH? Un poco de historia
- 4 Antecedentes en los cambios de regulación.
- 5 La nueva norma de buenas prácticas clínicas de la ANMAT
- 6 Análisis crítico desde la bioética de los Derechos Humanos
- 7 Conclusiones

IX LA SALUD BAJO ASEDIO POR LA VIOLENCIA ESTATAL

Bibliografía

X CONCLUSIONES

XI CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1. Resumen principales hechos, impactos operativos y consecuencias laborales del DNU Nº 70/23 en el Hospital de Pediatría Garrahan durante el período 2024-2025

Figura 1. Mapa institucional del CONICET

Figura 2. Argentina. Función CyT como porcentaje del PBI. Años 2015-2025

Figura 3. Función CyT como porcentaje del PBI en el Mundo

Figura 4. Argentina. Evolución real de la ejecución presupuestaria de Organismos Científico-Tecnológicos. Años 2023-2025

Figura 5. Inversión en Bienes de Capital. Ex MINCyT Central y Secretaría de Innovación, Ciencia y Tecnología. Años 2007-2025

Figura 6. Número de investigadores científicos de jornada completa cada 1000 habitantes económicamente activos. Año 2021

Cuadro 2. Argentina. Gasto en investigación y desarrollo como porcentaje del PBI. Años 2015-2022

Cuadro 3. Argentina. Resumen de avances de la PPMV. Años 2022-2024

Figura 7. Argentina. Principales líneas de desarrollo en PPMV. Años 2022-2024



**IMPACTO DEL DNU
Nº70/23 EN LA SALUD
DEL PUEBLO
ARGENTINO:
RETROCESOS
ESTRUCTURALES Y EN
DERECHOS SOCIALES**

PRÓLOGO

La democracia sin participación ni información es una ilusión. La democracia es una forma de elegir gobernantes y precisamente lo que necesitan quienes eligen es información proporcionada por los protagonistas, es decir, los gobernados, sustentadas sobre datos generados por quienes se ocupan de recopilarlos sistemáticamente y darlos a conocer. ¿Quiénes informan? Deberíamos poder incluir allí al periodismo si realmente éste cumpliera con la misión que los ciudadanos le encomiendan, que es atenerse al relato de los protagonistas, que son los que dan sentido a los datos. Cuando gobiernos como el actual se esfuerzan en confundir voluntariamente información con propaganda, el mismo gobierno y muchos periodistas suelen usar datos, que muchas veces son los mismos que llegamos a conocer, pero el sentido que les dan sólo tiene intención de beneficiar a algunos que suelen coincidir con los poderosos. Desinforman o, peor aún, practican lo que llamamos propaganda.

Este primer dossier, que pretende informar sobre la situación de la salud en nuestro país, ha incorporado datos sobre más actores que los que conforman estrictamente el sistema sanitario médico puesto que reclamar por el derecho a la salud implica mucho más que demandar atención frente a la enfermedad.

Como se dijo, el acceso a -y aun el cuidado de la salud- es solo una parte del derecho a la salud. Y en el contexto de deterioro de las condiciones de vida, pobreza, aumento de la desigualdad, menor acceso a bienes y servicios y a una vivienda digna, pluriempleo (con aumento de la informalidad, despidos y abusos en ese campo) es bastante claro que promueve un mayor deterioro de las condiciones de salud de la población, ya que ella está socialmente determinada.

Ha sido elaborado por protagonistas de cada una de las esferas de influencia, con el propósito de que los lectores puedan juzgar lo más objetivamente posible, ateniéndose a los datos y los testimonios, la situación de los organismos estatales que deben velar por su salud. Y ello no por capricho de quienes piden y exigen ser informados, sino porque esos organismos están a su servicio, el estado todo debe estar a su servicio para que puedan vivir mejor.

El informe denuncia, de todas las maneras posibles, que el derecho a la salud, que es el derecho a la vida, ha sido violado y está siendo progresivamente violado por el gobierno actual. Muestra cómo las acciones de sus gobernantes, además de sus intenciones mostradas en el DNU N° 70/23, han beneficiado a los más poderosos y no a los más débiles, a los más ricos y no a los más pobres, a los más influyentes y no a los más sometidos. Intenciones y acciones que perjudican sin excusa posible a todos los habitantes de este país, pero especialmente a los históricamente más vulnerados.

El dossier informa sobre la crisis actual, promovida y provocada en un año y medio de gobierno, acentuando sobre todo los efectos del DNU N° 70/23 que ha sido y sigue siendo una plataforma de gobierno del más puro estilo del capitalismo colonial.

Informar con la verdad de los datos y los testimonios de los protagonistas es un modo fundamental de defender los derechos frente a quien no sólo no los respeta sino que los denuesta.

Desde un enfoque multidisciplinario, este informe permite reclamar el cumplimiento de derechos fundamentales a un gobierno que pretende gobernar por decreto desconociendo la situación de sus gobernados, que reprime las protestas despreciando y amedrentando a quienes reclaman por sus derechos, que propaga falsa información pues sólo publica propaganda, que pone en peligro la soberanía para favorecer a grandes trusts económicos. Denuncia -por lo tanto- a un gobierno que sostiene y promueve la desigualdad, y alienta la mentira y la corrupción. Alza la voz en nombre de los que son ignorados, callados, maltratados, desconocidos, descuidados, malheridos, para que se reconozca su derecho a la vida reclamando justicia y paz. ♦

PRESENTACION

El sistema de salud argentino se ha caracterizado históricamente por una estructura fragmentada y por un alto grado de federalismo. Paralelamente, es un sistema muy desordenado, desorden potenciado por las reformas de los '90, pero que sin embargo ha seguido avanzando. Tiene desafíos históricos que son estructurales en relación con la asignación de recursos y la garantía de acceso equitativo a servicios esenciales. En este marco, no hay duda de que las políticas públicas en salud deben constituir un componente estratégico para garantizar el derecho a la salud consagrado en la Constitución Nacional (*art. 42 y 75 inc. 22*) y en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El 10 de diciembre de 2023, con la asunción del presidente Javier Milei, se produjo una reestructuración del gabinete nacional. La justificación oficial fue la necesidad de un “achicamiento del Estado” y una “reorganización ministerial”. A pocos días de esta medida, el 20 de diciembre, el Poder Ejecutivo dictó el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 70/23, titulado “Bases para la reconstrucción de la economía argentina”. Su objetivo declarado fue desregular la economía, simplificar estructuras normativas y promover la libre competencia.

Lo que muestra este documento es que las disposiciones de ese decreto han generado profundas repercusiones en el diseño, ejecución y sostenibilidad de las políticas públicas, especialmente las que afectan a la salud.

Para poder llegar a comprender lo sucedido es necesario saber que su implementación debe ser leída en sintonía con otras disposiciones del Poder Ejecutivo que, si bien no for-

man parte formal de esa norma, comparten una orientación política común. Entre ellas, por su significación y consecuencias, es posible mencionar el denominado “Protocolo para el mantenimiento del orden público ante el corte de vías de circulación”, también conocido como “Protocolo antipiquetes”, presentado por el Ministerio de Seguridad el 14 de diciembre de 2023. Este Protocolo no es otra cosa que un férreo dispositivo de violencia institucional que actúa como reaseguro del ajuste, cuyo objetivo es criminalizar la protesta social para llevar adelante el plan de gobierno.

Desde una lógica de ajuste fiscal, reducción del gasto público y retracción del rol estatal como regulador y garante de derechos, el DNU N° 70/23 incidió directamente sobre una infraestructura sanitaria ya debilitada, en un contexto de necesidades crecientes (debido también a un deterioro concurrente de las determinaciones sociales de la salud, lo que agrava las carencias del sistema). A las desigualdades estructurales históricas —particularmente entre jurisdicciones— se sumaron recortes presupuestarios, subejecución de partidas y una marcada pérdida de capacidad operativa del nivel nacional para coordinar políticas interjurisdiccionales. Esto afectó particularmente programas estratégicos de salud pública como la provisión gratuita de medicamentos esenciales, la atención primaria, los servicios de salud sexual y reproductiva, y la producción pública de medicamentos y vacunas, entre otros.

Las consecuencias inmediatas de estas medidas han sido visibles en múltiples dimensiones: desabastecimiento de insumos básicos, interrupción de programas nacionales con fuerte impacto territorial —como el Plan Remediar, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable o el Calendario Nacional de Vacunación—, y la desvinculación de personal especializado en áreas críticas. A este embate sobre la infraestructura sanitaria es preciso sumarle, por su relación directa con la salud de la población, el abandono de las responsabilidades del Estado en las políticas, articulación y dirección de la ciencia y la tecnología del país. En ese sentido se dismanteló la estructura organizativa de un sistema que contaba con un ministerio, autoridades y personal altamente capacitado en políticas de planeamiento para el desarrollo científico-tecnológico con una mirada soberana y federal, así como organismos de investigación y control en diferentes ministerios que aportaban a la misma. Este escenario configura un claro retroceso en materia de protección social y una regresividad en el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, afectando especialmente a los sectores más vulnerables. No es casual que las personas más perjudicadas son las más necesitadas debido a su dependencia del respaldo que aportaba el Estado, con mayor o menor eficiencia, por lo que se duplica el problema al dejarlos en desolación.

A mediano y largo plazo, el impacto del DNU N° 70/23 amenaza con profundizar las brechas existentes, debilitando la capacidad del Estado para articular políticas de salud integrales, equitativas y basadas en evidencia científica. En el mismo sentido introduce incertidumbre en el sistema científico-tecnológico nacional, limita el desarrollo soberano en materia de investigación en múltiples campos, y compromete la sostenibilidad de estrategias de salud pública que han sido reconocidas internacionalmente. Es preciso tener en cuenta que la reconstrucción de lo dañado será, si se logra, un proceso mucho más largo y costoso que el tiempo que le ha tomado al gobierno destruir lo que va arrasando.

El presente informe, el primero de ellos, tiene como objetivo analizar en profundidad el impacto y las consecuencias del DNU N° 70/23 sobre los cambios estructurales en la administración pública, las políticas de financiamiento del sistema de salud, el funcionamiento del sistema científico técnico, la dinámica de los hospitales nacionales, la situación de trabajadores y residentes, la salud sexual y reproductiva, la producción pública de medicamentos y vacunas, así como otras áreas críticas para la salud de la población. El período de análisis se centra entre diciembre de 2023 (fecha de emisión del DNU) y octubre de 2025.

A través de un enfoque interdisciplinario se buscará comprender los alcances institucionales, sociales y territoriales de esta reforma, sus implicancias en materia de derechos humanos, y las posibles alternativas para revertir o mitigar sus efectos regresivos. ♦

EL IMPACTO DEL DNU N° 70/23 EN LAS POLÍTICAS DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

1 INTRODUCCIÓN

El sistema de salud argentino, caracterizado por su estructura fragmentada y su alto grado de federalismo, ha atravesado históricamente tensiones vinculadas a la asignación de recursos y a la garantía del acceso equitativo a servicios esenciales. En este contexto, las políticas de financiamiento en salud constituyen un componente estratégico para garantizar el derecho a la salud consagrado en la Constitución Nacional y en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos.

En diciembre de 2023, el Poder Ejecutivo Nacional dictó el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 70/23, con el objetivo declarado de desregular la economía, simplificar estructuras normativas y promover la libre competencia. Aunque el decreto no estuvo focalizado específicamente en el sector salud, sus disposiciones han tenido implicancias profundas en el diseño, ejecución y sostenibilidad de las políticas públicas sanitarias, particularmente en lo referido al financiamiento estatal.

Esto ocurre porque el DNU N° 70/23 constituye un instrumento normativo que redefine la relación entre Estado, mercado y ciudadanía en el ámbito de la salud. El concepto central es la transferencia del eje regulatorio hacia los actores privados, bajo la premisa de la “autorregulación”. En este esquema, el Estado deja de ser garante directo de derechos fundamentales (*como el derecho a la salud*) y pasa a ocupar un rol de rector disciplinador, cuyo objetivo principal es garantizar el equilibrio fiscal.

Esto implica una mutación del paradigma sanitario: del Estado social (*centrado en la universalidad y la protección de derechos, hecho ocurrido muy pocas veces en nuestra historia*)

hacia un Estado neoliberal de control (*que administra restricciones, prioriza el ajuste y limita la intervención pública a tareas de fiscalización mínima*).

A partir de una lógica estatal caracterizada por una descentralización regresiva —esto es, la transferencia de competencias a los niveles subnacionales sin la correspondiente asignación de recursos—, pero con un sostenimiento selectivo de funciones rectoras, especialmente sobre aquellas jurisdicciones que no se alinean con los lineamientos de ajuste fiscal, el DNU N° 70/2023 se implementó sobre una infraestructura sanitaria previamente tensionada. Dicha infraestructura ya presentaba marcadas desigualdades estructurales, antecedentes de subejecución presupuestaria y serias dificultades de articulación entre los distintos niveles de gobierno.

Las consecuencias de estas medidas no sólo pueden evaluarse en términos contables sino también en términos sociales, territoriales y de derechos; el impacto en el acceso a medicamentos esenciales, en la atención primaria de la salud, en programas federales como REMEDIAR o SUMAR, y en el gasto de bolsillo de la población evidencia un proceso de regresividad en la protección del derecho a la salud.

El presente informe tiene como objetivo analizar el impacto del DNU N° 70/23 sobre las políticas de financiamiento en salud en Argentina, identificando sus efectos en los niveles de gasto público, los programas sanitarios prioritarios, la equidad en el acceso y las obligaciones internacionales asumidas por el país en materia de derechos económicos, sociales y culturales. El enfoque adoptado integra perspectivas normativas, presupuestarias y de derechos humanos con el fin de contribuir a un diagnóstico crítico de la coyuntura actual y al diseño de propuestas superadoras.

2 MARCO NORMATIVO Y CONCEPTUAL

El Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023 introdujo reformas estructurales orientadas a una profunda desregulación económica, que si bien presentan continuidades ideológicas con las políticas aplicadas en la Argentina durante la década de 1990 —particularmente bajo el menemismo y el posterior gobierno de la Alianza, en el marco del Consenso de Washington—, también exhiben diferencias significativas en cuanto a su forma de implementación, el contexto político-institucional y la intensidad del ajuste. A través de una drástica reducción del gasto público en múltiples áreas, un ajuste fiscal extremo aplicado a las provincias y un recorte generalizado de la inversión en obra pública, las medidas adoptadas impactaron de forma indirecta pero sustantiva en la arquitectura financiera del sistema de salud, exacerbando tensiones preexistentes y profundizando las desigualdades estructurales del sector.

2.1 El Derecho a la Salud en la Normativa Argentina e Internacional

La Constitución Nacional Argentina, reformada en 1994, reconoce el derecho a la salud de manera implícita a través de los artículos 14 bis y 75 inciso 22, otorgando jerarquía constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos. Entre ellos, se destacan:

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (**PIDESC**), cuyo artículo 12 establece “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.
- La Observación General N° 14 enfatiza que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.
- La Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que imponen obligaciones específicas al Estado en el ámbito sanitario.
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que en su artículo 25 establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar”.

Estos instrumentos obligan al Estado argentino a garantizar el acceso progresivo, equitativo y universal a los servicios de salud, mediante políticas públicas sostenidas, con énfasis en la protección de grupos en situación de vulnerabilidad. Además, establecen el principio de no regresividad, es decir, que los Estados no deben adoptar medidas que disminuyan el nivel de protección ya alcanzado, salvo en circunstancias excepcionales y debidamente justificadas.

2.2 El Financiamiento como Eje Estructural del Derecho a la Salud

El financiamiento en salud se refiere al conjunto de mecanismos mediante los cuales se recaudan, asignan y utilizan recursos para garantizar la prestación de servicios de salud. Desde la perspectiva del derecho a la salud, el financiamiento no es meramente un aspecto técnico-administrativo, sino una herramienta política y ética para garantizar la equidad, la calidad y la accesibilidad del sistema sanitario.

Las dimensiones clave del financiamiento en salud incluyen:

- Gasto público en salud: recursos asignados por el Estado nacional y las provincias para sostener el sistema público.
- Gasto de bolsillo: pagos directos que realiza la población al momento de usar servicios o comprar medicamentos, indicador clave de inequidad.
- Cobertura efectiva: proporción de la población que accede realmente a servicios de salud de calidad sin sufrir barreras económicas.
- Transferencias intergubernamentales: mecanismos de coparticipación y convenios entre nación y provincias para implementar políticas federales (*ej. programas como REMEDIAR, SUMAR, Proteger*).

Un financiamiento adecuado y progresivo es condición indispensable para cumplir con el principio de justicia distributiva, entendida como la asignación equitativa de recursos para reducir desigualdades estructurales en salud.

2.3 El DNU N° 70/23 y su “Racionalidad Mercantil” versus el Derecho a la Salud

El Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023, si bien no modifica de forma directa la Ley de Ministerios ni el marco jurídico específico del sistema sanitario, produce impactos transversales en diversos sectores, incluido el de la salud. En este sentido, el DNU implica una transformación profunda en la concepción del derecho a la salud, al desplazar su carácter de bien público y derecho humano hacia una lógica mercantil, en la que la salud es tratada como una mercancía sujeta a las reglas del mercado.

Entre los efectos estructurales sobre el financiamiento sanitario que afectarán al colectivo se destacan:

- La reducción del gasto público social como parte de la política de equilibrio fiscal.
- La liberalización de precios que afecta el costo de insumos y medicamentos esenciales.
- La desarticulación de esquemas de financiamiento federal, con impacto en programas sociales y sanitarios cofinanciados por Nación y provincias
- El traslado de costos al usuario, mediante la retracción del Estado como financiador directo de prestaciones básicas.
- Cambio de condición de expendio de medicamentos de uso frecuente, de venta bajo receta a venta libre, por lo que dejan de tener cobertura por Obra Social y prepagas (*fluticasona, prazoles, tadalafilo, ibuprofeno, entre más de una veintena. Muchos de esos medicamentos tienen, además, efectos colaterales diversos*).

Esta racionalización arbitraria contrasta con los compromisos asumidos por el Estado

argentino en materia de derechos sociales y plantea interrogantes sobre la compatibilidad entre estas políticas y los principios de universalidad, equidad y progresividad que rigen el derecho a la salud.

3 METODOLOGÍA

Este informe se basa en el análisis documental y presupuestario de fuentes oficiales, reportes de instituciones académicas y organismos de la sociedad civil, y literatura académica sobre sistemas de salud y políticas públicas, desde una perspectiva de derechos humanos.

El período de análisis se centra entre la fecha de emisión del DNU (*diciembre de 2023*) y octubre de 2025. Se considera el sistema nacional de salud, incluyendo referencias a situaciones provinciales específicas que ilustran los efectos del desfinanciamiento.

4 ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL DNU Nº 70/23 EN EL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

Aunque el texto del decreto no incluye disposiciones específicas en materia de salud, como ya dijimos, su implementación ha generado efectos colaterales sustanciales en las políticas de financiamiento del sistema sanitario argentino.

Estos efectos se expresan tanto en los niveles de ejecución presupuestaria como en la desarticulación de programas federales, el aumento del gasto de bolsillo por parte de la población y la retracción del Estado nacional como garante del acceso equitativo a servicios esenciales. El impacto puede analizarse en cuatro dimensiones principales:

4.1 Reducción del Gasto Público Nacional en Salud

La primera consecuencia visible del nuevo marco normativo fue una reducción sustancial del gasto público nacional en salud durante el primer semestre de 2024. Según datos de la Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública (ASAP), el gasto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Nación entre enero y junio de 2024 cayó un 28% en términos reales respecto del mismo período del año anterior, considerando el efecto del ajuste inflacionario acumulado. Esto evidencia una marcada subejecución presupuestaria: la diferencia entre las partidas asignadas y las efectivamente ejecutadas refleja una política de restricción en la ejecución por parte del organismo.

A esta situación se sumó la falta de aprobación de un nuevo presupuesto para el ejercicio 2024, lo que implicó la prórroga del presupuesto del año anterior. Si bien a mediados de

año se reforzaron algunas partidas específicas, el nivel de gasto inicial partía de montos no actualizados, lo cual profundizó el proceso de desfinanciamiento en un contexto de inflación creciente.

El recorte afectó particularmente a las partidas destinadas a programas con enfoque territorial y federal, como:

- REMEDIAR: programa de provisión de medicamentos esenciales a centros de atención primaria.
- Salud Comunitaria: líneas de acción orientadas a la prevención y promoción en contextos de vulnerabilidad.
- SUMAR: financiamiento basado en resultados para la atención de población sin cobertura formal.
- ENIA: Programa exitoso para reducir la fecundidad adolescente (*centralmente embarazos no intencionales, incluyendo los producidos por abusos y violaciones*) que produjo una mengua de un 50% en ellos en los 6 años en los que se desarrolló, a la par que implicó un costo equivalente al 10% de la atención de esos embarazos, generando una proyección de ahorro de 140 millones de dólares por este concepto. Sin contar aquí lo que significa en otras dimensiones relacionadas con la prevención de abusos y el respeto al plan de vida que las niñas y adolescentes tienen derecho a decidir.

En todos los casos se observó una ejecución parcial del presupuesto asignado, con niveles promedio de entre el 50% y el 65% al mes de junio de 2024.

4.2 Aumento del Gasto de Bolsillo y Transferencia de Costos a los Usuarios

El repliegue del Estado como financiador directo de políticas de salud, junto con la liberalización de precios de medicamentos e insumos sanitarios, produjo una transferencia creciente de costos al usuario final, afectando la capacidad de acceso de la población, especialmente de los sectores de menores ingresos.

El gasto de bolsillo —es decir, los pagos directos que realizan los hogares para acceder a bienes y servicios de salud— aumentó del 28% al 34% del gasto total en salud en el primer semestre de 2024¹. Este indicador es particularmente preocupante ya que se considera que valores por encima del 25% comprometen seriamente la equidad del sistema.

Además, se han registrado:

- Aumentos intermensuales del 20–40% en medicamentos esenciales (*como insulina, antihipertensivos, antibióticos*).
- Disminución de la demanda de controles preventivos y consultas por motivos económicos directos y por reducción de oferta.

(1) Estimaciones del Observatorio de la Deuda Social Argentina (UCA)

4.3 Desfinanciamiento de Políticas Públicas Federales

Una característica central del sistema de salud argentino es su carácter federal y fragmentado, donde la Nación cumple un rol clave como coordinador y financiador de políticas compensatorias para las provincias con menor capacidad fiscal. El impacto del DNU N° 70/23 en este sentido ha sido especialmente agudo:

- Se observaron cancelaciones y retrasos en transferencias a programas provinciales conveniados. Ejemplo: programas de salud sexual reproductiva, programas de atención médica a pensionados.
- Las provincias con menor autonomía fiscal —particularmente en el norte argentino— reportaron dificultades crecientes para sostener prestaciones básicas. Ejemplo: suministro de medicamentos básicos esenciales, prestaciones vinculadas a discapacidad, disminución de servicios hospitalarios esenciales (*emergencias, internaciones, cuidados intensivos*).
- Se debilitó la capacidad operativa de los centros de atención primaria, especialmente en zonas periurbanas y rurales.

Este proceso agudiza las desigualdades territoriales existentes, profundizando las brechas en el acceso a servicios esenciales entre provincias y dentro de cada jurisdicción.

4.4 Tensión Financiera en Obras Sociales y el PAMI

El DNU N° 70/23 ha generado efectos indirectos sobre las obras sociales sindicales y el PAMI, que enfrentan un incremento en la demanda de servicios sin un correlato en el aumento de aportes ni en mecanismos de compensación:

- El PAMI, que depende del presupuesto nacional y de los aportes jubilatorios, ha experimentado enormes dificultades para sostener la red prestacional ante el aumento de costos y la presión sobre el sistema.
- Las obras sociales sindicales han reportado crecientes desequilibrios financieros durante 2024 como resultado de varios factores convergentes: por un lado, un incremento en la demanda de servicios por parte de trabajadores que, ante la imposibilidad de costear coberturas privadas, recurren al sistema solidario; por otro, un aumento sostenido de los costos prestacionales. A esto se suma la disminución de los aportes por parte de los afiliados, en un contexto marcado por el crecimiento del empleo informal, la precarización laboral y la disminución del salario real, lo que conlleva a un aporte sustantivo menor.

4.5 Impacto en el Cumplimiento del Derecho a la Salud

Desde una perspectiva de derechos, los efectos del DNU N° 70/23 sobre el financiamiento en salud pueden caracterizarse como regresivos. La reducción del gasto público, el desfinanciamiento de políticas federales y el aumento del gasto de bolsillo implican un retroceso en el nivel de protección alcanzado en años anteriores.

Esto entra en tensión con el principio de progresividad y no regresividad establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al que el Estado argentino adhiere con jerarquía constitucional. En contextos de crisis económica, los ajustes deben realizarse garantizando la protección mínima de los derechos fundamentales y evitando afectar desproporcionadamente a los sectores más vulnerables.

5 CONSECUENCIAS EN TÉRMINOS DE EQUIDAD Y DERECHOS

El Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 70/23 no sólo modificó aspectos formales del Estado, sino que tuvo un fuerte impacto en el sistema de salud. Y este impacto no puede analizarse solamente desde los números del presupuesto.

Entre diciembre de 2023 y junio de 2025, la Argentina acumuló una inflación del 209,4 %². En ese mismo período, el presupuesto destinado a salud creció en términos nominales, pero cayó fuertemente si se lo analiza en términos reales (*es decir, considerando la inflación*).

Veamos algunos datos³:

- En 2025, la salud representará sólo el 5,6 % del Presupuesto Nacional.
- Si comparamos el presupuesto de salud entre 2024 y 2025, hubo un aumento del 79 % nominal, pero en realidad se produjo una caída del 20 % en términos reales.
- El Ministerio de Salud recibió 4,9 billones de pesos en 2024, y tendrá 5,2 billones en 2025, lo que representa sólo un 6,2 % de aumento nominal. Teniendo en cuenta la inflación, eso significa una pérdida real del 52 %.

Pero más allá de las cifras, el problema central es lo que esto significa en la vida cotidiana: menos medicamentos, menos profesionales, menos trabajadores de salud calificados, menos programas sanitarios y más dificultades para acceder a la atención, especialmente en las zonas más vulnerables del país.

Aplicar una lógica de ajuste fiscal a un área esencial como la salud genera tensiones con los principios constitucionales y los tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud como un derecho humano básico. Las consecuencias no son sólo administrativas: afectan directamente la equidad, la calidad de atención y la vida de millones de personas.

(2) Según el IPC

(3) INFORME FSS N°83 NOVIEMBRE 2024 www.soberaniasanitaria.org.ar

5.1 Retroceso en el Cumplimiento del Derecho a la Salud

Como se ha mencionado, Argentina ha asumido compromisos internacionales —como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)— que reconocen el derecho a la salud como un derecho fundamental y establecen el principio de no regresividad. Este principio implica que los Estados no pueden adoptar medidas deliberadamente regresivas en el goce de los derechos, salvo en casos excepcionales y justificados con criterios estrictos de necesidad, proporcionalidad y transparencia.

El proceso de reducción presupuestaria, desfinanciamiento de programas estratégicos y traslado de costos al usuario impulsado tras la entrada en vigor del DNU N° 70/23 constituye, en términos normativos, un retroceso sustantivo en el nivel de protección alcanzado, sin evidencia pública de justificación basada en criterios de derechos.

5.2 Agravamiento de las Desigualdades Sociales y Territoriales

El sistema de salud argentino ya presentaba, antes del DNU, profundas asimetrías en términos de acceso y calidad entre regiones, jurisdicciones y grupos sociales. Las provincias del norte argentino —como Formosa, Chaco, Santiago del Estero y Salta— registraban históricamente los peores indicadores de mortalidad infantil, cobertura de servicios y provisión de medicamentos esenciales.

La disminución de las transferencias federales y el debilitamiento de programas nacionales agudizan estas disparidades. Provincias con menor capacidad fiscal o menor infraestructura sanitaria enfrentan mayores dificultades para sostener sus sistemas de salud sin apoyo nacional, lo que reproduce e intensifica la inequidad estructural del sistema.

A nivel social, los sectores que más dependen del sistema público —trabajadores informales, personas en situación de pobreza, personas mayores, mujeres, comunidades rurales e indígenas— son los más afectados por la retracción del Estado, consolidando un patrón de exclusión sanitaria.

5.3 Erosión de la Lógica de Derechos en las Políticas Sanitarias

El giro hacia una lógica de mercado en el sistema de salud, promovido indirectamente por el DNU N° 70/23, implica una transformación en la concepción del derecho a la salud, que deja de entenderse como un bien público garantizado por el Estado y pasa a concebirse como un bien de consumo, sujeto a la capacidad de pago individual.

Esto se refleja en:

- La ausencia de criterios de justicia distributiva en la reasignación presupuestaria.
- La reconversión del Estado a través del Ministerio de Salud en rector y disciplinador del ajuste en el país.
- La eliminación o reducción de programas que garantizaban acceso gratuito a servicios y medicamentos esenciales.

Esta transformación simbólica y práctica pone en riesgo décadas de construcción institucional en torno a la salud como derecho y socava la legitimidad del sistema público como garante de equidad social.

5.4 Afectación de Grupos Prioritarios

Diversos grupos que requieren atención prioritaria por parte del Estado han sido particularmente impactados por el cambio en la política de financiamiento:

- Personas mayores: recortes indirectos al PAMI y suba de precios de medicamentos afectan su acceso a tratamientos.
- Niñas, niños y adolescentes: disminución de cobertura de programas como SUMAR impacta en controles pediátricos y vacunación.
- Mujeres: el desfinanciamiento de políticas de salud sexual y reproductiva compromete el acceso a métodos anticonceptivos, atención del embarazo y partos seguros.
- Personas con discapacidad: enfrentan barreras crecientes en el acceso a tratamientos y rehabilitación por costos no cubiertos.

La afectación de estos grupos contradice principios básicos del enfoque de derechos: no discriminación, igualdad sustantiva y priorización de los más vulnerables.

6 CONCLUSIONES

El Decreto de Necesidad y Urgencia N.º 70/2023 y las políticas adoptadas en su implementación omiten el reconocimiento explícito de la salud como un derecho humano fundamental, tal como lo establece la Constitución Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional. En lugar de asumir las obligaciones positivas del Estado en materia de salud, se privilegia un enfoque económico centrado en el ajuste fiscal, con efectos regresivos sobre las políticas de financiamiento sanitario.

La combinación entre una reforma del Estado que actúa como rector y disciplinador del ajuste y la priorización del equilibrio fiscal por encima de la garantía de derechos fundamentales representa un retroceso estructural en el cumplimiento del derecho a la salud.

Esta orientación no sólo afecta la equidad en el acceso, sino que profundiza las desigualdades sociales y territoriales, limitando la capacidad del sistema público de salud para brindar atención adecuada, oportuna y universal.

Como consecuencia, amplios sectores de la población —particularmente quienes quedan excluidos del sistema privado y de las obras sociales— se ven obligados a recurrir a un sistema público de salud crecientemente desfinanciado. Este proceso se da en paralelo con políticas laborales regresivas que afectan al personal de salud, donde el propio Estado produce y reproduce desigualdades, vulnerando el principio de igualdad ante la ley y el derecho a condiciones dignas de atención y trabajo.

El Estado, en este contexto, no sólo se retrae en su rol de garante, sino que también produce y reproduce un doble estándar de atención, privilegiando a quienes pueden pagar por servicios privados y relegando a los sectores populares a instituciones públicas precarizadas. Este diseño institucional reproduce desigualdades y contradice principios fundamentales del derecho internacional de los derechos humanos.

La omisión de garantizar el acceso equitativo a prestaciones básicas compromete el deber indelegable del Estado de asegurar el derecho a la salud como bien público, universal e indivisible. Al vulnerar principios como la progresividad, la no regresividad y la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, el DNU N° 70/23 representa una amenaza concreta al cumplimiento de las obligaciones asumidas por el Estado argentino.

Desde una perspectiva de derechos humanos, esta política no puede ser entendida como una simple reconfiguración administrativa, sino como una afectación sustancial a derechos consagrados, especialmente para las poblaciones más vulneradas. ♦

7 BIBLIOGRAFÍA

ASAP. (2024). *Ejecución presupuestaria primer semestre 2024.* Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública.

CEPA. (2024). *Informe sobre impacto del DNU N° 70/23 en el sistema sanitario.*

Observatorio de la Deuda Social Argentina (UCA). (2024). *Barómetro de la Deuda Social Argentina.*

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Financing for Universal Health Coverage: World Health Report.*

PIDESC. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.*

Constitución de la Nación Argentina. (1994).

Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948).

DNU N° 70/23

Ley de Ministerios

Ley de Presupuesto Nacional 2023 (y prórroga 2024)

Instrumentos internacionales con jerarquía constitucional (PIDESC, DUDH)

Estadísticas y registros oficiales:

Ejecución presupuestaria (Ministerio de Economía, SIGEN, ASAP)

Datos de gasto público en salud (Presupuesto Abierto, Dirección Nacional de Análisis de Gasto Público Social)

Informes del Ministerio de Salud de la Nación

II

IMPACTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES

El Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023 (*DNU N° 70/23*) constituye un punto de inflexión en el sistema de salud argentino, no sólo por su impacto normativo y económico, sino también por las consecuencias directas en los hospitales dependientes de la órbita nacional. Estos establecimientos, caracterizados por su alta complejidad, especialización y rol estratégico en la atención de problemáticas críticas, se ven atravesados por una normativa que reconfigura la organización del financiamiento, la gestión de recursos humanos y la relación entre el Estado y la sociedad en materia sanitaria. Analizar sus efectos exige, por lo tanto, un enfoque crítico que considere tanto las transformaciones estructurales como las singularidades de cada institución.

En este marco, el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas se erige como un referente de alta complejidad en el conurbano bonaerense, con una población usuaria heterogénea que depende en gran medida de su capacidad resolutive en áreas críticas como la terapia intensiva, la cirugía de alta complejidad y la atención de patologías crónicas. El Posadas sintetiza tensiones propias de un hospital nacional ubicado territorialmente en una zona de alta demanda social, donde los cambios en financiamiento, recursos humanos y provisión de insumos impactan de manera inmediata en la accesibilidad y continuidad de la atención.

Por su parte, el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” constituye el principal centro de referencia pediátrico del país y de la región. Su modelo de atención de alta complejidad se sostiene en una lógica de articulación federal, recibiendo derivaciones de todas las provincias. La singularidad del Garrahan radica en su rol de garante del derecho a la salud de la niñez en condiciones de equidad territorial, lo que convierte cualquier res-

tricción presupuestaria o modificación normativa en un factor de riesgo para la equidad del sistema en su conjunto.

En un registro diferente, el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, especializado en salud mental y adicciones, representa un espacio paradigmático en tanto materializa los principios de la Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26.657) y de las políticas públicas de derechos humanos. Su singularidad radica en ser un hospital monovalente que articula intervenciones terapéuticas integrales con una mirada comunitaria, y cuya misión excede lo estrictamente clínico para inscribirse en la agenda de derechos, memoria y reparación social. En este sentido, los impactos del DNU Nº 70/23 sobre esta institución deben ser analizados en clave de retroceso normativo y de debilitamiento de los marcos de protección de poblaciones altamente vulnerabilizadas.

El presente análisis se propone, entonces, examinar críticamente cómo el DNU Nº 70/23 afecta a estos tres hospitales nacionales —el Posadas, el Garrahan y el Bonaparte—, destacando tanto sus particularidades institucionales como los puntos en común en relación con los desafíos que enfrentan en el actual contexto político y económico. La intención es ofrecer un enfoque comparado que permita visibilizar los riesgos de fragmentación, regresividad y desprotección que emergen de la aplicación del decreto, así como las resistencias y alternativas que se abren en el campo sanitario argentino.



El Hospital Nacional “Profesor Alejandro Posadas” es uno de los centros de salud más grandes y complejos del país

El DNU N° 70/23 ha provocado debilitamiento presupuestario, despidos masivos, precarización laboral y deterioro de la atención sanitaria

Paralelamente se ha incrementado la demanda de atención, generando listas de espera de 3 a 6 meses para turnos programados

1 HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

1.1 Introducción

El Hospital Nacional “Profesor Alejandro Posadas”, ubicado en El Palomar (Provincia de Buenos Aires) constituye uno de los centros de salud más grandes y complejos del país. Atiende a una población estimada de seis millones de habitantes, con ingresos diarios de alrededor de 10.000 pacientes y usuarios. Cuenta con más de 100 especialidades médicas, 500 camas de internación y un plantel cercano a 4.200 trabajadores. Su magnitud lo convierte en un pilar del sistema público nacional, tanto en atención de alta complejidad como en la derivación de casos que el sistema provincial y municipal no puede resolver.

El presente informe busca analizar críticamente la situación del Hospital Posadas en el contexto del DNU N° 70/23, integrando datos objetivos con la trayectoria histórica de la institución y su actual crisis sanitaria y laboral.

1.2 Historia y Significación Política

El Hospital Posadas posee una historia atravesada por la violencia política y la lucha

por la salud pública. El 28 de marzo de 1976, durante la última dictadura cívico-militar, fue ocupado militarmente con decenas de soldados, tanquetas, camiones de asalto y helicópteros. Los destinos de los trabajadores dependían de aparecer o no en listas o en partes de inteligencia en poder de los oficiales militares. El comandante de la ocupación, General Reynaldo Benito Bignone designó como interventor el coronel médico Agatino Di Benedetto, cuya misión era “restablecer el orden, identificar y detener a los elementos resentidos, disociadores y subversivos”. Respondiendo a esta orden, en los primeros días de la ocupación fueron detenidos más de treinta trabajadores. El 14 de mayo el interventor fue reemplazado por Julio Ricardo Esteves, designado director interino, quien asumió acompañado de una patota para estatal de 20 hombres vestidos de civil, autodenominados grupo Swat que desplegó un fuerte dispositivo represivo, con armas de guerra, mientras hostigaba a los trabajadores.

Dentro del predio del hospital funcionó un Centro Clandestino de Detención, Tortura y Exterminio, conocido como el “Chalet”, que fue reconocido como “Sitio de la memoria” luego de la recuperación de la democracia. Allí fueron secuestrados y torturados impunemente cientos de empleados del policlínico y vecinos de la zona, aunque nunca pudo conocerse la cantidad precisa de personas que pasaron por el lugar. De hecho, en noviembre de 2017 fueron hallados restos humanos a 25 metros del “Chalet” identificados como pertenecientes a Jorge Mario Roitman, médico del hospital desaparecido en dictadura.

Durante la década de los ‘90 se lo sometió a una administración compartida entre la Nación y la Provincia de Buenos Aires que generó más dificultades que beneficios y reclamos de los trabajadores. Fue en 2007 cuando recuperó su dependencia nacional.

El hospital tiene un largo historial de lucha: en agosto de 2001, por ejemplo, se resistió a las rebajas salariales de un 13% que impuso la entonces Ministra de Trabajo Patricia Bullrich. En esa ocasión, como en muchas otras, la Policía Federal ingresó a las instalaciones hospitalarias lanzando gases y reprimiendo a los trabajadores. Durante 30 años se ha luchado por la regularización del personal, que aún hoy mantiene contratos precarizados, lo que permite secuencialmente despidos arbitrarios, en general por persecución. Como ejemplo, lo sucedido en el período 2015/2019, en que hubo 1600 despidos (*casi un 20% de su planta*). Esto sucedió en un contexto de fuerte represión, utilizando cámaras de vigilancia contra los trabajadores y un régimen militar en su interior.

Hoy resultaba previsible que el Hospital Posadas fuera uno de los blancos de la famosa motosierra. No sólo para beneficiar al sector privado sino porque es una institución con la cual la dictadura se ensañó particularmente. Recordemos que, no casualmente, este gobierno la reivindica.

1.3 Impacto del DNU N° 70/23

La implementación del DNU N° 70/23 y las políticas de “austeridad” del Estado profundizaron la crisis sanitaria del Posadas. Entre sus efectos más significativos se encuentran:

1.3.1 Trabajadores

- Despidos masivos: según fuentes no oficiales, desde julio de 2024 a la fecha se habrían producido más de 300 bajas entre el personal a causa de renuncia, jubilación, despido y fallecimiento. Los despidos son facilitados por esquemas de contratación precaria que en muchos casos datan de más de 30 años.
- Despidos de profesionales altamente especializados que afectó a sectores estratégicos, con impacto directo en la calidad de atención a pacientes.
- Dejó de funcionar. En traumatología, el área de miembro superior.

Tras los despidos, el personal restante debió enfrentar una sobrecarga significativa en las tareas cotidianas, agravada por la falta de reemplazos en las guardias y la ausencia de condiciones mínimas para el desarrollo del trabajo.

1.3.2 Presupuesto

Se subejecutaron y hubo demoras en la asignación de partidas presupuestarias y dependencia de refuerzos extraordinarios, lo que significó restricciones en la compra de insumos críticos, atrasos en pagos a proveedores y la imposibilidad de planificar inversiones en infraestructura o tecnología sanitaria.

Si bien los montos nominales de presupuesto aumentaron, la inflación sanitaria licuó cualquier margen, generando una brecha entre el discurso oficial de suficiencia y la realidad hospitalaria.

1.3.3 Consecuencias asistenciales

El deterioro laboral se suma al incremento de la demanda de atención. Cada vez más pacientes llegan al Posadas desde zonas donde el sistema provincial y municipal no logra garantizar prestaciones, generando listas de espera de 3 a 6 meses para turnos programados. Esto se ve agravado por situarse en una región en que la población está más empobrecida y con oferta de servicios de salud más restringida.

1.3.4 Otros problemas críticos son:

Sueldos por debajo de la canasta familiar, que erosionan el poder adquisitivo y fomentan la fuga de profesionales.

Exámenes arbitrarios de idoneidad impulsados por la administración pública, que fueron cuestionados judicialmente y suspendidos por fallo de la jueza Martina Forns por un plazo de seis meses.

Acceso limitado de pacientes, muchos de los cuales no logran llegar al hospital por falta de recursos de transporte y apoyo social, agravando el cuadro de inequidad en el acceso a la salud.

1.4 El Conflicto Social y Político

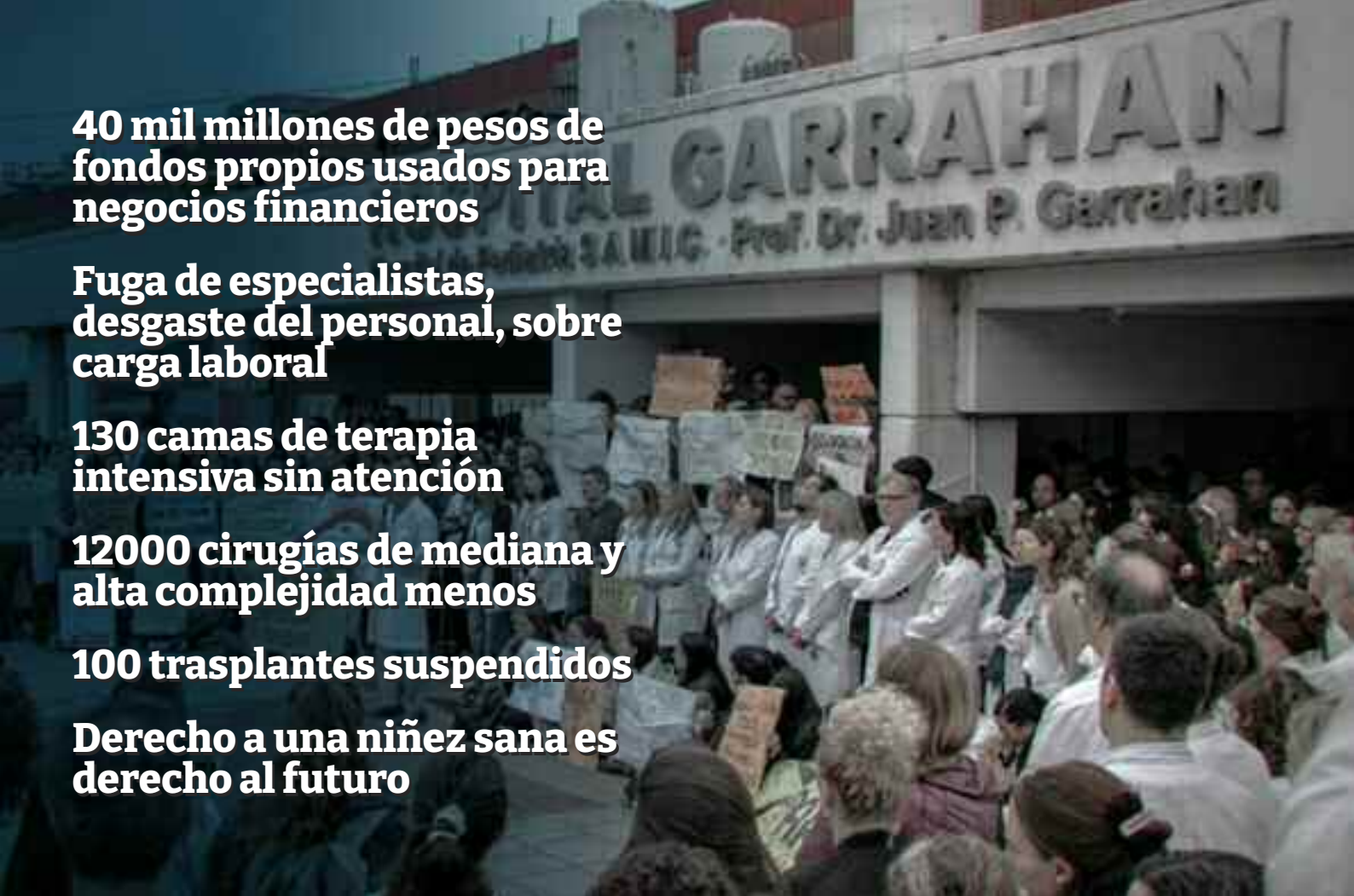
El Hospital Posadas es históricamente un espacio de organización y lucha de sus trabajadores. Hoy vuelve a ser escenario de movilización, no sólo en defensa de los puestos de trabajo, sino en reclamo de un presupuesto que garantice salarios dignos, reincorporación de despedidos y fortalecimiento de la atención pública.

El conflicto actual refleja una contradicción de fondo: mientras el Estado promueve un discurso de eficiencia y modernización bajo el DNU N° 70/23, la realidad en el Posadas muestra precarización estructural y vaciamiento progresivo del hospital nacional más grande del país.

1.5 Conclusiones

El caso del Hospital Posadas revela de forma paradigmática las consecuencias del DNU N° 70/23 sobre las instituciones de salud pública: debilitamiento presupuestario, despidos masivos, precarización laboral y deterioro de la atención sanitaria. La combinación de ajuste fiscal, desregulación y opacidad administrativa no sólo compromete la calidad asistencial, sino que también vulnera derechos fundamentales, en particular el derecho a la salud consagrado en la Constitución Nacional y en tratados internacionales.

En este marco, la resistencia de los trabajadores del Posadas constituye no sólo una lucha gremial, sino también una defensa política y ética de la salud pública, entendida como bien común frente a las políticas de mercantilización y recorte.



40 mil millones de pesos de fondos propios usados para negocios financieros

Fuga de especialistas, desgaste del personal, sobre carga laboral

130 camas de terapia intensiva sin atención

12000 cirugías de mediana y alta complejidad menos

100 trasplantes suspendidos

Derecho a una niñez sana es derecho al futuro

2 HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

El Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, inaugurado en 1987 como resultado de un proyecto conjunto entre el Estado nacional y la Ciudad de Buenos Aires, se consolidó a lo largo de las décadas como centro de referencia nacional e internacional en el tratamiento de enfermedades pediátricas de alta complejidad. Reconocido por sus avances en onco-hematología, trasplantes y la atención de enfermedades poco frecuentes, el Garrahan simboliza el esfuerzo estatal por garantizar el derecho a la salud de la niñez en Argentina.

Actualmente tiene casi 600 camas de las cuales 130 son de terapia intensiva. Tiene más de 20 quirófanos donde se realizan 12000 cirugías de mediana y alta complejidad al año y más de 100 trasplantes (lo que representa el 50% de los que se realizan en el país). Cuenta con 200 consultorios donde se realizan más de medio millón de consultas al año y reciben y tratan el 35% de los casos de cáncer pediátrico del país.

Trabajan allí más de 4000 personas (aproximadamente la mitad en las muy diversas tareas asistenciales, en general en equipos interdisciplinarios, condición indispensable para la mayoría de los problemas que allí se atienden, dada su complejidad).

Sin embargo, su historia también refleja las tensiones entre políticas de financiamiento, cambios estructurales en el sistema de salud y coyunturas económicas que condicionaron su desarrollo. En este marco, el presente informe analiza críticamente las consecuencias del

DNU N° 70/23 en el hospital, con especial atención a los impactos presupuestarios, laborales y asistenciales, así como al conflicto social y político que se profundizó durante 2024–2025.

2.1 Impacto Presupuestario

Aunque el Ejecutivo presentó incrementos nominales para funcionamiento en el presupuesto del Garrahan —incluyendo refuerzos del 10% en 2025—, dichos montos se vieron neutralizados por la inflación y el fuerte aumento de insumos médicos y descartables. La narrativa oficial, centrada en cifras agregadas, ocultó la subestimación inicial de las partidas de 2024 y la erosión real del financiamiento.

El veto a la Ley de Emergencia Pediátrica (agosto de 2025) expuso la divergencia entre la visión gubernamental de “suficiencia presupuestaria” y el reclamo de trabajadores y especialistas, quienes mostraban objetivamente que los recursos eran insuficientes para sostener la complejidad del hospital.

En septiembre, por un pedido de acceso a la información pública realizado por diputados nacionales, se dio a conocer el balance anual 2024 del hospital. Esta situación dejó expuesto que la institución disponía de 40 mil millones de pesos de fondos propios. Esos fondos, que provenían de la posibilidad que habilitaba la ley SAMIC, habían sido colocados por las autoridades del hospital en un fondo de inversión del Banco Nación y mantenidos ocultos al conocimiento del hospital.^{4, 5}

2.2 ¿Qué Dice la Ley de Servicios de Atención Médica Integral de la Comunidad - SAMIC?

La Ley SAMIC se concibió como un instrumento orientado a superar la fragmentación del sistema sanitario argentino, estableciendo hospitales nacionales descentralizados que trascendieran la dependencia exclusiva de una jurisdicción específica. Su propósito fue articular recursos de la Nación y de las provincias en una red de alta especialización, configurando un modelo institucional más flexible que el de los hospitales puramente nacionales. En ese marco, la normativa otorgó a los hospitales SAMIC un régimen de autarquía en la administración de sus fondos propios, los cuales debían destinarse prioritariamente a tres objetivos: complementar los salarios del personal, financiar mejoras en equipamiento y servicios, y mantener una reserva acotada para emergencias, que no podía exceder entre 1,5 y 2 veces el gasto mensual en salarios y funcionamiento (*aproximadamente 12 mil millones de pesos en valores actuales*).

(4) <https://www.lapoliticaonline.com/politica/denuncian-que-el-gobierno-uso-40-mil-millones-del-garrahan-para-la-timba-financiera/>

(5) <https://www.instagram.com/reel/DOtdSxAjpb6/>

La inversión financiera fue hecha mientras el hospital atravesaba un proceso de desfinanciamiento y de deterioro progresivo que ponía en riesgo su misión esencial: la atención de la salud de nuestros niños, niñas y adolescentes. Esta situación muestra que no sólo hubo un incumplimiento del mandato legal en cuanto al monto sino también en relación con el contexto pues el hospital sufre una profunda crisis de financiamiento que esos fondos debieron evitar.

La falta de transparencia y el destino oculto de esos recursos impidieron que se pudieran actualizar (al menos parcialmente) los salarios y condiciones de trabajo, e incluso evitar las numerosas renunciaciones por la situación salarial insostenible de muchos/as trabajadores/as. Así se evidencian las prácticas de opacidad en el uso de los fondos que ha comprometido la sustentabilidad de los hospitales nacionales de referencia y se expresa también en la vulneración del derecho a la salud de la población.

2.3 Consecuencias Laborales

El personal de salud del Garrahan enfrentó un proceso de violencia institucional y deterioro salarial desde fines de 2023, con pérdida de poder adquisitivo que superó el 40% en algunos casos. La ausencia de recomposición en salarios y la implementación de bonos parciales generaron una marcada fuga de especialistas, estimada en más de 250 profesionales durante 2024–2025.

Las medidas de fuerza se intensificaron durante este período, con paros de 24 y 48 horas y movilizaciones que buscaban visibilizar el reclamo por salarios dignos y condiciones de trabajo adecuadas. El desgaste profesional y la sobrecarga laboral impactaron de forma directa en la capacidad del hospital para sostener la atención pediátrica de alta complejidad.

2.4 El Conflicto Socio-Político

La disputa entre trabajadores, pacientes, familias, es decir la comunidad hospitalaria y en general la población, con el Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires adquirió un carácter emblemático: el Garrahan se convirtió en símbolo de la tensión entre políticas de ajuste fiscal y la defensa del sistema sanitario público.

Es importante dejar en claro que el conflicto no se limitó al plano laboral, sino que escaló a un conflicto político estructural puesto que la negativa a declarar la emergencia pediátrica reveló la decisión gubernamental de no comprometer el presupuesto necesario para resolver el problema de base. La estrategia de ofrecer aumentos parciales o bonos no sólo reviste un carácter de insuficiente, sino que genera paralelamente un clima de desconfianza y resistencia gremial.

2.5 Efectos en la Atención y el Derecho a la Salud

El Garrahan, como hospital de referencia nacional, absorbió mayor demanda de atención en un contexto de merma de las coberturas privadas y el debilitamiento de las obras sociales producto de la ejecución del DNU N° 70/23. Esta presión se tradujo en demoras, mayores listas de espera y riesgo de discontinuidad en tratamientos críticos como quimioterapias, trasplantes o terapias intensivas. También ocasionó la interrupción de proyectos científicos que significaban esperanza y calidad de vida para miles de pacientes.

Pacientes y familias vieron retrasados controles y seguimientos de enfermedades complejas y de intervenciones quirúrgicas. Muchas veces, especialmente estas últimas, generaron graves complicaciones, ya que a la demora de la intervención se agregó la angustia severa esperando resoluciones o reclamos ignorados expresamente por el Ministerio de Salud, que muchas veces llegaron tarde. Por ello es necesario comprender que, desde la perspectiva de los derechos humanos, la situación generada en el hospital Garrahan por el DNU N° 70/23 plantea un riesgo para la garantía efectiva del derecho a la salud de la niñez y la adolescencia, reconocido en la Constitución Nacional y en tratados internacionales de jerarquía constitucional. Recordemos además que el vaciamiento progresivo del sistema público compromete la equidad en el acceso a servicios de salud de alta complejidad.

El siguiente cuadro resume los principales hechos, impactos operativos y consecuencias laborales del DNU N° 70/23 en el Hospital de Pediatría Garrahan durante el período 2024–2025. El análisis permite observar cómo la política de ajuste y desregulación generó un conflicto presupuestario y laboral persistente, con riesgo sobre la continuidad de áreas críticas en salud pediátrica.

FECHA	HECHOS	IMPACTO OPERATIVO	CONSECUENCIAS LABORALES
Diciembre 2023	Entrada en vigencia DNU N° 70/23	Se inicia el ajuste fiscal general que afecta al sistema nacional de salud	Comienza deterioro salarial y expectativas de ajuste en personal
Febrero 2024	Reglamentación parcial: desregulación obras sociales/prepagas	Efectos sistémicos: presión sobre prestadores públicos de alta complejidad	Mayor demanda en el Garrahan ante caídas de cobertura privada/obras sociales
Junio 2025	+10% extra de refuerzo presupuestario al Garrahan	No revierte pérdida real por inflación persisten reclamos salariales	Persisten paros por recomposición salarial fuga de especialistas
Julio 2025	Debate público: 'trampa de los números' (subestimación 2024)	Análisis revela que los refuerzos no compensan subejecución inicial ni inflación	Delegados advierten pérdida de 250 profesionales y sobrecarga de equipos
Agosto 2025	Congreso aprueba emergencia pediátrica / Ejecutivo veta (D. 651/25)	Se agrava el conflicto político Nación alega suficiencia presupuestaria	Tensión Nación–trabajadores se denuncia pérdida de poder adquisitivo
Septiembre 2025 (23-24)	Paro de 48h hospital anuncia aumentos con fondos propios	Medidas de fuerza continúan gremios rechazan aumentos insuficientes	Conflicto abierto, riesgo de discontinuidad en áreas críticas pediátricas

Cuadro 1. Resumen principales hechos, impactos operativos y consecuencias laborales del DNU N° 70/23 en el Hospital de Pediatría Garrahan durante el período 2024–2025. Elaboración propia.

2.6 Algunas Consideraciones Finales

El conflicto en torno al Hospital Garrahan constituye un caso paradigmático para comprender los efectos estructurales del DNU N° 70/23 sobre las instituciones sanitarias de alta complejidad en la Argentina. Mientras el gobierno nacional y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sostuvieron que el presupuesto asignado resultaba suficiente, la realidad mostró lo contrario: la subestimación inicial de partidas, sumada al acelerado proceso inflacionario en insumos y salarios, erosiona de manera profunda la capacidad de respuesta del hospital.

A esta crisis presupuestaria se añadió un hecho de enorme gravedad institucional: el ocultamiento de más de 40 mil millones de pesos por parte de las autoridades hospitalarias, fondos que permanecieron en un instrumento financiero del Banco Nación en lugar de destinarse a la atención sanitaria. Esta situación expone una contradicción flagrante entre la misión esencial de un hospital público —garantizar el derecho a la salud, particularmente de los sectores más vulnerables como niños, niñas y adolescentes— y la decisión de priorizar la lógica de la rentabilidad financiera, invisibilizando deliberadamente la existencia de recursos ante el personal y la ciudadanía.

Desde una mirada crítica, no se trata únicamente de una irregularidad administrativa, sino de la manifestación de un modelo de gestión sanitaria neoliberal, donde la lógica financiera se impone sobre la lógica del cuidado. La colocación de fondos en el mercado, en detrimento de salarios, insumos y mejoras edilicias, refuerza un patrón de desguace progresivo de la infraestructura pública, en el cual la salud deja de concebirse como un derecho humano y se convierte en una variable de ajuste económico.

La opacidad en la administración de recursos revela, además, un déficit democrático en la gestión de los bienes públicos. El hecho de no informar ni transparentar la disponibilidad de fondos vulnera no sólo el derecho a la salud, sino también el derecho ciudadano al acceso a la información y al control social sobre las instituciones estatales. En este sentido, la falta de transparencia no aparece como un error circunstancial, sino como una estrategia política orientada a justificar el ajuste y la precarización del sistema sanitario.

El impacto sobre el personal de salud resulta igualmente crítico. La renuncia de profesionales, la sobrecarga laboral y la falta de actualización salarial no deben interpretarse meramente como conflictos gremiales, sino como determinantes directos de la calidad asistencial. Sin condiciones laborales dignas, la continuidad de tratamientos pediátricos complejos, la capacidad de respuesta ante emergencias y, en última instancia, las vidas de los pacientes se ven comprometidas.

Este escenario pone de relieve la tensión entre el marco normativo vigente —como la ley

SAMIC, que establece el mandato de orientar los recursos a la atención sanitaria— y las prácticas efectivas de gestión ministerial, que distorsionan ese mandato. Tal contradicción debilita no sólo al Garrahan, sino también la sustentabilidad del sistema de salud público en su conjunto, generando un precedente riesgoso de desfinanciamiento encubierto.

En síntesis, la situación debe leerse como un síntoma de una política sanitaria regresiva, caracterizada por la convergencia de tres dimensiones: la opacidad en la gestión, el desfinanciamiento estructural y la subordinación de la vida a la lógica de la rentabilidad financiera. Se trata de una vulneración múltiple que afecta a los trabajadores de la salud, a los pacientes y a la comunidad, erosionando el principio rector de la salud como derecho humano fundamental.

La tensión central del conflicto radica en la brecha entre los montos nominales consignados en los informes oficiales y el poder adquisitivo real requerido para garantizar la continuidad de tratamientos pediátricos de alta complejidad. Mientras el Poder Ejecutivo apeló a parches presupuestarios y bonos extraordinarios, los trabajadores reclamaron recomposición estructural de los salarios y mecanismos de actualización que permitieran retener a los especialistas.

El veto presidencial a la ley de emergencia pediátrica profundizó el carácter político del conflicto, evidenciando cómo la ausencia de consensos sobre el financiamiento sanitario amenaza la sustentabilidad de servicios críticos y la equidad en el acceso a la salud infantil. En este marco, la resistencia de los trabajadores del Garrahan, junto con la movilización comunitaria, expresa la urgencia de construir políticas públicas robustas, participativas y basadas en un enfoque de derechos humanos, capaces de revertir la tendencia al desmantelamiento del sistema de salud pública.

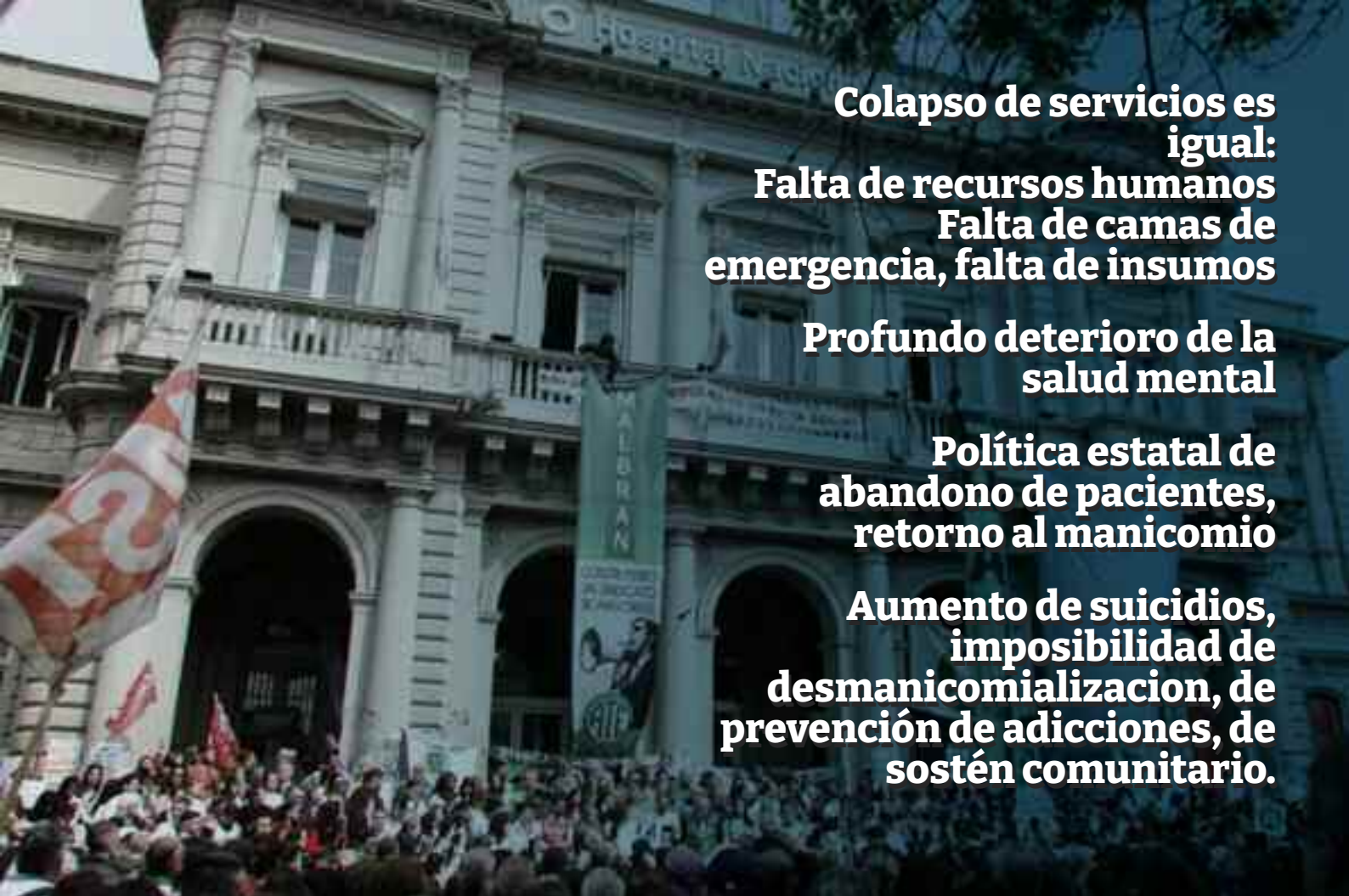
De este modo, el Garrahan se erige como un emblema de resistencia frente a las políticas de austeridad, simbolizando la tensión entre la racionalidad neoliberal del ajuste y la necesidad de resguardar el derecho a la salud como un bien público y socialmente irrenunciable.

2.7 Referencias

Ley 23.697. (1989). *Sistema de Administración de los Hospitales de Alta Complejidad (SAMIC).* Boletín Oficial de la República Argentina.

OPS. (2023). *Recursos humanos en salud en las Américas: situación y desafíos.* Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Presidencia de la Nación Argentina. (2023). *Decreto de Necesidad y Urgencia 70/23.* Boletín Oficial de la República Argentina.



**Colapso de servicios es igual:
Falta de recursos humanos
Falta de camas de emergencia, falta de insumos**

Profundo deterioro de la salud mental

Política estatal de abandono de pacientes, retorno al manicomio

Aumento de suicidios, imposibilidad de desmanicomialización, de prevención de adicciones, de sostén comunitario.

3 HOSPITAL NACIONAL LAURA BONAPARTE

El Hospital Nacional Laura Bonaparte es una institución de referencia en salud mental y adicciones en Argentina. Tras la implementación del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023, este hospital ha sido objeto de un proceso de vaciamiento institucional que incluyó despidos masivos, sobrecarga del personal restante, intervención estatal y la suspensión de servicios críticos. Este informe detalla las consecuencias observadas entre octubre de 2024 y julio de 2025.

3.1 Despidos Masivos y Vaciamiento Institucional

Entre diciembre de 2023 y junio de 2025 fueron despedidos alrededor de 270 trabajadores del hospital, lo que representó una reducción superior al 30% de la planta profesional. Áreas como salud mental, enfermería, farmacología, trabajo social y guardia fueron gravemente afectadas. Diversas fuentes gremiales y organizaciones de derechos humanos han denunciado que esta medida desarticuló servicios esenciales y deterioró las condiciones de atención.

3.2 Intento de Cierre Parcial e Intervención

En octubre de 2024 el Ministerio de Salud de la Nación intentó cerrar la guardia e internación, alegando un uso ineficiente de recursos. En enero de 2025 se oficializó la intervención del hospital mediante la designación de un interventor. Estas decisiones fueron ampliamente resistidas por los trabajadores, quienes denunciaron el intento de desmantelar el único hospital público nacional especializado en salud mental.

3.3 Sobrecarga del Personal y Condiciones Críticas

Tras los despidos, el personal restante enfrentó una sobrecarga de trabajo, llegando a atender hasta el triple de pacientes por jornada. La falta de reemplazos en guardias, el cierre parcial de servicios y la ausencia de condiciones mínimas de trabajo fueron denunciadas públicamente por los equipos profesionales y respaldadas por informes del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).

3.4 Interrupción de Servicios y Afectación al Derecho a la Salud Mental

La reducción de personal en los servicios de salud mental impactó de manera directa en la atención de personas con trastornos graves y consumos problemáticos. En diversos dispositivos se registraron intentos de suicidio de pacientes que quedaron sin la contención institucional necesaria, mientras que múltiples servicios clínicos fueron suspendidos o reducidos, debilitando la capacidad de respuesta sanitaria. Organizaciones comunitarias y colectivos profesionales advirtieron que este escenario configura una vulneración del derecho a la salud, consagrado tanto en la legislación nacional como en instrumentos internacionales de derechos humanos.

Un aspecto particularmente crítico es la emigración forzada de trabajadores de la salud debido a la violencia institucional sumada a los bajos salarios. La rotación permanente de profesionales afecta la continuidad terapéutica, obligando a los pacientes a iniciar reiteradamente nuevos vínculos o, en muchos casos, a abandonar el tratamiento. Este fenómeno resulta especialmente grave en el abordaje de consumos problemáticos, donde la confianza y la estabilidad del vínculo clínico constituyen factores protectores esenciales.

En nombre de la “eficiencia” se promovieron prácticas que deterioran la calidad de la atención, como la reducción del tiempo dedicado a los pacientes y la obligación de completar historias clínicas en simultáneo con la consulta. Profesionales de la psiquiatría señalaron el carácter deshumanizante de esta medida, que transforma un espacio de escucha en

un trámite administrativo. Como advirtieron en discusiones con la intervención: “¿Le gustaría a usted ser paciente, contar algo íntimo y doloroso, mientras el médico escribe en la computadora sin mirarlo?”. Esta dinámica expresa no sólo una degradación de las condiciones laborales, sino también una lógica que vacía de sentido la práctica clínica, subordinando la atención a criterios burocráticos en detrimento de la dignidad de los pacientes.

3.5 Movilización Social y Acciones Judiciales

Los trabajadores impulsaron múltiples abrazos simbólicos, asambleas abiertas y recursos judiciales para frenar los despidos y la intervención. El CELS presentó acciones legales y denunció públicamente la falta de condiciones mínimas para el funcionamiento hospitalario. En enero de 2025, la justicia aceptó intervenir en feria judicial debido a la gravedad de la situación.

3.6 Impacto del DNU N° 70/23 sobre las Personas con Problemas de Salud Mental

Las personas con trastornos mentales graves o consumos problemáticos forman parte de un grupo históricamente vulnerabilizado, que requiere no sólo atención sanitaria, sino también redes de protección social (subsídios, pensiones no contributivas, programas de inclusión social y laboral). La aplicación del DNU N° 70/23, con su orientación de ajuste fiscal y recorte de prestaciones, produjo una quita, reducción o demora en el otorgamiento de subsidios y pensiones por discapacidad, limitando el acceso a ingresos básicos que permiten sostener tratamientos, transporte y alimentación adecuados. Esta situación trajo efectos negativos en la continuidad de tratamientos esenciales cuya consecuencia es un alto riesgo de recaídas, crisis agudas y reingresos hospitalarios evitables para los pacientes.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el ejecutivo nacional trasladó la responsabilidad de sostener apoyos sociales y sanitarios a las provincias, generando una fragmentación territorial. En jurisdicciones con menor autonomía fiscal, la reducción de pensiones y subsidios tuvo un impacto mayor, dejando a muchas personas sin contención. Esto profundiza las brechas de equidad en el acceso a derechos, según lugar de residencia.

4 CONCLUSIONES: EL IMPACTO DEL DNU N° 70/23 EN LOS HOSPITALES NACIONALES

El presente apartado de conclusiones sintetiza los principales impactos del DNU N° 70/23 en los hospitales nacionales. Se abordan, en primer lugar, las estructuras comunes afectadas por la medida, vinculadas a la precarización laboral, el desfinanciamiento y el debilitamiento del rol estatal. Posteriormente, se analizan las singularidades de tres instituciones de referencia —el Hospital Posadas, el Hospital Garrahan y el Hospital Laura Bonaparte—, cuyas particularidades permiten dimensionar el alcance de la reforma. El análisis busca destacar cómo las transformaciones introducidas por el DNU no se limitan a cuestiones administrativas, sino que representan un retroceso profundo en la garantía de la salud como derecho humano fundamental.

4.1 Estructuras Comunes Afectadas por el DNU N° 70/23

El DNU N° 70/23, bajo la retórica de la desregulación y la reducción del rol estatal, ha impactado de manera transversal a los hospitales nacionales. Entre los efectos más notorios se encuentran:

- Precarización laboral: reducción de personal, sobrecarga de guardias y ausencia de reemplazos, que generan condiciones indignas de trabajo.
- Desfinanciamiento estructural: limitación de recursos para insumos, equipamiento y programas estratégicos, lo que repercute en la calidad de la atención.
- Erosión de la rectoría estatal: debilitamiento de la planificación nacional en salud y abandono del principio de universalidad, trasladando responsabilidades al mercado.
- Riesgo para los pacientes: la conjunción de estas medidas deteriora la capacidad asistencial, poniendo en peligro el acceso oportuno y equitativo a la atención sanitaria.

Estas dimensiones comunes demuestran que el DNU N° 70/23 no se limita a un ajuste administrativo, sino que implica una regresión en el reconocimiento de la salud como derecho humano, sustituyendo la lógica de garantía estatal por una lógica mercantil y restrictiva.

4.2 Singularidades de cada Hospital

A) Hospital Posadas

Como hospital de alta complejidad general, el Posadas sufrió de manera directa los despidos masivos y la reducción de servicios críticos. Su singularidad radica en que funciona como re-

ferente nacional para múltiples patologías y especialidades, por lo que el deterioro de su capacidad operativa impacta en amplias franjas de la población. El debilitamiento de su infraestructura afecta especialmente a los sectores que no pueden acceder a la medicina privada, profundizando inequidades sociales y sanitarias.

B) Hospital Garrahan

El Garrahan, especializado en alta complejidad pediátrica, enfrenta un escenario particularmente crítico: la disminución de recursos humanos especializados y tecnológicos compromete la atención de niñas, niños y adolescentes con enfermedades de alta complejidad. La singularidad del Garrahan es que se trata de un hospital que, además de atender, desarrolla docencia e investigación. El vaciamiento de recursos no sólo afecta a los pacientes actuales, sino que erosiona la capacidad del país de sostener políticas de salud pediátrica de largo plazo.

C) Hospital Laura Bonaparte

El Bonaparte, como hospital de referencia en salud mental y adicciones, padece un doble impacto. Por un lado, el desfinanciamiento general. Por otro, la invisibilización de la salud mental en la agenda del DNU, que reproduce una histórica marginación del área. Su singularidad es que el vaciamiento se traduce en una negación concreta de derechos para las personas con padecimientos psíquicos y problemas de consumo, sectores ya vulnerabilizados. Esto no sólo contradice la Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26.657), sino que profundiza la exclusión social y sanitaria de estas poblaciones.

4.3 Balance Final: Deterioro del Derecho Humano a la Salud

El análisis de los tres hospitales muestra que, aunque con singularidades, el DNU Nº 70/23 configura un ataque sistémico al derecho humano a la salud. La precarización laboral, el vaciamiento de recursos y la mercantilización de la gestión hospitalaria reducen la capacidad de respuesta del sistema público y ponen en riesgo a las poblaciones más vulnerables.

El Posadas expone la fragilidad de la alta complejidad general, el Garrahan evidencia el retroceso en la protección de la infancia y el Bonaparte visibiliza la exclusión de la salud mental. En todos los casos, el DNU Nº 70/23 no sólo debilita estructuras hospitalarias, sino que desarticula la concepción misma de salud como derecho, transformándola en un bien restringido por la capacidad de pago o por la priorización política del momento. ♦

III

IMPACTO EN DIRECCIONES Y PROGRAMAS

1 LA DIRECCIÓN DE RESPUESTA AL VIH, HEPATITIS VIRALES, ITS Y TUBERCULOSIS Y LA DIRECCIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES (DiCEI)

A continuación, se expone la situación crítica que atraviesan dos áreas estratégicas del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Respuesta al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI). Estas dependencias, pilares en la respuesta sanitaria frente a patologías de alto impacto epidemiológico y social, se encuentran actualmente sometidas a un proceso de desguace institucional, expresado en el despido de trabajadores altamente calificados y en la suspensión de tratamientos esenciales para pacientes.

Dicho escenario no puede analizarse de manera aislada, sino en el marco de la implementación del DNU N° 70/23 y de una política de ajuste que, bajo el pretexto de la “modernización” y el “achicamiento del Estado”, erosiona las capacidades públicas en materia de salud. El vaciamiento de estas áreas no sólo implica un retroceso en los logros alcanzados en prevención, diagnóstico y tratamiento, sino que configura una vulneración del derecho a la salud reconocido en la Constitución Nacional (art. 42), así como en instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*PIDESC*, art. 12), que obliga al Estado argentino a garantizar el acceso a la más alta calidad de atención sanitaria posible.

Desguace institución de la Dirección de control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI)

Descontrol sobre VIH, Hepatitis Virales, ITS, Tuberculosis

30% menos de profesionales especializados

Deterioro salarial de todo el personal

76% de desfinanciación



En este sentido, el desfinanciamiento y debilitamiento de programas como los de VIH o inmunizaciones no puede entenderse sino como una regresión deliberada de derechos, contraria a los estándares internacionales de no regresividad en materia de políticas sociales y sanitarias, con efectos concretos sobre poblaciones históricamente vulnerabilizadas y sobre la salud colectiva.

1.1 La Dirección de Respuesta al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis

El 40% de sus trabajadores/as han sido despedidos/as, en su enorme mayoría personas con alta capacidad y gran experiencia. El presupuesto para 2025 es menos del 10% por encima del asignado en 2024, que ya era exiguo. Se calcula que se ha desfinanciado en un 76%. La población afectada es, además, extremadamente vulnerable, no sólo por su padecimiento en salud, sino porque en un 56% se trata de personas bajo la línea de pobreza. A la falta de reactivos para su control, la disminución de personal para su asistencia, y la demora en proveer medicación, se suma que deben concurrir muchas más veces a las dependencias donde son atendidos (no se les brindan los tratamientos por tres meses como hasta 2023) por lo que incrementan sus viajes con aumento del gasto de traslado, que es un problema significativo para esa población. El riesgo de complicaciones aumenta en forma conside-

nable, en un contexto en el cual es imposible que se sepa qué ocurrirá. Se suma a esto que el deterioro del estado de salud y el aumento del riesgo de complicaciones severas trae consigo mayor posibilidad de resistencia al tratamiento y mayor posibilidad de transmisión de cualquiera de estas enfermedades y de varias de ellas en forma conjunta, ya que es altamente frecuente la comorbilidad entre ellas. En Argentina 140000 personas viven con VIH, la mitad recibe la medicación de parte del Estado y su tratamiento era hasta hace poco efectivo al punto de establecer el virus “indetectable” (es decir, además, no transmisible). Son 6400 las personas que se diagnostican cada año. El 13% desconoce su estado. Casi la mitad de las personas que tienen el virus llegan al diagnóstico con el padecimiento avanzado, lo que hace el tratamiento más complejo, lo cual indudablemente se agravará.

La tuberculosis en Argentina es un problema de salud (y específicamente de salud pública, como muchos otros) de larga data pero se ha agravado por la presencia creciente de las formas multirresistentes (TB-MDR), con la aparición de unos 200 casos nuevos cada año, que están en aumento. La mayoría de los casos nuevos se concentran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en Jujuy, Salta, Formosa y Chaco, en general población empobrecida y vulnerabilizada. Los factores de riesgo son la pobreza, el hacinamiento, la mala alimentación y la falta de acceso a la atención de salud, todos problemas que se vienen acrecentando en el último período y no se puede esperar otra cosa que su agravamiento en forma exponencial y sin techo. El contexto de aumento de la desigualdad, de brutal desprotección, de empeoramiento de todas las capacidades de prestación de salud (desinversión en los servicios de asistencia en casi todos los niveles, falta de insumos, congelamiento de salarios, despidos y no cobertura de cargos, gestión por parte de funcionarios que no tienen capacitación o la tiene para otro tipo de funciones que no son las requeridas) es un caldo de cultivo para una catástrofe sanitaria. Esto conduce no sólo a que la salud deje de ser un derecho para la población para pasar a ser sólo accesible para un sector privilegiado, sino que agudiza la función eminentemente mercantil del sector.

1.2 La Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI)

Se despidió al 30% de los profesionales. Se ha prescindido de personal con más de 10 años de experiencia en un contexto en el cual difícilmente pueda ser reemplazado por expertos de similar calidad, más aun cuando se trata de reducción de personal y deterioro salarial de todo el personal. Agrava la situación que esto ocurrió en los primeros meses del año, en vísperas de un mayor requerimiento de campañas de vacunación y a las puertas de brotes de sarampión y coqueluche, que tal como se había previsto están ocurriendo. Nuevamente no se percibe otro devenir que el de acentuar también aquí el carácter mercantil del sector para beneficio de empresarios que lucran en general con estos servicios y en particular con las oportunidades que el Ministerio claramente quiere brindarles.



En Argentina, los derechos sexuales y reproductivos adquieren carácter legal en 2002 con la Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Se consolida en el 2020 con la sanción de la ley de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo

Desde el inicio del gobierno de La Libertad Avanza, se suspendieron los fondos destinados a sostener las oficinas en las que funcionaba el Plan ENIA en 5 provincias

El presupuesto vigente para el 2024 presenta una disminución del 70% en comparación con el año 2023

Las políticas de salud sexual y reproductiva fueron desarmadas: ya no hay presupuesto disponible para garantizar la Educación Sexual Integral y la Interrupción Voluntaria del Embarazo

2 LA SALUD SEXUAL Y (NO) REPRODUCTIVA EN LA POLÍTICA DE ESTADO

En Argentina, los derechos sexuales y reproductivos adquieren carácter legal cuando en 2002 se sanciona la Ley Nacional N° 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud, inaugurando en nuestro país un proceso de políticas públicas que por primera vez situaron la toma de decisiones en la esfera sexual y reproductiva en términos de derechos.

En 2006, la sanción de la Ley de Contracepción Quirúrgica, que incluyó en las obligaciones de Estado la ligadura de trompas y la vasectomía, significó un avance en el campo del acceso a estos derechos. Sin embargo, no fue hasta el 2020 cuando con la sanción de la Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo estos derechos se consolidaron en un andamiaje de política pública que garantiza su ejercicio tanto en el subsector público de salud como en el privado.

En este contexto de conquistas en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos, vale recordar la modificación del Código Civil y Comercial de la Nación en 2015, que a través del artículo 26 incorporó a los/as adolescentes en el ejercicio de sus derechos sobre su salud y su cuerpo en reconocimiento a su autonomía progresiva para tomar decisiones en esta esfera.

En 2017 el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (conocido como ENIA) se constituyó en una política pública con el objetivo de promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. El Plan ENIA se implementó inicialmente en 36 departamentos de 12 provincias del Noreste (NEA) y del Noroeste (NOA) y en la provincia de Buenos Aires, lugares priorizados por la magnitud y gravedad del problema. Ese año, 7 de 10 embarazos de adolescentes de entre 15 y 19 años eran no intencionales así como 8 de 10 de los de niñas menores de 15 años, la mayoría como consecuencia de situaciones de abuso sexual y violación. Con la implementación del Plan, en 2021 se logró reducir a 5 de 10 los embarazos no intencionales de adolescentes de 15 a 19 años, y a 7 de 10 los de niñas menores de 15 años.

Según datos del Proyecto Mirar⁶, en el período entre 2018 y 2022, la tasa específica de fecundidad de adolescentes (TEFA) de 15 a 19 años se redujo de 49 nacidos vivos por mil adolescentes a 27 nacidos vivos por mil adolescentes, un descenso de casi el 50%. En ese mismo período, también se redujo 57% la fecundidad de las niñas menores de 15 años, grupo en el cual la mayoría de las gestaciones son consecuencia de situaciones de abuso o coerción sexual o violación.

(6) El Proyecto Mirar tiene el objetivo de monitorear la implementación de la ley de aborto en Argentina. Es una iniciativa del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) junto a Ibis Reproductive Health.

Desde el inicio del gobierno de La Libertad Avanza se suspendieron los fondos destinados a sostener las oficinas en las que funcionaba el Plan ENIA en 5 provincias. Asimismo, se despidió a 619 personas que se desempeñaban en 12 jurisdicciones y se desfinanció la compra de insumos.

En cuanto al presupuesto vigente para el 2024, el plan presenta una disminución del 70% en términos reales, en comparación con el año 2023. En el proyecto de Presupuesto 2025 se profundiza esa tendencia con una disminución del 27% con relación al que está vigente y un 78% con relación a 2023, si se considera la proyección de inflación planteada del 18,3%.

Este desmantelamiento del Plan impide actualmente su funcionamiento. Durante el primer trimestre de 2025, el Estado nacional consolidó la política de ajuste y reducción del gasto público, y afectó a la totalidad del programa de Salud Sexual y Procreación Responsable porque su ejecución presupuestaria cayó un 58% en comparación con el mismo período del año anterior. Esta reducción es mayor a la aplicada al resto del Ministerio.

En junio de 2024 y en respuesta al desfinanciamiento del Plan ENIA, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación Argentina se reunió con sus referentes/as y con organizaciones que presentaron los logros de esta política. Se acordó presentar proyectos para convertir en ley nacional el Plan ENIA. Integrantes del PRO, de Unión Por la Patria y Encuentro Federal presentaron proyectos ad hoc y la Comisión de Acción Social y Salud Pública dictaminó sobre los mismos en agosto de 2024, pero aún deben ser tratados por otras cuatro Comisiones.

Las políticas de salud sexual y reproductiva fueron desarmadas: ya no hay presupuesto disponible para garantizar ni la Educación Sexual Integral ni la Interrupción Voluntaria del Embarazo. La distribución de insumos de salud sexual y reproductiva (preservativos, anticonceptivos y medicamentos para IVE/ ILE) por parte del Gobierno Nacional cayó un 64% entre el tercer trimestre de 2023 y el mismo período de 2024. Se ha discontinuado la provisión de métodos anticonceptivos, de los cuales los llamados LARCs (anticonceptivos reversibles de larga duración, como dispositivos intrauterinos SIU/DIU e Implantes Subdérmicos) habían logrado la disminución del embarazo no intencional, particularmente entre adolescentes. A ello se suma el cese de entrega de misoprostol y mifepristona para el acceso a los abortos seguros, lo cual deja a cada provincia, según su capacidad, la responsabilidad de comprar los insumos necesarios para garantizar lo establecido por Ley Nº 27.610 de IVE/ILE.

Durante el tercer trimestre de 2024 no se cumplió ninguna meta física del programa: sólo se distribuyó el 9,1% de los preservativos planificados y no se entregó ningún tratamiento para IVE de los 100400 programados. Vale remarcar que la distribución de profilácticos -el único método que a la vez evita embarazos no deseados y protege del VIH y de

otras enfermedades de transmisión sexual- se redujo de 4,4 millones a 2,4 millones de unidades; esto es: se registró una caída del 45,5% entre el tercer trimestre de 2023 y mismo período de 2024. La asistencia en salud sexual y reproductiva, que incluye la entrega de anticonceptivos inyectables y orales, también se redujo en este lapso: pasó de 4,9 millones a 2,3 millones de tratamientos entregados entre 2023 y 2024, lo que significa una baja del 53,9%.

También hubo una disminución de los métodos anticonceptivos de larga duración para las adolescentes -como los implantes subdérmicos que se reparten en el marco del Plan ENIA-: pasaron de 50 mil a 21 mil. Esto significa un 57% menos.

Sin embargo, la reducción más importante se dio en la entrega de los medicamentos para la IVE, como el misoprostol y la mifepristona, un derecho establecido por la Ley Nº 27.610. En 2023 se entregaron 106737 tratamientos y en 2024 ninguno. En ese caso la caída fue del 100%.

Las consecuencias que tiene el corte del financiamiento del Estado nacional y la falta de entrega de la canasta básica de insumos para la salud sexual y reproductiva en las provincias profundiza las desigualdades estructurales entre jurisdicciones: mientras algunas provincias con mayores recursos pueden sostener parte de la provisión, otras quedan completamente desprovistas. Teniendo en cuenta de que según datos relevados por Proyecto Mirar, 9 de cada 10 interrupciones voluntarias del embarazo se realizan antes de las 12 semanas de gestación, el impacto en la suspensión de insumos farmacológicos para esta práctica expone a las mujeres y personas gestantes de los sectores más empobrecidos que no cuentan con seguros sanitarios y dependen exclusivamente de su provisión pública.

Las disidencias sexo genéricas también se vieron afectadas negativamente por estas políticas. En febrero de este año el gobierno nacional anunció la modificación mediante decreto presidencial del artículo 11 de la Ley Nº 26.743 de Identidad de Género, con vistas a impedir que las personas menores a 18 años accedan a tratamientos de hormonización y cirugías en los procesos de modificación corporal. De acuerdo con esta ley, sancionada en 2012, toda persona tiene derecho al reconocimiento de su identidad de género entendida como la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (artículos 1 y 2). Si bien la norma establece los 18 años como la edad mínima para acceder de forma autónoma a prácticas, intervenciones y tratamientos que adecuen el cuerpo a la identidad de género autopercebida, con el reconocimiento de la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes establecido en el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación se ajusta a partir de los 16 años.

Esta medida implicó la discontinuidad de tratamientos con repercusiones en la salud in-

tegral, ya que la suspensión abrupta de estos tratamientos tiene consecuencias graves en la salud física, mientras que la imposibilidad de acceder a ellos afecta directamente la salud mental de les adolescentes trans. Los tratamientos de afirmación de género para adolescentes han sido respaldados por organismos de salud nacionales e internacionales, ya que garantizan el bienestar y la salud integral de les personas trans. Esta decisión no sólo ataca derechos adquiridos, sino que también pone en riesgo la vida de quienes necesitan estos tratamientos tal como advirtieron distintas organizaciones del colectivo LGBTIQ+. ♦

3 FUENTES

<https://redaas.org.ar/documentos-redaas/>

cels.org.ar/web/publicaciones/la-cocina-de-los-cuidados-informe-5

https://proyectomirar.org.ar/wp-content/uploads/PM_insistir_y_persistir_23_dic_2024_VF_OK.pdf

<https://chequeado.com/el-explicador/salud-sexual-y-reproductiva-cayo-un-64-la-distribucion-de-preservativos-y-anticonceptivos-durante-el-gobierno-de-javier-milei/>

<https://chequeado.com/el-explicador/el-gobierno-modifico-la-ley-de-identidad-de-genero-que-se-sabe-sobre-los-tratamientos-y-cirugias-de-cambio-de-genero-en-menores/>

IV

IMPACTO EN LA SITUACIÓN DE LOS TRABAJADORES

El DNU N° 70/23 impuesto por el gobierno nacional a pocos días de su asunción tuvo un fuerte impacto inmediato y progresivo sobre la situación de los trabajadores y trabajadoras de la salud en su conjunto, así como las consecuencias que este decreto produjo en los hospitales públicos del país. Lejos de ser una norma meramente administrativa, el DNU se tradujo en un proceso de precarización laboral, recorte de derechos adquiridos y deterioro de las condiciones de trabajo, que afectó tanto a profesionales como a personal técnico y de apoyo.

En los hospitales nacionales, las medidas derivadas del decreto se manifestaron en despidos, congelamiento de contrataciones, reducción de salarios en términos reales y sobrecarga laboral. Estos cambios no sólo impactaron en la estabilidad de los equipos de salud, sino que además generaron un profundo desgaste físico y psíquico en los trabajadores, debilitando la capacidad del sistema sanitario para garantizar atención oportuna y de calidad.

De este modo, el DNU N° 70/23 no sólo desmanteló estructuras administrativas, sino que tuvo claramente como objetivo golpear directamente el núcleo humano del sistema de salud: sus trabajadores y trabajadoras. Y al hacerlo, produjo un efecto en cadena que ha repercutido de manera inmediata en la calidad de la atención, la accesibilidad de los pacientes y el propio derecho a la salud de la población.

El DNU N° 70/23 se tradujo en un proceso de precarización laboral, recorte de derechos adquiridos y deterioro de las condiciones de trabajo

Este proceso afectó tanto a profesionales como a personal técnico y de apoyo

Las modificaciones al sistema de residencias en salud ponen en riesgo la continuidad de la formación de profesionales de la salud



1 TRABAJADORES/AS DE LA SALUD

1.1 Cambios en las Condiciones Laborales del Personal de Salud a Partir del DNU N° 70/23

Los efectos del DNU N° 70/23 sobre el sector salud se expresaron de manera significativa en el plano laboral, configurando un escenario de precarización y deterioro de las condiciones de trabajo. Estos cambios pueden sintetizarse en tres dimensiones principales:

1.1.1 Precarización y congelamiento salarial

La política de ajuste consolidó un contexto de congelamiento y retraso en las negociaciones paritarias, lo cual erosionó progresivamente el poder adquisitivo de los trabajadores de la salud. A esto se sumó el aumento de la precariedad contractual, con un uso extendido de becas, contratos temporales y vínculos por fuera de los marcos legales estables, lo que afectó particularmente a profesionales jóvenes, técnicos y personal auxiliar.

1.1.2 Incremento del pluriempleo y de la sobrecarga laboral

Ante la pérdida del salario real muchos trabajadores se vieron obligados a asumir múltiples empleos como estrategia obligada de subsistencia. La reducción de plantillas y la creciente demanda en los hospitales públicos intensificaron la sobrecarga laboral, derivando en un mayor desgaste físico y psicológico. Este proceso tuvo efectos deletéreos directamente en la salud mental del personal sanitario, con incremento de casos de ansiedad, depresión y burnout.

1.1.3 Cambios en la relación laboral y en las negociaciones sindicales

El DNU también buscó impactar de manera directa en la dinámica de negociación colectiva. Al debilitarse el financiamiento y modificarse la estructura del sistema, se redujo la capacidad de negociación sindical en varios ámbitos. En algunas jurisdicciones, las autoridades suspendieron o dilataron la discusión salarial y de condiciones de trabajo, lo que generó un aumento de la conflictividad laboral expresada en huelgas, paros y protestas en diversos sectores del sistema de salud.

En suma, las transformaciones introducidas por el DNU N° 70/23 no sólo afectaron la organización institucional del sistema sanitario, sino que también produjeron un deterioro integral en las condiciones de trabajo de los equipos de salud, con efectos negativos tanto en la calidad de la atención como en la salud física y mental de los trabajadores.

1.2 Fuga de Trabajadores de la Salud al Sector Privado

Uno de los efectos más significativos del DNU N° 70/23 ha sido la aceleración del éxodo de trabajadores de la salud desde el sector público hacia el privado. Este proceso, que ya existía en la Argentina por las desigualdades históricas en salarios y condiciones de trabajo, se aceleró y profundizó como consecuencia de las medidas de ajuste y desfinanciamiento. Esto se debe a: factores estructurales en el sector público (precarización, sobrecarga laboral y violencia institucional) y atracción en el sector privado (mejores sueldos).

1.3 Riesgo para los Pacientes Derivados de la Sobrecarga Laboral del Personal de Salud

La disminución significativa de los trabajadores de la salud en los hospitales y centros de salud produjo un incremento en la cantidad de pacientes a asistir por cada trabajador

sumado a la extensión de las jornadas laborales. La sobrecarga no es un fenómeno coyuntural, sino una consecuencia estructural de una política de ajuste que deteriora la capacidad estatal de garantizar atención segura. Esta situación produce un cambio en la calidad de atención que necesariamente deriva en aumento de los errores diagnósticos y terapéuticos, a menor tiempo de atención a cada paciente, y a las dificultades para cumplir los diferentes protocolos previstos, generando una caída en la calidad de atención, indudablemente como parte de un plan de vaciamiento del hospital.



Disminuye y privatiza formación profesional y el sistema de atención primaria

Reduce el descanso post-guardias, la remuneración

Impide incorporación al régimen previsional y pertenencia a obra social y licencias

2 MODIFICACIONES AL SISTEMA DE RESIDENCIAS EN SALUD

2.1 Antecedentes

La residencia es un sistema de formación en contexto laboral mediante el cual profesionales con título de grado obtienen su certificación como especialista en determinada área del conocimiento al cabo de una cierta cantidad de tiempo y de una serie de evaluaciones sistemáticas. Este sistema de formación es el que nutre de trabajadores profesionales altamente calificados a los tres subsistemas de salud (estatal, prepagas y obras sociales) y que, clásicamente, ha sido la forma más elegida para especializarse en nuestro país.

La Ley Nº 22.127 de 1979 es el marco legal para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud en Argentina, un sistema de formación de posgrado para profesionales de la salud en ámbitos asistenciales. Esta ley establece las bases para la coordinación, regulación y acreditación de las residencias, y su funcionamiento a nivel nacional, garantizando una formación integral y supervisada para los profesionales de la salud.

Sin embargo, las asimetrías y desiguales condiciones laborales entre jurisdicciones durante la formación implicaron distintos procesos de ordenamiento y jerarquización del sistema de residencias con rectoría del Estado nacional. En ese sentido, la Resolución Nº

1993/2015 del Ministerio de Salud de Argentina presenta el Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Esta normativa establece los requisitos y el marco general para la organización, funcionamiento e impartición de los programas de residencia en todo el país, formando profesionales para la salud pública y fortaleciendo el sistema de atención sanitaria. Indica que el ingreso al sistema debe realizarse mediante un concurso público y abierto, que incluye una evaluación objetiva de conocimientos y antecedentes formativos. Para los cargos con financiamiento nacional esta evaluación se implementa a través del llamado examen único. Además, significa algunos pisos en términos de derechos como cargas horarias, descansos post guardias, remuneración, condiciones para las sedes de formación, incorporación al régimen previsional, obra social y licencias.

2.2 Contexto Actual

Bajo la nueva gestión del gobierno nacional, en 2025, y tan sólo un día después de que más de 13.000 personas rindieron su examen para el ingreso a la residencia, se anunció la modificación del sistema mediante la Resolución N° 2019/2025 del Ministerio de Salud, instalando esquemas de “Beca Ministerio” y “Beca Institución” como vínculo formativo-económico del residente. Organizaciones profesionales y sindicales calificaron la medida como un signo de retroceso y de precarización laboral. Entre los aspectos centrales de la nueva norma se señalan los siguientes:

- Beca Ministerio: con aportes previsionales y obra social estatal, ART y seguro de mala praxis a cargo de la institución; sin acceso a bonos de la sede.
- Beca Institución: monto “neto” mayor, con ART/mala praxis y posibles incentivos de la institución; sin aportes ni aguinaldo.

Estos diseños generan asimetrías entre instituciones y discusión por la pérdida del carácter salarial del puesto de residente:

- Genera cambios de las condiciones en los residentes: coberturas parciales de derechos, ausencia de aguinaldo y de reconocimiento de antigüedad en la modalidad “Institución”, y montos de referencia difundidos en prensa. Se retorna a guardias de 24 horas sin descanso posterior.
- Desresponsabiliza al Ministerio de Salud de su función en la planificación de la fuerza laboral en salud que necesita nuestro país, dejando a consideración de instituciones públicas y privadas la oferta de vacantes de formación, con la clara intencionalidad de destinar recursos públicos hacia el sector privado

- Produce conflictos en hospitales nacionales (como Garrahan y Posadas): reclamos por recomposición, denuncias de pérdida salarial real y advertencias sobre fuga de profesionales; incluso hubo advertencias disciplinarias por medidas de fuerza.

2.3 Impactos Observables sobre las Residencias

1. Precarización del vínculo laboral: el reemplazo del “sueldo” por becas (en las dos modalidades) desancla derechos laborales clásicos (aguinaldo, antigüedad, licencias equiparables), según alertan entidades profesionales/sindicales.
2. Heterogeneidad federal creciente: la anunciada provincialización del examen desde 2026 y los esquemas de beca por institución pueden profundizar brechas entre jurisdicciones y entre el subsector público y el privado.
3. Clima de inestabilidad institucional: el escándalo del examen 2025 y su revalidación para parte de los postulantes afectaron la confianza en el proceso de selección.
4. Conflictos crecientes en hospitales escuela: Garrahan y Posadas atravesaron conflictos salariales y organizativos con residentes, con denuncias de pérdida del poder adquisitivo y renuncias.
5. Oferta y acceso: se prevé que va a disminuir el acceso a las residencias como producto de este cambio de paradigma.

Esta medida incumple los compromisos legales, constitucionales y convencionales del Estado Argentino con la salud de toda la población. Constituye una medida regresiva en términos de derechos humanos y vulnera directamente los derechos laborales del personal de salud poniendo en una situación de mayor crisis las proyecciones sobre futuros/as profesionales de la salud que nuestro país necesita para dar respuesta sanitaria. ♦

3 FUENTES

<https://chequeado.com/el-explicador/residencias-medicas-que-cambios-anuncio-el-gobierno-en-medio-del-conflicto-del-garrahan-y-que-opinan-los-expertos/>

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22127-115574/texto>

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1993-2015-254649>

<https://cicop.org.ar/comunicado/rechazamos-los-cambios-en-el-sistema-nacional-de-residencias-es-una-medida-regresiva-y-precarizadora/>

<https://famg.org.ar/media/attachments/2025/07/03/residencias.pdf>

<https://famg.org.ar/media/attachments/2025/07/08/declaracion-del-foro-ante-la-crisis-del-sistema-nacional-de-residencias-de-la-salud.pdf>

IMPACTO DEL DNU Nº 70/23 EN EL SISTEMA NACIONAL DE CIENCIA Y TÉCNICA ARGENTINA

Resulta difícil identificar aspectos de la vida civilizada que contaban con el marco normativo de nuestra Constitución Nacional que no hayan sido afectados por el DNU Nº 70/23 impuesto por el gobierno del presidente Javier Milei desde su asunción en diciembre de 2023.

Si bien el decreto no refiere de modo directo o específico a las políticas o planeamiento para el sector Ciencia y Técnica, el objetivo de desregulación, achicamiento y retiro del Estado constituyen los ejes del documento y del rumbo de gobierno: esto es, un abandono de las responsabilidades del Estado en las políticas, articulación y dirección de la ciencia y tecnología del país. Más aún, algunas ideas respecto del sector fueron expresadas en campaña, previo a las elecciones presidenciales, mientras se negaban el conocimiento científico respecto del cambio climático; las producciones científicas y tecnológicas nacionales; su prestigio y reconocimiento a nivel internacional, las leyes vigentes y simultáneamente, en entrevistas televisivas, se intentaba implantar la consigna “afuera” refiriéndose al desmantelamiento del sector ciencia y técnica, entre otros y su voluntad de dejarlo en manos privadas, algo que no ocurre en ningún país del mundo.

En este informe vamos a analizar lo acontecido en el sector ciencia y técnica durante el último año y medio de gobierno a distintos niveles que incluyen no sólo aspectos de financiamiento, sino también de estructura, articulación, objetivos y sus consecuencias directas en las posibilidades reales de desarrollo y soberanía del país, que condicionan inexorablemente la calidad de vida, trabajo, cultura, dignidad y derechos humanos de todos sus habitantes.



**Ataque, ajuste y
desmantelamiento
histórico sobre el Sistema
Nacional de ciencia y
Tecnología**

**Reducción del 43% del
financiamiento**

**Se destruyeron más de
4000 puestos de trabajo de
investigadores, un 85% de
los cuales corresponden a
organismos públicos**

**Se ha interrumpido la línea
de formación de
capacidades científicas**

**El sistema nacional de
ciencia y tecnología puede
llegar a necesitar 10 años
para reconstruirse**

1 BREVE RESUMEN DE LA SITUACIÓN

En el transcurso del gobierno del presidente Javier Milei, desde diciembre de 2023 hasta el presente, el Sistema Nacional de Ciencia y Técnica ha sufrido un ataque, ajuste y desmantelamiento históricos cuyo daño puede considerarse de nivel catastrófico. De no definirse en lo inmediato algunas políticas que determinen un freno a tal destrucción con una declaración de emergencia, los efectos serán letales y puede que la reconstrucción del sistema requerirá no menos de una década para apenas volver a comenzar una recuperación, que a futuro vuelva a alcanzar los estándares internacionales que tanto prestigio y posibilidades de desarrollo le dieron a nuestro país históricamente.

Se desmanteló la estructura organizativa de todo el sistema que antes contaba con un ministerio, autoridades y personal altamente capacitado en políticas de planeamiento para el desarrollo científico tecnológico con una mirada soberana y federal en todos los campos de la ciencia y tecnología. Se desvirtuó la función de organismos como la Agencia Nacional de Ciencia y Técnica, se interrumpió la financiación de proyectos de investigación con fon-

dos del BID destinados específicamente para ello, se subejecutaron las partidas presupuestarias del sector, se incumplieron acuerdos de cooperación, y las Leyes Nacionales N° 27.614 de Financiamiento del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación sancionada por unanimidad en el año 2021 y la N° 27.738 que establece el Plan Nacional De Ciencia, Tecnología e Innovación 2030, sancionada en octubre de 2023.

Algunas cifras pueden resultar de utilidad para comprender la dimensión del daño, fundamentalmente en términos económicos, si consideramos que se ha perdido un 43.4 % de la financiación del sistema, una disminución del 0.34 al 0.156 % en la inversión del PBI en sólo 2 años. Los planes “Equipar Ciencia” fueron desmantelados. La caída de la inversión en equipamiento para el desarrollo científico también alcanzó un piso histórico, dado que los bienes de capital perdieron un 65.3% de la inversión.

No hubo ingresos a la Carrera del Investigador científico de CONICET e incluso, no se otorgó el nombramiento como investigadores a 800 personas que ya habían ganado su aplicación para ingreso en el año 2023, resultando indefectiblemente en que mucho de ese personal altamente capacitado con título de Doctor/ra, en el que nuestro país ha invertido en su formación académica, decida emigrar a otros países donde pueda aplicar su conocimiento y desarrollar su carrera. Recientemente, el 28 de agosto, se anunciaron los ingresos aprobados de la convocatoria 2023 para ingresar en 2024, que en sus bases anunciaba 845 lugares y sólo fueron seleccionados 400.

Se redujeron significativamente las becas, así como los salarios de todo el personal que perdieron un 30% de poder adquisitivo y muchos fueron despedidos. Desde que asumió la presidencia Javier Milei, se destruyeron 4.040 puestos de trabajo de investigadores en el sector, donde 3.410 fueron pérdidas en el ámbito de los organismos de ciencia y tecnología de la Administración Pública Nacional. A su vez, un tercio de este subtotal se dio en el ámbito del CONICET, mientras que el INTI y el INTA lo acompañaron con fuertes reducciones de su personal. Se han perdido 1.174 becas desde junio de 2023 y 510 puestos de planta en el mismo período.

Muchos institutos han perdido personal administrativo, afectando su correcto funcionamiento además de las dificultades por la falta de recursos económicos y muchos grupos de investigación han perdido hasta el 50 % de sus becarios y jóvenes investigadores, con la consecuente interrupción y abandono de proyectos de investigación, sin financiación y sin científicos a cargo. El corte generacional interrumpiendo la dinámica de transmisión de conocimiento y formación de nuevos científicos, aún si los proyectos fueran bien financiados, tiene consecuencias devastadoras para el sistema: los investigadores formados cumplen ciclos por jubilación, retiro o fallecimiento. Sin líneas sucesorias de formación de capacidades académicas y científicas, el sistema se extingue.

Esta situación se suma a la parálisis total de la Agencia Nacional de Promoción Científica, la suspensión de la mayoría de los programas bajo la órbita de la Secretaría de Innovación, Ciencia y Tecnología y la discontinuidad por motivos de discriminación ideológica de proyectos de las “Redes Federales de Alto Impacto” correspondientes al área de Ciencias Sociales.

Al momento de escribir este artículo salen a la luz los escándalos de corrupción, que sumados a un modelo económico en crisis tuvieron en los últimos meses un fuerte impacto en la lectura social y posicionamiento del Congreso de la Nación. Éste ha votado positivamente la Ley de Financiamiento de la Educación Universitaria que daría un respiro a la gravísima situación en nuestras Universidades y ha insistido frente al veto del Poder Ejecutivo, quien ha debido promulgarla y al mismo tiempo suspendido su aplicación. También la Cámara de Diputados ha aprobado el proyecto de Ley de Emergencia del Sistema Científico y Tecnológico Nacional, que pondría un freno a este ajuste brutal. Por otro lado, luego de las intensas movilizaciones del sector científico-tecnológico, la justicia impidió que se aplicaran los decretos que imponían, en la práctica, la virtual disolución del INTI e INTA. De acuerdo a lo publicado el 3 de septiembre de 2025 en el Boletín Oficial, vuelven a funcionar sus Consejos Directivos, sus Direcciones Nacionales y se anula lo resuelto con relación a la disolución de diferentes estructuras.

2 EL SISTEMA CIENTIFICO TECNOLÓGICO QUE SUPIMOS CONSEGUIR

Para comprender la dimensión del daño perpetrado en el último año y medio de gobierno, es importante explicar, primero, cómo estaba constituida la red/estructura del sistema científico tecnológico que llevó bastante más que una década construir, así como su razón de existencia y luego, cuál ha sido su evolución y dinámica de funcionamiento y financiamiento.

Como muestra esta sección, **hasta el año 2023** nuestro sistema de ciencia y técnica estaba constituido por distintos organismos con diferentes dependencias en distintos ministerios, acorde a su función.

2.1 Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Universidades Nacionales (56) Universidades Privadas (50)

Gran parte de la investigación científica argentina se desarrolla en universidades junto con el aporte y colaboración de otros organismos nacionales y extranjeros.

La **Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica** era un órgano de gobierno que se ocupaba de la planificación y gestión de políticas de ciencia y técnica en todo el territorio nacional, así como la articulación entre distintos organismos e instituciones y gestión de convenios internacionales; además administraba partidas presupuestarias de fondos, principalmente del BID, para financiar proyectos de investigación científica realizados en instituciones públicas y privadas, Pymes, lanzamiento de nuevas plataformas tecnológicas, start-up y adquisición de equipamiento institucional. Lo hacía por llamado a concursos periódicos, utilizando un sistema transparente de evaluación por pares y expertos del exterior.

2.2 Secretaría de Ciencia y Tecnología

Fue ministerio hasta 2018, cuando durante el gobierno de Mauricio Macri bajó a la categoría de Secretaría. Se restituye como ministerio en el año 2020, durante el gobierno de Alberto Fernández, y nuevamente pasa a ser una secretaría dependiente de Jefatura de Gabinete con el gobierno de Milei.

El **Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)** fue creado en febrero de 1958. Su antecedente fue el Consejo Nacional de Investigaciones Técnicas y Científicas (CONITYC), creado en 1951 y cuyos objetivos eran “Producir y transferir conocimiento, formar recursos humanos altamente capacitados, aportando al avance científico y tecnológico del país, al desarrollo de la economía nacional y al mejoramiento de la calidad de vida de su población”.

Mantiene la Carrera del Investigador Científico Tecnológico, la Carrera del Personal Técnico, el Programa de Becas de Doctorado y Postdoctorado. Incluye todas las áreas de investigación: Ciencias Agrarias, Ingeniería y de Materiales, Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Exactas y Naturales, Ciencias Sociales y Humanidades.

Para ingresar a la carrera de investigador/ra se requiere título de Doctor/ra además de la carrera de grado y otros antecedentes de producción científica con publicaciones internacionales de alto impacto que se evalúan junto a otros aspectos académicos en una competencia y orden de mérito para cubrir la convocatoria de cada año.

El organismo cuenta con un despliegue de centros de investigación distribuidos en todo el país (Figura 1). Muchos de ellos, dada la distancia respecto de la sede central en Buenos Aires, son verdaderas sucursales constituidas como Centros de Investigación y Transferencia (CCT); otros son Unidades Ejecutoras, la mayoría dentro de universidades donde además se han transformado en institutos de doble pertenencia (Universidad-CONICET).

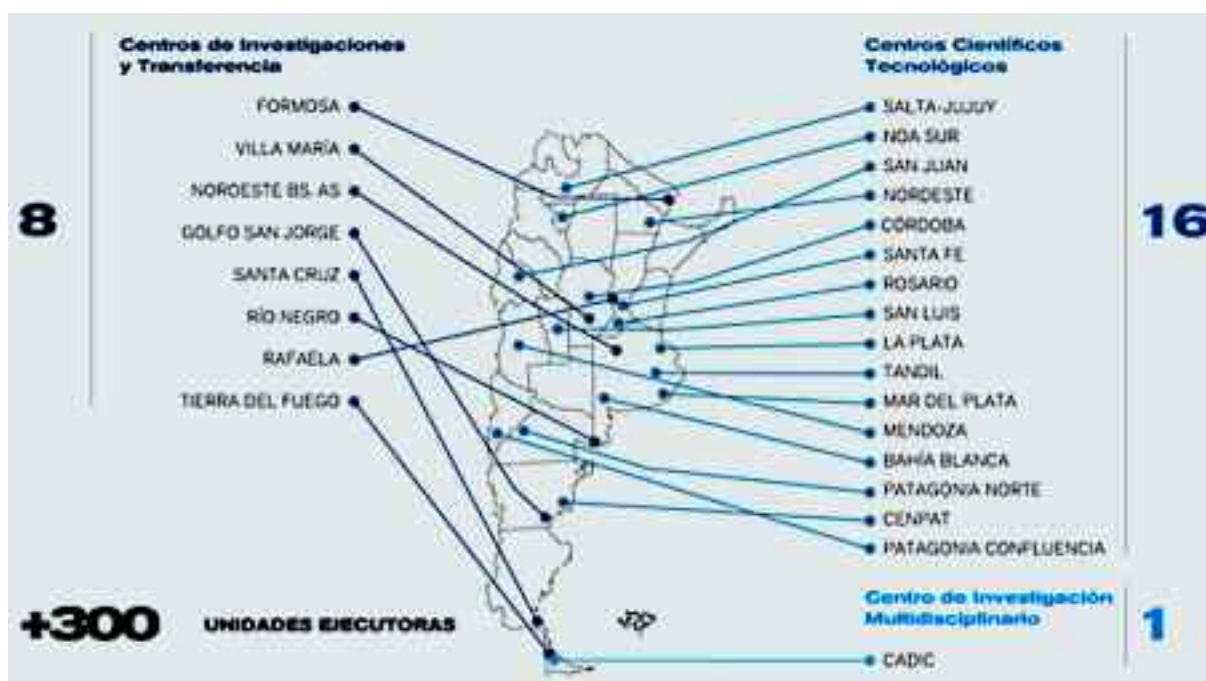


Figura 1. Mapa institucional del CONICET. Elaboración Propia sobre Mapa CONICET Institucional. En: <https://www.conicet.gov.ar/mapa-conicet-institucional>

El CONICET está conducido por un Directorio integrado por ocho miembros y un presidente. El presidente es definido por el PEN y los ocho miembros restantes del Directorio surgen de ternas propuestas al Poder Ejecutivo Nacional y constituidas de la siguiente manera:

- Cuatro ternas electas por los investigadores activos en cada una de las grandes áreas del conocimiento: Ciencias Sociales y Humanidades, Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Exactas y Naturales, y Ciencias Agrarias, Ingeniería y de Materiales.
- Una terna propuesta por el Consejo de Universidades establecido por la Ley N° 24.521.
- Una terna propuesta por las organizaciones representativas de la industria.
- Una terna propuesta por las organizaciones representativas del agro.
- Una terna propuesta por los máximos organismos responsables de la ciencia y la tecnología de los Gobiernos Provinciales y el Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires.

La **Comisión Nacional de Actividades Espaciales (CONAE)** fue creada el mayo 1991 (su antecedente fue la Comisión Nacional de Investigaciones Espaciales (CNIE), creada en 1960). Tiene la misión de proponer y ejecutar un Plan Espacial Nacional, que tiene el carácter de Plan Estratégico para las actividades espaciales, estableciéndose como una clara Política de Estado de prioridad nacional.

El **VENG (Vehículo Espacial de Nueva Generación)** es una empresa argentina de industria aeroespacial (creada en 1998). Fue la principal contratista de CONAE en el Área de Acceso

al Espacio, con seis sedes en el país. Desarrollaba y fabricaba componentes, antenas, electrónica y software para misiones satelitales de la CONAE como SAC-D/Aquarius y SAOCOM. Asimismo desarrolló lanzadores (Tronador) y tenía 450 empleados y técnicos.

ARSAT (Empresa Argentina de Soluciones Satelitales SA) es la empresa nacional encargada de brindar servicios de telecomunicaciones. Creada en 2006 por la Ley N° 26092, ARSAT tiene por objetivo desarrollar el Sistema Satelital Geoestacionario Argentino de Telecomunicaciones, el cual contempla el diseño, desarrollo y construcción en el país de los primeros satélites de este tipo, su lanzamiento y puesta en órbita, como también la explotación, uso y comercialización de los servicios satelitales.

2.3 Ministerio de Economía

La **Comisión Nacional de Energía Atómica (CNEA)** fue creada el 31 de mayo de 1950 a través del Decreto Nacional N° 10.936. Cuenta con el Centro Atómico Bariloche (CAB - Bariloche, Río Negro), el Centro Atómico Constituyentes (CAC - San Martín, Provincia de Buenos Aires) y el Centro Atómico Ezeiza (CAE - Ezeiza, Provincia de Buenos Aires). Desde sus inicios, la CNEA lleva adelante múltiples proyectos de aplicación de la tecnología nuclear en beneficio del conjunto de la sociedad. Ha trabajado en el diseño, construcción y operación de reactores de investigación y de producción de radioisótopos; la fabricación de combustibles nucleares, de agua pesada y de cobalto 60; la construcción de paneles solares para los satélites argentinos, entre otros desarrollos científico-tecnológicos. La investigación de la tecnología nuclear permite mantener el grado de innovación necesario para competir en materia de combustibles y en los futuros reactores nucleares CAREM y de cuarta generación. Estos desarrollos científico-tecnológicos también realizan aportes en otros campos, como el espacial, con el desarrollo de las antenas radar y los paneles fotovoltaicos para satélites; en robótica, con diferentes soluciones para las centrales nucleares; y en energía solar fotovoltaica conectada a la red eléctrica. Además, son estratégicos los proyectos en nanotecnología a nivel nacional y regional, como el desarrollo de sensores para el ambiente, la medicina y las telecomunicaciones.

La **CNEA** posee una fuerte interacción con el medio académico científico nacional (CONICET y universidades) e internacional –en particular en física, fisicoquímica y ciencia de materiales– y cuenta con una capacidad científica de excelencia que está disponible para las empresas argentinas mediante un servicio de vinculación tecnológica.

De esta forma, el sector productivo puede acceder a laboratorios equipados con instrumental de última generación que ofrecen soluciones a problemas de innovación, contribuyendo a la mejora de su competitividad en un mercado global cada vez más sofisticado.

PIAP (Planta Industrial de Agua Pesada) es la Empresa Neuquina de Servicios Industriales (ENSI), integrada por el Estado provincial y la Comisión Nacional de Energía Atómica (1989), y está posicionada como la primera productora mundial de agua pesada. Comercializa Agua Pesada Virgen Grado Reactor, (D2O), el cual es utilizado como moderador y refrigerante en los reactores nucleares que utilizan uranio natural como combustible.

CONUAR (Combustibles Nucleares Argentinos. S. A.) se creó como iniciativa de la Comisión Nacional de Energía Atómica en sociedad con el Grupo Perez Companc en 1982. Producción de las primeras herramientas de operación remota y sistemas de refrigeración para los reactores Atucha I y II. Fabrica y exporta las pastillas de uranio, tanto natural como levemente enriquecido, los componentes estructurales con los que se conforman los combustibles para reactores nucleares (CAREM 25), y la subsidiaria FAE S.A produce los tubos de Zircaloy. También desarrolla combustibles para reactores de investigación y barras controladoras de reactividad, y brinda servicios en el área nuclear de centrales, reactores de investigación, celdas calientes e instalaciones nucleares en general. Los elementos combustibles fabricados por CONUAR se destinan a las centrales nucleares argentinas.

Dioxitek S.A. es una sociedad anónima estatal argentina. Fue creada por el PEN para el suministro de polvo de dióxido de uranio que se utiliza en la fabricación de los elementos combustibles para las centrales nucleares de Embalse y Atucha. La planta industrial está ubicada en la Ciudad de Córdoba y entró en funcionamiento en 1982, haciéndose cargo Dioxitek S.A. de su operación en 1997. Es la única empresa argentina que produce polvo de dióxido de uranio de pureza nuclear de grado cerámico, requerido para los reactores nucleares. Produce además cobalto 60 utilizado para la preservación de alimentos, la esterilización de insumos quirúrgicos para medicina, el tratamiento de residuos hospitalarios patógenos y de enfermedades tumorales, entre otros. La Empresa era propiedad del Ministerio de Energía y Minería.

Argentina es reconocida en el mundo por su tecnología nuclear. Las diversas aplicaciones de los reactores nucleares desarrollados por **INVAP**, con más de 40 años de trayectoria son fundamentales en la vida cotidiana de las personas. Ha diseñado y fabricado varios reactores de investigación y producción de radioisótopos en distintos lugares del mundo, así como sistemas de radar y satélites entre otras producciones y ha ganado la licitación por un reactor nuclear de investigación y producción de radioisótopos para usos medicinales en Holanda. A través de esta empresa se ha exportado tecnología de alta calidad, como el reactor OPAL a Australia, demostrando que nuestro país cuenta con los recursos y capacidades para generar ingresos de divisas con un alto valor agregado, muy superior al sesgo que nos identifica como agroexportadores.

2.4 Ministerio de Producción y Trabajo

El **Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA)** fue creado el 4 de diciembre de 1956 por medio del Decreto Ley N° 21.680/56. El organismo nació con la finalidad de "impulsar, vigorizar y coordinar el desarrollo de la investigación y extensión agropecuaria. Es el principal asesor tecnológico de los productores agropecuarios.

Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI): Creado mediante el Decreto Ley N° 17.138 del 27 de diciembre de 1957. Tiene la función de acompañar e impulsar el crecimiento de las pymes argentinas, promoviendo el desarrollo industrial federal mediante la innovación y la transferencia de tecnología a estas empresas. Como ejemplos de su rol trascendental señalamos que controla y certifica que los tanques de agua no contengan asbesto, que los plásticos y juguetes de los niños no contengan ftalatos, y el funcionamiento adecuado de balanzas, expendedoras de combustibles, ascensores, etcétera.

Servicio Geológico Minero Argentino (SEGEMAR): Creado en 1996. Es el responsable de la producción de conocimiento e información geológica, tecnológica, minera y geológica ambiental del territorio de la República Argentina y plataforma continental. Busca producir conocimiento para dar valor al patrimonio mineral de la Nación continental. Brinda asistencia en servicios, procesos y desarrollo de materiales, así como determinación de riesgos geológicos y geoambientales.

Instituto Nacional de Desarrollo Pesquero (INIDEP): El 21 de octubre de 1977 se crea el INIDEP mediante la Ley N° 21.673 sobre la base del antiguo Instituto de Biología Marina. Sus misiones y funciones son formular, ejecutar y controlar los proyectos de investigación en prospección, evaluación y desarrollo de pesquerías, de tecnologías de acuicultura, de artes de pesca, de procesos tecnológicos y en economía pesquera, conforme a las pautas y prioridades que establezca la autoridad de aplicación.

2.5 Ministerio del Interior, Obras Públicas y Viviendas

Instituto Nacional del Agua (INA): Desarrollo de estudios y evaluación del sistema hídrico del país, estudio de cuencas, su potencial energético y biorremediación.

Instituto Nacional de Prevención Sísmica (INPRES): Estudios e investigaciones básicas y aplicadas de sismología e ingeniería sismorresistente para la prevención de riesgo sísmico.

2.6 Ministerio de Salud

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS): Creado en 1916. Su objetivo consiste en participar en las políticas científicas y técnicas vinculadas a aspectos sanitarios del ámbito público. Coordina institutos, laboratorios y centros de salud localizados en distintos lugares del país y actúa como institución nacional de referencia para la prevención, control e investigación de patologías. El organismo nuclea como "Laboratorio de Referencia Nacional de Salud" y como sede central al Instituto Bacteriológico Argentino, inaugurado el 10 de julio de 1916 por el impulso del Dr. Carlos Malbrán. Cuenta con 2 institutos y 7 centros distribuidos en Mar Del Plata, Santa Fe, Buenos Aires, Pergamino y Salta.

2.7 Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto

Instituto Antártico Argentino: Realiza campañas de investigación científica colectando muestras biológicas y geológicas de la región antártica. Efectúa la programación, planeamiento, coordinación, dirección, control y difusión de la actividad antártica argentina, a fin de lograr el cumplimiento de los objetivos, políticas y prioridades de la Política Nacional Antártica. Promueve, sostiene, regula, controla y fiscaliza la aplicación de las normas de protección ambiental emanadas de las Leyes Nº 24.216 y 25.260. Participa en la elaboración de contenidos y en la puesta en práctica de cursos obligatorios destinados a los participantes en la campaña antártica. Representa a la República, en coordinación con la Dirección Nacional de Política Exterior Antártica, en las reuniones internacionales que correspondieren. En particular, la DNA ejerce la representación de la Argentina ante el Consejo de Administradores de Programas Antárticos Nacionales (COMNAP) y ante la Reunión de Administradores de Programas Antárticos Latinoamericanos, (RAPAL).

2.8 Ministerio de Defensa

Instituto de Investigaciones Científicas y Técnicas para la Defensa (CITEDEF): Creado en 1941. Las actividades del CITEDEF están establecidas por la Decisión Administrativa Nº 21/2002. Sus objetivos son realizar investigaciones aplicadas y desarrollos de sistemas de armas, subsistemas y componentes; efectuar investigaciones aplicadas y desarrollos tecnológicos tendientes a satisfacer requerimientos cívico-militares mediante transferencias de tecnología a la industria pública o privada; producir series de equipos, sistemas de armas o tecnologías resultantes de su actividad; efectuar la homologación de los materiales y equi-

pos que determine el Ministerio de Defensa y promover las acciones que aseguren el mantenimiento y actualización de las capacidades científicas y tecnológicas del organismo.

Servicio de Hidrografía Naval (SHN): Fue fundado en 1879. Es el servicio público de seguridad náutica ya que se ocupa de la edición de cartas, derroteros, listas de faros y señales marítimas, tablas de marea, almanaque náutico y publicaciones náuticas de acuerdo a las normas internacionales vigentes. También realiza levantamientos hidrográficos, estudios técnicos del ámbito marítimo y la actualización permanente de novedades para la navegación a través de los Avisos a los Navegantes. Tiene a su cargo la confección de pronósticos mareológicos y de alturas de olas, la determinación y asesoramiento sobre señalización marítima e instrumental náutico y desarrolla los medios de gestión de datos para sustento de los servicios que brinda.

Servicio Meteorológico Nacional (SMN): Fundado en 1872. Realiza y coordina investigaciones en Climatología, Hidrología, Predicción Numérica, Fenómenos Severos y Desastres Naturales, Contaminación Ambiental, Cambio Climático, fenómenos físico-químicos que intervienen en la interacción del sistema tierra-mar-atmósfera. Realiza, supervisa y coordina las investigaciones y los desarrollos que realiza el Servicio Meteorológico Nacional en conjunto con otros organismos nacionales o internacionales, públicos o privados, de ciencias afines.

Instituto Geográfico Nacional (IGN): Fundado en 1884. Desarrolla actividades de Geodesia, Cartografía, Información Geoespacial, Fotogrametría, Geografía e investigación y desarrollo.

3 SIEMPRE HAY UN PLAN

Si bien la estructura organizativa del sistema científico-tecnológico nacional que se describió en el ítem anterior fue cambiando concomitantemente con los objetivos políticos de distintos gobiernos, cada uno de los organismos que integran esta red tienen una historia, en algunos casos, de varias décadas y un prestigio de reconocimiento internacional.

A lo largo de los años resurge periódicamente un debate de posiciones enfrentadas donde se discute la importancia de la inversión estatal en ciencia y tecnología, que, en definitiva, representa el modelo de país al que se aspira. Confrontan el modelo agroexportador, o de una economía primaria que hasta el presente asegura los mejores ingresos de divisas por exportación, vs. el modelo de país desarrollado, capaz de integrar la

exportación de otros productos con valor agregado, como algunos desarrollos científico-tecnológicos que podrían asegurar un aumento en el número y calidad de puestos de trabajo, un mayor ingreso de divisas por cada unidad de exportación y un camino hacia la provisión de mejores bienes, servicios y calidad de vida a los habitantes del país con producciones nacionales, ganando soberanía e independencia y ahorrando divisas para la importación de productos del exterior.

Si el Estado debe invertir en ciencia y técnica, ¿cuánta inversión es mucho y cuánta es poco? ¿Por qué no se puede desarrollar la ciencia y tecnología exclusivamente a través del sector privado? ¿Podemos imaginar el desarrollo científico-tecnológico del país sin un plan, sin un orden y con un rumbo librado a la suerte del interés de los mercados?

La experiencia demuestra que en todos los países del mundo no existe absolutamente ninguna inversión privada si antes no existe una sólida inversión estatal. El rumbo y los objetivos de los desarrollos los marcan los estados. Esto es así por diferentes razones. En primer lugar, muchas producciones científicas de absoluta relevancia y necesarias para la salud, educación, comunicación, recreación, condiciones dignas de trabajo, preservación de patrimonios históricos, seguridad de la población, entre otras, no constituyen un negocio, pero resultan imprescindibles para la vida cotidiana. Sin apoyo estatal sería muy difícil la investigación del impacto de diferentes tiras cómicas y dibujos animados en la formación de las infancias o la incorporación de estrategias educativas y terapéuticas para la inclusión de poblaciones vulnerables o portadoras de neurodivergencias, como ejemplos de áreas de trabajo actualmente denostadas y que no serían proyectos asumibles si sólo dependieran de la inversión de privados y no constituyeran una política de estado. Si nos referimos a la investigación de enfermedades endémicas y el posible desarrollo de fármacos, la inversión privada como única fuente de financiación resulta igual de atractiva que fantasiosa: las investigaciones científicas para comprender la enfermedad, hallar nuevos blancos terapéuticos y generar nuevos tratamientos pueden llevar décadas. Son inversiones imprescindibles, dado que no hay forma de llegar al objetivo sin los pasos previos de investigación básica, pero de alto riesgo en cuanto a la apuesta económica, de ningún modo atractivo para inversores privados, no sólo por la demanda de tiempo y poca certeza en los resultados, sino también por tratarse de una dimensión acotada de mercado, tratándose de patologías endémicas. Esas inversiones, en todos los países del mundo, las hacen los estados.

Se ha dicho ya que no hay inversión privada si previamente no existe inversión estatal. La tecnología de la pantalla táctil que actualmente utilizamos en los teléfonos celulares tiene su origen en la Universidad de Kentucky, donde se desarrolló el primer

sensor táctil en 1971. Ningún desarrollo se concreta a corto plazo a pura iniciativa privada si no hay un sistema científico-tecnológico trabajando en forma continua, capaz de responder a la demanda o intereses de inversores privados o bien ante catástrofes y emergencias. En esos casos el sistema se readapta rápidamente y reasigna los recursos, equipos, tecnologías y el conocimiento a la solución del problema. Un claro ejemplo en nuestro país pudo observarse durante la pandemia. Algunos grupos de investigación pudieron adaptar rápidamente sus sistemas y tecnologías al diseño de kits diagnósticos de COVID, o a diseñar y producir barbijos con materiales especiales para filtrado del virus. Esto hubiera sido imposible si los investigadores no hubieran estado trabajando desde antes con esos vectores de ADN, las enzimas, la plataforma para kits diagnósticos rápidos y el diseño de nuevos materiales.

Argentina tuvo un plan de desarrollo científico tecnológico que hasta el 2015, el físico especialista en historia de la ciencia y tecnología argentina, Dr. Diego Hurtado de Mendoza, lo define en tres períodos⁷.

Desde el retorno de la democracia hubo dos buenas señales de apuesta al desarrollo. La primera tuvo su auge entre los años 2004 y 2015, en que prácticamente se reconstruyó un sistema científico-tecnológico desmantelado durante la década del '90. Como se muestra en la *Figura 2*, a partir del año 2016 la inversión estatal expresada en porcentaje del PBI comenzó a caer de modo significativo, aunque su impacto no alcanzó la magnitud de los '90s. Si bien el Ministerio de Ciencia y Tecnología bajó a la categoría de Secretaría, bajó el número de becas e investigadores, comenzaron las primeras campañas de desprestigio a investigadores de ciencias sociales y se desfinanciaron proyectos, los organismos no fueron desmantelados y se conservó buena parte de la estructura. Por lo tanto, la reconstrucción en el período siguiente, a pesar de la pandemia, la crisis económica y el endeudamiento, si bien no logró resultados óptimos, pudo iniciar un buen camino de recuperación, fundamentalmente a través de la sanción de leyes como la Ley Nacional N° 27.614 de "Financiamiento del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación" que había logrado media sanción en el Senado en el año 2018 y finalmente se sancionó en el año 2021. Esta ley propone un aumento gradual de la inversión nacional en ciencia y técnica que para 2025 debiera estar en 0.45 % del PBI. Sin embargo, como se muestra en la *Figura 2*, estamos muy lejos de esa inversión, así como la que realizan otros países en el mundo (*Figura 3*). El ajuste afecta a distintos organismos (*Figura 4*) no sólo en términos de salarios o financiación de proyectos, sino también de equipamiento e infraestructura de las instituciones científicas.

(7) Véase Diego Hurtado de Mendoza (2014). El sueño de la Argentina atómica: Política, tecnología nuclear y desarrollo nacional (1945-2006).



Figura 5: Inversión en Bienes de Capital. Ex MINCyT Central y Secretaría de Innovación, Ciencia y Tecnología. Años 2007-2025. Fuente: Centro Iberoamericano de Investigación en Ciencia

El problema fundamental excede con creces el ajuste. Hoy no existe un ministerio, sino una Secretaría de Ciencia y Tecnología que depende de la Jefatura de Gabinete y ya no cuenta con expertos en políticas de planeamiento y articulación a nivel nacional. No se trata de un cambio en el ordenamiento de la red de ciencia y técnica sino de una ruptura, desararticulación, improvisación. Mientras se redacta este artículo y a pesar del veto en el Congreso de la Nación del Decreto presidencial 462/25 de facultades delegadas que permitían la intervención del INTA y el INTI, los despidos continúan.

La Agencia Nacional de Ciencia y Tecnología ha sido desmantelada (Decreto N° 448/25). Los fondos BID destinados exclusivamente a la ejecución de proyectos científicos, muchos de ellos en curso o que ganaron concursos para su asignación, han sido sub-ejecutados o se desconoce su destino, lo que ha motivado numerosos reclamos y denuncias por parte de científicos, con un pedido de acceso a la información pública realizado en noviembre de 2024 por la Red Argentina de Autoridades de Ciencia y Tecnología (RAICYT).

No se proponen nuevos objetivos o un rumbo, no se convoca a científicos y expertos calificados en política científica. Puede interpretarse exactamente como lo expresó el presidente Milei oportunamente: “Soy el topo que viene a destruir el Estado desde adentro”.

¿Y cuál era el plan hasta la llegada del nuevo gobierno?

Según el Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2030, Ley N° 27.738 del 10 de octubre año 2023, se proponía, brevemente:

- 1 Erradicar la pobreza y reducir la desigualdad y la vulnerabilidad socioambiental.

- 2** Impulsar la bioeconomía y la biotecnología para incrementar la producción sostenible y alcanzar la soberanía alimentaria.
- 3** Contribuir al diseño de políticas para fortalecer la democracia y ampliar los derechos ciudadanos.
- 4** Construir una educación inclusiva y de calidad para el desarrollo nacional.
- 5** Lograr una salud accesible, equitativa y de calidad.
- 6** Desarrollar los sectores aeronáuticos, espacial, de las telecomunicaciones y de la industria para la defensa.
- 7** Fortalecer la investigación marítima, la soberanía y el uso sostenible de los bienes del Mar Argentino.
- 8** Promover la industria informática y de las tecnologías de la información para la innovación productiva y la transformación digital.
- 9** Potenciar la transición al desarrollo sostenible.
- 10** Fomentar y consolidar un sendero para la transición energética.

Cada gobierno votado democráticamente ejerce su derecho a marcar un rumbo que puede diferir de los objetivos planteados previamente por otros gobiernos. Sin embargo, no resulta coherente que un jefe de Estado, una vez electo, confiese que viene a destruir aquello de lo que es responsable. Si bien el presidente ha expresado reiteradamente su vocación anarco-capitalista y el desprecio por todos los aspectos de la vida, bienes y servicios a cargo del Estado, es de destacar su particular encono con la ciencia y la tecnología, en particular con las ciencias sociales, la salud, la educación y la cultura⁸. Es una responsabilidad ciudadana cuestionarse el por qué.

Buena parte de la ciudadanía desconoce de qué se ocupan todos los organismos que se mencionan en este documento, cómo es la carrera científica, qué hacen y qué aportan los científicos al país. Si son muchos, si son pocos y si acaso las disputas en cuanto a la defensa de los organismos y todo el sistema científico-tecnológico responden solamente a intereses particulares o sectarios.

Para responder al primer interrogante, si son muchos o pocos, vale la pena observar el diagrama de barras que se muestra en la Figura 6, que muestra el número de investigadores cada 1000 habitantes en distintos países, según datos disponibles en la OCDE hasta 2021. Podemos observar que aún antes del inicio de gestión del actual gobierno, Argentina estaba aún muy lejos de otros países en el mundo, con un valor de apenas 3. Lo cual planteaba como uno de los objetivos a futuro incrementar el número de científicos para equipararnos a otros países desarrollados.

(8) Como ejemplo véase Diego Hurtado. "En la senda de Martínez de Hoz". El Cohete a la Luna. 26/11/23.

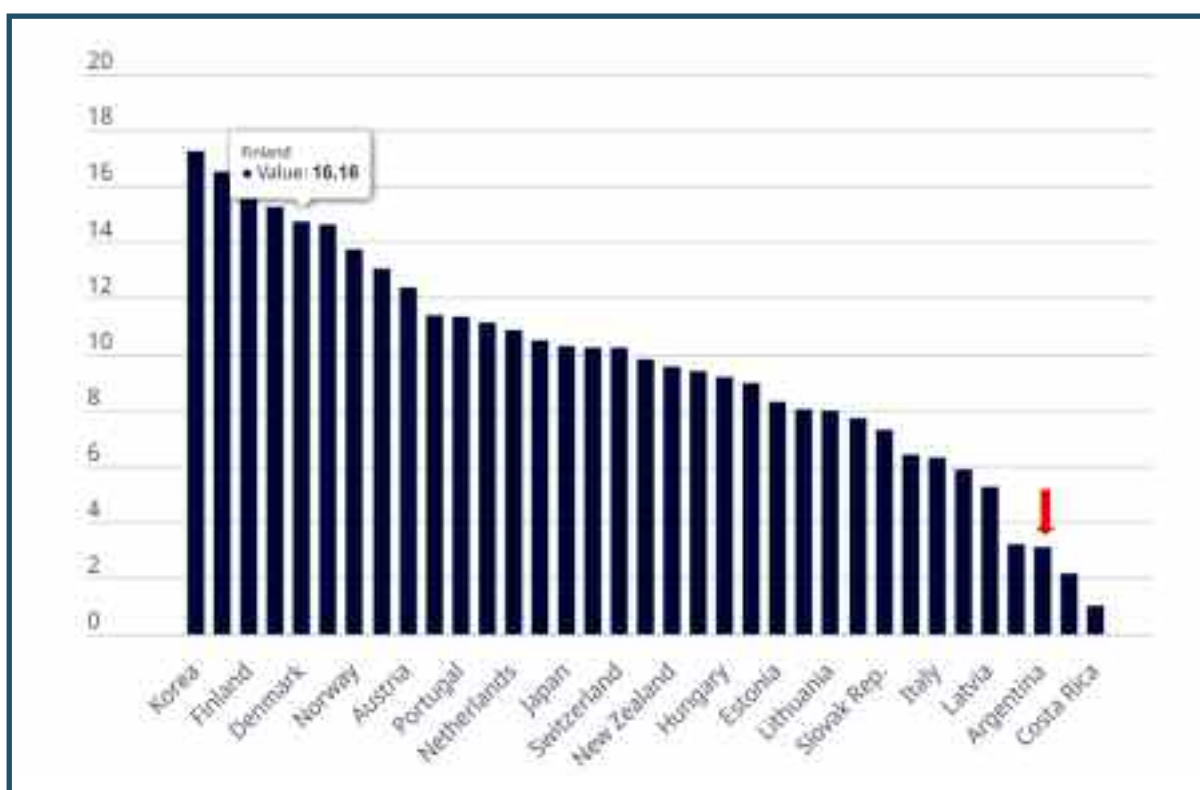


Figura 6. Número de investigadores científicos de jornada completa cada 1000 habitantes económicamente activos. Año 2021. Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Para responder al segundo interrogante, si acaso se discuten privilegios o derechos de un sector/elite de la sociedad, es preciso explicar que si bien una parte de la producción científica redunda en publicaciones científicas, en ocasiones muy distantes de las necesidades básicas o el interés de la comunidad, pueden constituir aportes al conocimiento que conducen a la producción de bienes y servicios que pasan desapercibidos y constituyen parte de la vida cotidiana. Se dan a conocer los premios, grandes descubrimientos y desarrollos tecnológicos que convocan el interés para la inversión privada, pero la seguridad de los ascensores, juguetes, medicamentos, diseño de nuevos planes de estudio, nuevos conocimientos que permitan nuevas herramientas diagnósticas y pronósticas de enfermedades pueden pasar desapercibidas.

Según la Declaración Universal de Derechos Humanos, incorporada a la Constitución Nacional, en su artículo 75, inciso 22 :

- 1 Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.
- 2 Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Por otro lado, según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO 2017), en su artículo 2, declara:

- a) reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales;
- b) fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto;
- c) promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo;
- d) salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras;
- e) destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

La destrucción del sistema científico-tecnológico, inexorablemente, viola todos estos principios, e impacta directamente en la sociedad en su conjunto, sus posibilidades de desarrollo y acceso a una vida digna.

La investigación científica no puede estar supeditada a que constituya inexorablemente un buen negocio. Su impacto en la vida de las personas no se puede medir exclusivamente en términos monetarios. Sin embargo, muchos proyectos, así como los salarios de científicos tienen un costo y por supuesto sería de suma importancia una mejor y mayor contribución de capitales privados al sistema, a través de políticas que conviertan estas iniciativas en un campo más atractivo que la especulación financiera. A pesar de algunos intentos por promover una mayor inversión privada a la ciencia y tecnología entre 2003-2015 y 2019-2023, nunca se logró que superara a la inversión pública, como se puede observar en el siguiente cuadro:

Reference area: Argentina
Combined unit of measure: Percentage of GDP

Measure	Time period	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Gross Domestic Expenditure on R&D (GERD)		0.62	0.53	0.56	0.49	0.48	0.54	0.52	0.55
Higher Education Expenditure on R&D (HERD)		0.16	0.14	0.14	0.13	0.12	0.12	0.11	0.11
Government Expenditure on R&D (GOVERD)		0.32	0.28	0.28	0.29	0.18	0.20	0.20	0.21

Cuadro 2. Argentina. Gasto en investigación y desarrollo como porcentaje del PBI. Años 2015-2022. Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD). Main Science and Technology Indicators. MSTI database.

Lo cierto es que políticas apropiadas que promuevan la generación de conocimiento, innovación y transferencia al sector privado con grandes inversiones del sector público son las estrategias que se plantean en todo el mundo desarrollado. De hecho, el desarrollo y crecimiento de la ciencia y la tecnología no sólo que no pueden de ningún modo quedar librados al mercado o al azar, sino que requiere de un plan estratégico que diseñan los Estados y que puede definirse como “un ecosistema de innovación”, el cual, según la economista Mariana Mazzucato, requiere de una planificación articulada en distintos planos: un sector público capaz y dispuesto a gastar grandes sumas en educación, investigación y áreas emergentes; grandes empresas que reinvierten sus ganancias en investigación y desarrollo; un sistema financiero que preste a la economía real y no principalmente a sí mismo; una política fiscal que recompense las inversiones a largo plazo sobre las ganancias de capital a corto plazo; una política de inmigración que atraiga a los mejores y más brillantes de todo el mundo y una política de competencia.

4 EXPECTATIVAS DE RUMBO

Al menos desde febrero de 2025, y en la proximidad de las elecciones de medio término, comenzaron a abundar sospechas de hechos de corrupción, algunos de ellos de impacto internacional. Esto ha colaborado en sacudir las bases de un modelo económico que puede tener definiciones diferentes en la población, pero es indiscutible que ha impactado negativamente en todos los sectores: la producción, el trabajo, el empleo, la salud, la educación, la cultura, la ciencia y tecnología y toda posibilidad de desarrollo, mayor igualdad de derechos y acceso de buena parte de la población argentina a aquellos que son básicos para la supervivencia y la proyección de una vida digna.

Históricamente hemos depositado todas las frustraciones respecto del fracaso de distintos modelos de gobierno en el problema de la “corrupción”, que por supuesto es deleznable y siempre ensucia cualquier proyecto. Lo cierto es que no debería ser el único eje de discusión sobre el cual se trabaja a la hora de diseñar políticas de desarrollo. Un mal modelo, con o sin corrupción, siempre tendrá consecuencias negativas, mientras que los buenos modelos deberían construirse o preservarse incluyendo políticas que tiendan a erradicar esas conductas.

Si nos preguntamos cómo fue posible tal grado de destrucción, o cómo enmendar y reconstruir, seguramente, será importante volver a trabajar en la construcción de entramados sociales y vínculos entre instituciones y la comunidad más estrechos, transparentes y atentos a los principios que nos definen como humanos, seres sociales, con una identidad y sentido de pertenencia, una voz, un derecho a soñar, construir y proyectar en términos personales y también colectivos. Re-pensar nuestro modelo de país. ♦

5 REFERENCIAS

Ley de Financiamiento de la Educación Universitaria. En: <https://www.cin.edu.ar/descargas/ProyectoLeyFinanciamientoUniversitario.pdf>

Ley de Emergencia del Sistema Científico y Tecnológico Nacional <https://www.hcdn.gob.ar/prensa/noticia/DIPUTADOS-DICTAMINO-SOBRE-LA-EMERGENCIA-DEL-SISTEMA-NACIONAL-DE-CIENCIA-TECNOLOGIA-E-INNOVACION/>

Boletín oficial 3/09/2025 <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/330755/20250903>

<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-3-9-48>

<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-3-9-47>-<https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/home>

<https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/quien-y-cuanto-recauda>

<https://www.argentina.gob.ar/educacion/universidades/informacion/publicaciones/anuarios>

https://www.bcra.gob.ar/PublicacionesEstadisticas/Relevamiento_Expectativas_de_Mercado.asp

https://www.bcra.gob.ar/PublicacionesEstadisticas/Tipos_de_cambios.asp

<https://www.argentina.gob.ar/ciencia/indicadorescti/indicadores-de-id-en-la-argentina>

<https://cifras.conicet.gov.ar/publica/grupografico/show-publico/36>

<https://grupo-epc.com/informes/indicadores-macroeconomicos-de-contexto-cyt-junio-2025/>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (<https://www.oecd.org/en/topics/policy-issues/consumer-policy.html>)

<https://datos.bancomundial.org/indicador/GB.XPD.RSDV.GD.ZS>

Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

Centro Iberoamericano de Investigación en Ciencia, Tecnología e Innovación (<https://ciicti.org/el-presupuesto-para-ciencia-se-hunde-en-el-lecho-submarino/>)

Patente de sensor táctil en 1971. *Fundación de Investigación de la Universidad de Kentucky.*

<https://patents.google.com/patent/US6650319B1/en>

Documentos de RAICYT. <https://raicyt.org.ar/es/documentos/>

<https://www.cronista.com/economia-politica/el-gobierno-puso-a-disposicion-de-mas-de-300-empleados-del-inta-inase-e-inv/>

En la senda de Martínez de Hoz. El Cohete a la Luna, 26/11/23 <https://www.elcohetelaluna.com/en-la-senda-de-martinez-de-hoz/>

El sueño de la Argentina atómica: Política, tecnología nuclear y desarrollo nacional (1945-2006), *Diego Hurtado de Mendoza, 2014, Editorial Edhasa, ISBN: 978-987-628-291-8.* <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/186782>

OCDE-Main Main Science and Technology Indicators (MSTI database). <https://data-explorer.oecd.org/>

El Estado emprendedor. Mitos del sector público frente al privado. *Mariana Mazzucato, 2017. Editorial RBA Libros, S.A. ISBN: 978-84-9056-296-3.*

http://www.economia.unam.mx/academia/inae/images/ProgramasyLecturas/lecturas/inae_iv/mazzucato2017.pdf

https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/wtr20_s/opinionpiece_by-mariana-mazzucato_s.pdf

IMPACTO DEL DNU N° 70/23 SOBRE LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS Y VACUNAS EN ARGENTINA

La Argentina cuenta con una trayectoria discontinua en el ámbito de la producción pública de medicamentos, vacunas y biofármacos, caracterizada por avances y retrocesos que han estado, en distintos períodos, acompañados por el respaldo de los Estados nacional y provinciales. Esta actividad ha sido impulsada principalmente a través del trabajo articulado entre instituciones públicas de nivel nacional, provincial, universitario y del sistema de salud.

En este marco, el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 70/2023, dictado por el Poder Ejecutivo Nacional en diciembre de 2023, introdujo una serie de reformas estructurales orientadas a la desregulación de la economía y a la reducción del aparato estatal. Estas medidas han tenido un impacto negativo considerable sobre el sistema de producción pública de medicamentos y vacunas (PPMV), comprometiendo una política pública fundamental para la construcción de soberanía sanitaria en el país. El presente informe se propone analizar los antecedentes históricos, las capacidades actuales, los desarrollos más recientes y los desafíos que enfrenta este sector estratégico y las principales consecuencias adversas derivadas de dicha normativa.



La Argentina cuenta con numerosos Laboratorios Públicos que producen medicamentos de alta calidad, de comprobada eficacia y bajo costo

Los medicamentos y vacunas son bienes sociales y no mercancías

La Ley 26.688, impulsada por la Multisectorial, declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos y vacunas

En 2015 se crea la ANLAP (Ley 27.113) para coordinar producción estratégica y acceso equitativo a medicamentos

Impulsar la PPMV es promover la soberanía sanitaria



1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1907 se crea el Instituto Bacteriológico Nacional (hoy ANLIS-Malbrán) con la misión de producir vacunas y sueros contra enfermedades infecciosas. Durante las décadas de 1930 y 1940 se afianza la producción estatal de vacunas antirrábicas, antitetánicas y sueros antiofídicos. Bajo el primer gobierno peronista (1946-1955) se amplían las capacidades productivas estatales en el marco de un modelo de salud pública integral.

Después de la Segunda Guerra Mundial, Argentina enfrentaba serias dificultades para acceder a medicamentos, con un mercado dominado por laboratorios extranjeros. El gobierno peronista, bajo la influencia de Ramón Carrillo, planteó una política de soberanía sanitaria, interviniendo activamente en la producción estatal de medicamentos para garantizar el acceso equitativo. Es en este contexto histórico que se crea la Empresa Medicinal del Estado (EMESTA) en el año 1947, bajo la órbita de la Secretaría de Salud Pública. Su misión era producir medicamentos esenciales a bajo costo, combatir la especulación farmacéutica y abastecer al sistema público de salud. Se produjeron antibióticos, vacunas y suero antitetánico abasteciendo a los hospitales y farmacias.

A partir de entonces se establecieron y se fueron consolidando laboratorios públicos, desde municipales como el LEM en Rosario, a provinciales como el LIF en Santa Fe y Laboratorios

Puntanos. El Estado articula redes de producción y control de calidad de medicamentos esenciales en cada región. A esto se sumó la ley Oñativia, en 1964, bajo el gobierno del médico radical Arturo Illia, que buscaba regular la producción, comercialización y la importación de los medicamentos que el Estado no podía proveer. Esta ley fue desactivada en el golpe que derrocó a ese gobierno, en 1966.

El golpe de Estado de 1976, con el comienzo de la dictadura cívico militar, marca el inicio de un proceso de desfinanciamiento y retroceso en la producción estatal.

Durante las décadas de 1980 y 1990 las reformas neoliberales debilitan el rol del Estado como productor. Se prioriza la importación de medicamentos y se reduce el financiamiento de laboratorios públicos. La crisis de 2001 visibiliza las consecuencias del modelo dependiente: faltantes de medicamentos y exclusión sanitaria.

La **Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos** de la **Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires** ha desempeñado un papel central en el impulso de la **producción pública de medicamentos y vacunas en Argentina**. Desde principios de los años 2000, esta cátedra ha promovido activamente el reconocimiento del acceso a los medicamentos como un derecho humano fundamental, así como la articulación entre universidades, laboratorios públicos, organizaciones sociales y autoridades sanitarias.

En este marco, junto al Premio Nobel de la Paz Adolfo Pérez Esquivel, al Grupo de Gestión en Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología liderada por el Dr. Martín Isturiz, la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata, a la CICOP (Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires), la secretaría de ciencia y técnica de Nación, y más de un centenar de organizaciones, fue constituida la multisectorial por la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas (MPPMV). esta articulación cumplió un rol clave en la fundación de la red de Laboratorios Públicos (RELAP), formalizada el 13 de septiembre de 2007.

Cabe destacar que, además de los laboratorios públicos que ya venían participando, se integraron formalmente a la RELAP instituciones estratégicas como el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación, y la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

No obstante, el desarrollo de la RELAP enfrentó obstáculos políticos significativos, entre ellos el boicot por parte del entonces ministro de Salud, Ginés González García, así como la oposición de las cámaras empresarias del sector farmacéutico privado, que percibían a la producción pública como una amenaza a sus intereses comerciales.

Por impulso de este colectivo se sanciona la Ley N° 26688 en el año 2011, donde se declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, vacunas y productos médicos, considerándolos bienes sociales, promoviendo su accesibilidad y desarrollo científico tecnológico a través de laboratorios públicos. La ley busca garantizar el acceso equi-

tativo a estos productos, especialmente aquellos que no son cubiertos por el sector privado. Esta ley se complementa con otras normativas, como la Ley N° 27.491 sobre el control de enfermedades prevenibles por vacunación, que establece la obligatoriedad, gratuidad y carácter social de las vacunas.

2 LA AGENCIA NACIONAL DE LABORATORIOS PÚBLICOS (ANLAP)

En el año 2015 se crea la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) mediante la Ley N° 27.113 con el objetivo de coordinar la producción estratégica y garantizar el acceso equitativo a medicamentos.

Es de destacar que los integrantes de la MPPMV participaron en la redacción de propuestas y realizaron aportes técnicos durante la discusión parlamentaria y en su reglamentación. Pese a la aprobación de esa ley por mayoría abrumadora en la Cámara de Diputados y unanimidad en la de Senadores, nunca se proveyó del presupuesto y la estructura necesaria, por lo que la iniciativa no logró sus objetivos.

2.1 Objetivos Estratégicos de ANLAP

La **Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP)** fue creada con el propósito de fortalecer el rol del Estado en la producción pública de medicamentos y vacunas. Entre sus objetivos centrales se destacan:

- Coordinar y articular la red nacional de laboratorios públicos dedicados a la producción de medicamentos y vacunas.
- Evaluar y planificar la producción estratégica en función de las necesidades sanitarias del país.
- Promover la soberanía sanitaria mediante la producción estatal de medicamentos esenciales.
- Participar activamente en estrategias de compra estatal, otorgando prioridad a los laboratorios públicos.

ANLAP se concibió como un organismo descentralizado, con personería jurídica y autarquía técnica, financiera y operativa, bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

2.2 El Consejo Asesor de ANLAP: Rol e Importancia

La **Ley N° 27.113** establece la conformación de un **Consejo Asesor** como órgano consultivo y técnico esencial para el funcionamiento de ANLAP. Su integración debía contemplar criterios de representatividad federal, científica y multisectorial, incluyendo:

- Representantes de laboratorios públicos nacionales y provinciales.
- Universidades públicas vinculadas a la investigación o producción de medicamentos.
- Organizaciones científico-técnicas del ámbito nacional.
- Representantes del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.
- Representantes del Ministerio de Defensa y de otras entidades institucionales relevantes.

Las funciones principales del Consejo Asesor consisten en:

- Proponer líneas estratégicas de desarrollo y producción.
- Asesorar en la evaluación de medicamentos y vacunas de interés sanitario.
- Garantizar la participación federal, la transparencia y la planificación integral del sistema de producción pública.

2.3 Dificultades en la Conformación del Consejo Asesor

Desde su creación, ANLAP enfrentó serias dificultades para constituir su Consejo Asesor, lo que restringió sus capacidades de articulación y planificación estratégica. A continuación, se detallan los principales obstáculos:

a) Falta de voluntad política (2015–2022)

Pese a su sanción durante el último año de gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, la implementación efectiva de la Ley N° 27.113 no fue promovida durante la gestión de Mauricio Macri (2015–2019). Aunque se firmó el decreto reglamentario, el Consejo Asesor nunca fue convocado ni sus miembros designados, lo que derivó en un funcionamiento limitado de la Agencia y en una baja articulación con las provincias y universidades.

Durante el gobierno de Alberto Fernández, si bien se designaron nuevas autoridades en 2021 y se avanzó en el relevamiento de capacidades productivas provinciales, la pandemia de COVID-19 no fue aprovechada como una oportunidad estratégica para consolidar la producción pública de medicamentos y vacunas (PPMV). Según informes públicos, el Consejo Asesor continuaba sin conformarse plenamente hasta al menos el año 2022.

b) Conflictos de representación federal

- Las provincias reclamaban participación efectiva en la conducción de ANLAP, pero no se establecieron mecanismos claros y consensuados para la selección de sus representantes.
- Asimismo, el sector universitario exigía mayor protagonismo en las decisiones técnicas, lo que nunca sucedió.

c) Resistencia del sector privado

- ▣ Sectores de la industria farmacéutica privada ejercieron presión política para evitar que ANLAP adquiriera un rol estratégico y competitivo en la producción nacional de medicamentos.
- ▣ La ausencia de reglamentación operativa específica para el Consejo Asesor dejó a la Agencia sin herramientas para definir prioridades productivas consensuadas.

d) Limitaciones administrativas y presupuestarias

- ▣ ANLAP funcionó, en sus primeros años, con presupuesto reducido y sin estructura operativa adecuada, lo que obstaculizó su desarrollo institucional.
- ▣ Estas restricciones dificultaron el llamado a concursos, la convocatoria de audiencias públicas y los procesos federales necesarios para la conformación del Consejo Asesor.

3 CAPACIDADES ACTUALES Y DESARROLLOS RECIENTES ANTES DEL DNU Nº 70/23

3.1 Capacidades Actuales

Antes de la entrada en vigor del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) Nº 70/2023, la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas (PPMV) en Argentina había alcanzado en algunas provincias un desarrollo significativo en términos de infraestructura, capacidades tecnológicas, articulación institucional y volumen de producción.

Este sector debería haberse constituido como una política estratégica orientada a garantizar el acceso equitativo a medicamentos esenciales, fortalecer la soberanía sanitaria y promover el desarrollo científico nacional.

En primer lugar, el país contaba con una red consolidada de más de 40 laboratorios públicos. Entre ellos que se destacaban el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) de Santa Fe, el Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) de Rosario, el Laboratorio PROFARSE de Río Negro, el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), y el Laboratorio de Producción de Medicamentos de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Estas instituciones trabajaban bajo coordinación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), la cual tenía como tarea la promoción de políticas federales de producción y distribución de medicamentos.

En términos de producción, los laboratorios públicos elaboraban una amplia gama de medicamentos esenciales: antibióticos, antirretrovirales, anticonceptivos, antihipertensivos, psi-

cofármacos, medicamentos para enfermedades desatendidas como Chagas, tuberculosis, leishmaniasis, parasitosis, antituberculosos y tratamientos oncológicos en menor escala. Asimismo, se avanzaba en la producción de misoprostol para uso ginecológico, garantizando su inclusión en programas de salud sexual y reproductiva.

En el ámbito de vacunas y biofármacos, el Laboratorio de Hemoderivados producía inmunoglobulinas, albúmina y factor VIII, mientras que ANLIS-Malbrán desarrollaba actividades vinculadas a vacunas, incluyendo participación en procesos de envasado y control de calidad durante la pandemia de COVID-19. Se habían firmado convenios de transferencia tecnológica con países como Cuba, Brasil e India.

Desde el punto de vista tecnológico, varios laboratorios contaban con certificaciones de la ANMAT y cumplían con Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). Entre 2015 y 2022 se realizaron importantes inversiones en infraestructura, modernización de equipamiento y ampliación de líneas de producción.

La planificación federal se organizaba en torno a la ANLAP, que promovía compras centralizadas, acuerdos de complementariedad productiva y la definición de líneas estratégicas. La articulación con el sistema científico-tecnológico, mediante convenios con CONICET, universidades nacionales y centros de investigación, permitió el desarrollo de productos innovadores como biofármacos y formulaciones pediátricas específicas.

Finalmente, la PPMV generaba un impacto positivo en términos de equidad sanitaria, reducción de costos para el Estado, y fortalecimiento de la autonomía nacional frente a la dependencia del mercado farmacéutico privado y transnacional.

3.2 Desarrollos Recientes en la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas en Argentina

En los últimos años, la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas (PPMV) en Argentina ha experimentado avances significativos en innovación tecnológica, articulación regional, desarrollo de vacunas y biofármacos estratégicos, así como en el fortalecimiento de capacidades provinciales. Estos desarrollos se consolidaron a través de la acción de organismos como la ANLAP, la Agencia I+D+i, ANLIS-Malbrán y laboratorios públicos provinciales y universitarios. A continuación, se detallan los principales logros alcanzados entre 2022 y mediados de 2024.

Línea	Desarrollos recientes	Instituciones
Vacunas recombinantes	ArVac COVID-19, antirrábica	UNSAM-CONICET-Cassará, ANLIS-Malbrán
Biofármacos estratégicos	Hemoderivados, albúmina, factor VIII	UNC, Instituto Perón
Tecnología ARNm	Convenio OPS-Sinergium	Sinergium Biotech, ANMAT, OPS
Modernización de plantas	Betalactámicos (LIF)	LIF, Agencia I+D+i
Capacitación regional	Curso Mercosur vacunas	OPS, Mercosur

Cuadro 3. Argentina. Resumen de avances de la PPMV. Años 2022-2024. Elaboración propia sobre datos de ANLAP.

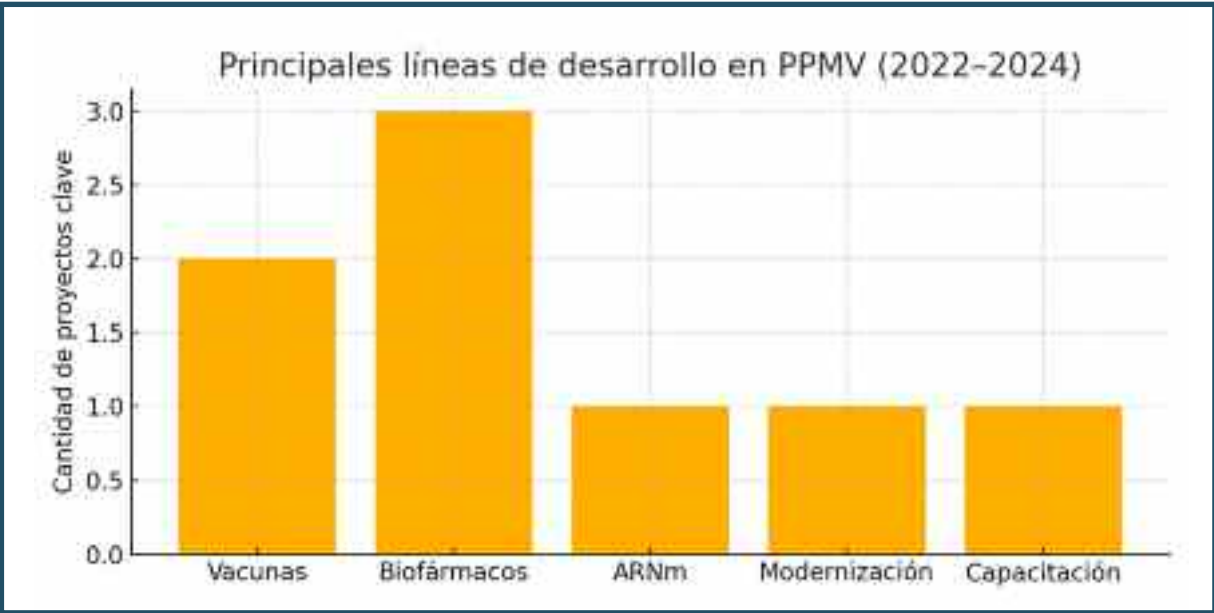


Figura 7. Argentina. Principales líneas de desarrollo en PPMV. Años 2022-2024. Fuente: ANLAP.

4 CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL DNU N° 70/2023 SOBRE LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS Y VACUNAS

- 1 El medicamento deja de ser un bien social. La sanción del DNU N° 70/2023 implica un cambio de paradigma en la concepción del medicamento. Al desregular su expendio, liberalizar su comercialización y suprimir mecanismos institucionales como la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), se desnaturaliza la noción del medicamento como bien social. Este desplazamiento hacia una lógica de mercado elimina el rol del Estado como garante del acceso equitativo y posiciona al medicamento como una mercan-

cía más, sujeta a las reglas de la oferta y la demanda. Este giro contradice los principios de equidad, solidaridad y justicia distributiva que inspiran las políticas públicas de salud bajo un enfoque de derechos.

- 2 Desarticula por falta de financiamiento la investigación y desarrollo. La eliminación de la ANLAP y la falta de un marco normativo que promueva la articulación entre laboratorios públicos y universidades nacionales impactan directamente en los procesos de investigación y desarrollo (I+D). Sin una política de financiamiento sostenido, los proyectos vinculados a enfermedades huérfanas, producción de vacunas, hemoderivados y biofármacos quedan paralizados o fragmentados. Esto no sólo compromete la continuidad de líneas estratégicas, sino que debilita las capacidades científicas soberanas construidas en las últimas décadas. La falta de articulación federal y la ausencia de planificación central afectan particularmente a las provincias y a los laboratorios con menor infraestructura.
- 3 No hay un parámetro de precio de medicamento librándose al mercado. Al liberar el precio al mercado, se generan condiciones que favorecen la especulación, el abuso de posición dominante y la pérdida de accesibilidad económica para amplios sectores de la población. La ausencia de mecanismos de control vulnera el principio de accesibilidad del derecho a la salud, y pone en riesgo la provisión de tratamientos de alto costo, crónicos o estratégicos para enfermedades prevalentes. La falta de precios testigos desde el Estado impide además que hospitales, provincias y obras sociales negocien condiciones justas para sus compras.
- 4 Desfinanciamiento de programas estratégicos: El DNU N° 70/2023 ha implicado un fuerte ajuste fiscal que derivó en la disminución o suspensión de partidas presupuestarias destinadas a programas de producción pública, afectando tanto a laboratorios provinciales como municipales o universitarios. Esto ha comprometido la capacidad de producción y distribución de medicamentos esenciales, particularmente en provincias con menor infraestructura sanitaria.
- 5 Desarticulación institucional: La política del Ministerio de Salud, además de haber dejado sin efecto la ANLAP, no tiene en cuenta la producción pública de medicamentos y vacunas. Se observa una fragmentación creciente y una pérdida de liderazgo estratégico en la planificación de la política de medicamentos desde una perspectiva soberana y federal.

- 6** Obstaculización del acceso equitativo a medicamentos esenciales: La retracción del Estado en su rol de productor y garante del acceso a medicamentos vulnera el principio de equidad territorial, ampliando las brechas en el acceso a insumos esenciales, especialmente en comunidades rurales o periféricas.
- 7** Retroceso en el desarrollo científico-tecnológico nacional: La paralización de proyectos de innovación en biofármacos, vacunas y tratamientos huérfanos en laboratorios públicos implica una pérdida de capacidades estratégicas desarrolladas durante décadas, con retrocesos en la articulación entre el sistema científico y el productivo nacional.
- 8** Aumento de la dependencia del mercado privado y externo: Al debilitar la producción pública, el país incrementa su dependencia de proveedores privados —frecuentemente multinacionales— lo que afecta la soberanía sanitaria y expone al sistema de salud a variaciones de precios, especulación y desabastecimiento.
- 9** Paralización de convenios de cooperación interinstitucional: El nuevo esquema de desregulación ha afectado la continuidad de convenios entre laboratorios públicos y organismos como el CONICET, el INTA y universidades nacionales. Muchos de estos acuerdos permitían la transferencia tecnológica, el desarrollo de formulaciones estratégicas y la producción a escala de medicamentos huérfanos, oncológicos y antimicrobianos.
- 10** Afectación al acceso a tratamientos para enfermedades desatendidas: Varios laboratorios públicos producen medicamentos para enfermedades que no son rentables para el mercado privado, como Chagas, tuberculosis, leishmaniasis o hemofilia. La reducción del financiamiento y la inestabilidad institucional comprometen la producción de estos medicamentos, invisibilizando enfermedades que afectan a poblaciones vulnerables.
- 11** Impacto negativo en la planificación de compras públicas: La retracción del rol del Estado en la planificación centralizada de compras y la reducción de las adquisiciones a laboratorios públicos ha favorecido licitaciones concentradas en grandes proveedores privados. Esto erosiona el sistema de precios de referencia, encarece los tratamientos y debilita las capacidades estatales de regulación del mercado.
- 12** Riesgo de desmantelamiento de capacidades instaladas: La reducción de actividades

en laboratorios públicos ha generado despidos, desvinculaciones y migración de profesionales calificados hacia el sector privado o al exterior. La pérdida de recursos humanos especializados, sumada al deterioro de equipamiento sin mantenimiento, pone en riesgo capacidades científicas y tecnológicas de alto valor construidas durante años.

- 13 Ausencia de una política de Estado en soberanía sanitaria: La lógica de desregulación implementada por el DNU se basa en una visión de corto plazo que desestima el rol estratégico de la PPMV como instrumento de soberanía sanitaria, seguridad farmacológica y desarrollo nacional. Esta ausencia de planificación a largo plazo debilita la autonomía del país ante emergencias sanitarias y dependencias geopolíticas.

5 RECONSTRUIR LA MULTISECTORIAL POR LA PPMV, HACIA LA SOBERANÍA SANITARIA

El camino trazado por la MPPMV dio lugar a la sanción de dos leyes fundamentales: la Ley Nº 26.688 (2007), que declaró de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas, vacunas y productos médicos, y la Ley Nº 27.113 (2014) que creó la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP).

En este marco, el 21 de agosto pasado se realizó en el Congreso de la Nación —en el Auditorio del Anexo de la Cámara de Diputados— una audiencia destinada a recuperar y proyectar el trabajo iniciado por la Multisectorial. La actividad contó con el auspicio de los/as diputados/as Fein, Paulón y Castillo, y tuvo como eje la presentación de un informe histórico sobre la Multisectorial.

En la audiencia expusieron representantes de la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA (impulsora de la iniciativa desde 2002), de FES-PROSA, de la Red de Medicamentos de ALAMES, de la Alianza Argentina de Pacientes (ALAPA) y del Colectivo Sanitario Andrés Carrasco. Asimismo, participaron autoridades de las Universidades Nacionales de La Plata y del Litoral, de la Fundación Grupo Efecto Positivo (GEP) y de la Asociación Metropolitana de Equipos de Salud, entre otras instituciones.

El debate puso en evidencia la necesidad estratégica de fortalecer la capacidad nacional para producir, de manera desmercantilizada, los medicamentos básicos esenciales, así como de promover la investigación clínica orientada por la epidemiología regional y por los problemas de salud prioritarios de nuestras comunidades, tomando la PPMV como eje estratégico para la soberanía sanitaria. ♦

6 BIBLIOGRAFIA

Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP). (2022). Informe de gestión 2016–2022.

Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP). (2023). Informe de gestión 2022–2023.

Catedra Libre de Salud y Derechos Humanos, Facultad de Medicina, UBA. Política Nacional de medicamentos. Un análisis del programa Remediar (2004)

Catedra Libre de Salud y Derechos Humanos, Facultad de Medicina, UBA. Enfermedad de Chagas Massa, el valor de la producción pública de medicamentos.

1-2-3-4-5-6 Encuentros por la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas. 2004-2010

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). Informe sobre el acceso a la salud y el derecho a la salud en las Américas.

Laboratorio de Hemoderivados de la UNC. (2021). Memoria institucional 2018–2021.

Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF). (2024). Modernización tecnológica de la planta de betalactámicos.

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. (2023). ArVac Cecilia Grierson: desarrollo nacional de vacunas.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Acceso a medicamentos esenciales: elementos clave para fortalecer políticas públicas.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Producción pública de medicamentos en América Latina: experiencias y desafíos.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Curso regional de producción de vacunas del Mercosur.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), Naciones Unidas, 1966.

Red de Laboratorios Públicos de Medicamentos. (2022). Diagnóstico de capacidades de producción pública.

Observatorio de Salud y Medicamentos (UBA). (2024). Impacto del DNU 70/2023 sobre la soberanía sanitaria en Argentina.

VII

MINISTERIO DE SALUD, LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT) Y EL ESPÍRITU DEL DNU Nº 70/23. ENTRE LA AUTOREGULACION EMPRESARIA Y LA LÓGICA DE LA MOTOSIERRA

Parte 1. EL CASO DEL FENTANILO CONTAMINADO

El presente informe tiene como objetivo analizar el rol del Ministerio de Salud y de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en el marco del espíritu del DNU Nº 70/23, tomando como referencia la causa del fentanilo contaminado y sus consecuencias como la tragedia sanitaria evitable más importante ocurrida con un medicamento.

Este caso pone en evidencia un cambio de paradigma en el rol del Estado. De una función de protección y garantía del derecho a la salud se pasa a un modelo de autorregulación dominado por los grandes actores de la industria farmacéutica, que debilita progresivamente los mecanismos estatales de control y supervisión.



La ANMAT es la autoridad reguladora nacional de medicamentos, alimentos y tecnologías médicas. Sus competencias básicas son el registro y la fiscalización.

El DNU N° 70/23 involucra un cambio de paradigma en el rol del Estado. Se pasa de una función de protección y garantía del derecho a la salud a un modelo de autorregulación dominado por los grandes actores de la industria.

La causa del fentanilo contaminado pone de manifiesto las consecuencias de la política de “motosierra” y autorregulación: desguace de estructuras estatales de control sanitario y debilitamiento de la capacidad de prevención y respuesta frente a riesgos graves para la salud pública.

1 ¿QUÉ ES LA ANMAT?

La ANMAT es un organismo descentralizado dentro de la estructura del Ministerio de Salud. Creada por el Decreto 1490/1992, la ANMAT se instituye como instrumento para ordenar el sistema de registro y fiscalización de los medicamentos en todo el país al tiempo que extiende sus competencias a todos los productos para la salud⁹. Su formación coincide con los procesos de reforma del estado de los años '90s. y con la pretensión de “agilizar y hacer más eficientes” las actividades estatales. Nace con un concepto asimilable a las “agencias gubernamentales” norteamericanas y casi contemporáneamente a la reforma constitucional de 1994, donde se plantea la necesidad de existencia de entes reguladores estatales promoviendo esa acción sobre los servicios públicos al otorgarles rango constitucional. La pretensión de estas figuras y las reformas nacionales era y es que las agencias retengan una jurisdicción primaria en asuntos que corresponden a su regulación y que limiten la intervención de los tribunales judiciales a las garantías del debido proceso, pero no al contenido de la decisión. Esto, con el horizonte o expectativa de que los asuntos públicos se concreten con agilidad y eficiencia. Más allá de ser denominada “administración nacional” está considerada en el plano interno e internacional como una “agencia reguladora” con competencias específicas sobre medicamentos, alimentos y tecnologías médicas. Como

(9) El decreto de creación del organismo establece que se incorporarán a la ANMAT áreas preexistentes en la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud como la Dirección de Drogas, Medicamentos y Alimentos, el Instituto Nacional de Medicamentos, el Instituto Nacional de Alimentos y los Departamentos de Registro y Asuntos Reglamentarios y Legales, y de Psicotrópicos y Estupefacientes

todas las otras agencias extranjeras con competencias similares su accionar se define sobre dos cuestiones básicas: el registro y la fiscalización.

El registro impone normas para autorizar el accionar de organizaciones que producen los objetos definidos en sus competencias, incluyendo en ocasiones las condiciones y aptitudes de las personas encargadas de llevarlas a cabo. A su vez impone normas específicas que deben cumplirse para la elaboración, comercialización y distribución de productos (ese es el espacio de las “Buenas Practicas”).

La segunda actividad esencial es la fiscalización; ésta tiene otras dos dimensiones relacionadas pero que no son sinónimos, aunque a menudo se las considere similares: el control y la vigilancia. Esta dos últimas se diferencian de la fiscalización porque en ellas coexisten responsabilidades compartidas entre el ente regulador y sus regulados.

El control se desarrolla virtuosamente en tanto el regulado organiza sus propios procedimientos para la mejora de la aplicación de las buenas prácticas y sus resultados; a su vez el ente o agencia reguladora determina acciones de cómo debiera realizarse este “autocontrol”. Por tanto, esta es una actividad compartida entre regulador y regulados.

La vigilancia, en particular en agencias o entes reguladores vinculados con la salud, es por un lado una estrategia integral de salud pública o más restrictivamente la aplicación de la epidemiología en el seguimiento de la situación de salud de la población. En la vigilancia participa obligatoriamente el estado y voluntariamente regulados y no regulados. El ejemplo de la farmacovigilancia aclara esta diferencia: el estado la lleva a cabo obligatoriamente y en forma condicionada o voluntaria los productores, importadores, distribuidores, prescriptores y consumidores. Asimismo, pueden funcionar entidades de la sociedad civil que efectúan farmacovigilancia en forma independiente del estado y regulados.

Estas consideraciones resultan útiles para determinar los alcances del accionar responsable de una agencia u organismo similar, donde además del registro existe la dimensión de la fiscalización (con los componentes de control y vigilancia) como acción indelegable.

La relación entre las actividades de registro y fiscalización deben realizarse de manera equilibrada; en particular la prevención de esta consideración reside en las diferencias de intereses entre regulador y regulados sobre cuál actividad debe ser predominante. Los intereses de los regulados están en los registros, por lo cual sus afanes están concentrados en que estos se realicen bajo dos direcciones sustantivas: acortamiento de tiempos y menores exigencias normativas. Para ellos la fiscalización no es una actividad particularmente deseable, salvo aquella vinculada con el control donde “el paradigma” del regulado es incrementar los márgenes del autocontrol.

Así las cosas, tanto la relación predominante entre registro y fiscalización como las dimensiones de esta última (control y fiscalización) están en una tensión permanente, y en

contextos donde los intereses del mercado se imponen sobre los del estado da como resultado un proceso incremental de cumplimiento de los objetivos / intereses de los regulados. En síntesis, sería una reducción de tiempos y exigencias para los registros (en medicamentos es ostensible la tendencia) y ampliar los márgenes del autocontrol en la fiscalización.

Es por ello que la historia de la ANMAT como agencia regulatoria se desarrolla en este marco de tensión permanente entre regulación y fiscalización en el marco de las políticas de salud. Sin embargo, el año 2025 marcó un punto de inflexión con la denuncia de la mayor tragedia sanitaria evitable vinculada a la seguridad de medicamentos: el caso del fentanilo contaminado registrado a nombre de HLB Pharma Group S.A y producido por Laboratorios Ramallo S.A. En este caso la ANMAT fue señalada por demoras y deficiencias en su función fiscalizadora. Se analiza aquí el papel institucional del Ministerio de Salud y de la ANMAT, las fallas de control que se produjeron en este caso y las implicancias sobre la política sanitaria nacional.

2 CONTEXTO INSTITUCIONAL: EL INAME, ÁREA CIENTÍFICO-TÉCNICA DE LA ANMAT

Como ya se mencionó, la ANMAT es un organismo científico-técnico que combina funciones regulatorias y de fiscalización de los productos bajo su competencia en todo el país. En su estructura organizativa incluye al Instituto Nacional de Medicamentos (INAME) como una de sus direcciones técnicas especializadas, la encargada de garantizar que los medicamentos que se elaboran y comercializan en nuestro país cumplan con los más altos estándares de calidad, seguridad y eficacia.

A fin de cumplimentar su responsabilidad primaria¹⁰ el INAME se organiza en diversas áreas técnicas. De interés para este análisis es el Departamento de Inspectorado, dependiente de la Dirección de Fiscalización y Gestión de Riesgos del INAME¹¹, cuya acción central consiste en planificar, ejecutar y supervisar las inspecciones reguladoras a los establecimientos que elaboran, fraccionan, importan, o distribuyen ingredientes farmacéuticos activos, medicamentos y productos de incumbencia del INAME¹². Esto involucra controlar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura¹³ a lo largo de todo el proceso de elaboración de los productos así como realizar el seguimiento de las acciones correctivas que

(10) Según lo establecido en el Anexo II del Decreto 1271/2013 consisten en “Definir y planificar las acciones dirigidas a la prevención, resguardo y atención de la salud de la población que se desarrollen a través del control, la fiscalización y la vigilancia de la calidad de medicamentos, ingredientes farmacéuticos activos, productos biológicos y materiales de partida, mediante la evaluación clínica, terapéutica y de calidad farmacéutica de los medicamentos, los estudios farmacotécnicos, biológicos, farmacológicos y toxicológicos, como así también de las actividades, procesos y tecnologías que se realicen en función de la elaboración, fraccionamiento, importación y/o exportación, depósito y comercialización de dichos productos.”

(11) Para conocer las responsabilidades de esta Dirección, véase Disposición ANMAT 6117/2020. Anexo 2.

(12) Para un detalle de las acciones del Departamento de Inspectorado de INAME véase la Decisión Administrativa 761/2019 - Anexo 4. Pags. 43 y 44

(13) Las buenas prácticas de manufactura (BPM) constituyen un sistema de directrices técnicas que garantiza que los medicamentos y los ingredientes que los componen se produzcan de manera constante de acuerdo con los estándares de calidad establecidos, de modo tal de garantizar la seguridad y eficacia de cada lote producido. Su objeto son los procesos e instalaciones de fabricación. Estas directivas se actualizan periódicamente de acuerdo a los desarrollos científico-técnicos que se van produciendo en el campo farmacéutico. En nuestro país estas prácticas están reguladas por la Disposición ANMAT 4159/2023 que instituye la Guía de Buenas Prácticas de Fabricación para Elaboradores, Importadores/Exportadores de Medicamentos de Uso Humano.

se hayan indicado a los inspeccionados si se han encontrado faltas y proponer las medidas regulatorias adecuadas, como advertencias, suspensiones, clausuras e inhibiciones, si se constatan incumplimientos a la normativa vigente.

3 FENTANILO CONTAMINADO: CRONOLOGÍA Y ACTORES

En abril de 2025 se detectaron muertes e infecciones graves en el Hospital Italiano de La Plata tras la administración de fentanilo inyectable. Las ampollas, correspondientes al lote 31202, (vencimiento 09/2026), estaban contaminadas con *Klebsiella pneumoniae* y *Ralstonia pickettii* resistentes a múltiples antibióticos.

El producto fue fabricado por Laboratorios Ramallo S.A. y distribuido por HLB Pharma Group. El 13 de mayo de 2025 la ANMAT emitió la Disposición 3156/2025¹⁴ prohibiendo su uso, distribución y comercialización en todo el país y ordenando su retiro del mercado. No obstante, se estimó que más de 45.000 ampollas ya habían sido administradas a pacientes.

El INAME había tenido intervenciones previas referidas a este producto. Entre el 28 de noviembre y el 12 de diciembre de 2024, por denuncias particulares de eficacia del producto, representantes de su Departamento de Inspectorado habían llevado adelante una inspección en la sede de Laboratorios Ramallo S. A. en la que se constataron deficiencias significativas clasificadas como críticas¹⁵ y mayores en la Gestión del Sistema de Calidad Farmacéutico. El 10 de febrero de 2025, mediante una Carta de Advertencia¹⁶, las máximas autoridades de INAME y de ANMAT comunicaron al laboratorio que dado que los incumplimientos observados “comprometen la calidad, seguridad y eficacia de los productos elaborados”¹⁷ Laboratorios Ramallo S.A. no podrá continuar con su actividad productiva hasta que no resuelva las deficiencias observadas. En la misma nota se le da al laboratorio un plazo de 10 días hábiles para que presente ante el INAME una carta de respuesta que incluya las acciones correctivas implementadas y/o un programa de implementación para resolverlas.

Recién en el mes de mayo, cuando ya se habían producido las primeras muertes por el uso de ampollas de fentanilo contaminado, la ANMAT dispone la inhibición de los dos laboratorios y la prohibición del uso, distribución y comercialización de todos los productos de HLB Pharma Group S.A.¹⁸.

(14) <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/20250513>

(15) De acuerdo al Anexo I de la Disposición ANMAT 7298/2019, donde se establece la clasificación de deficiencias de Buenas Prácticas de Fabricación de Medicamentos, las deficiencias críticas “son actividades o procesos que pueden resultar en un daño inmediato y concreto para la salud del consumidor”.

(16) Puede consultarse el contenido de este documento en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/if-2025-14448490-apn-an-matms.pdf>

(17) Ibid.

(18) Para el detalle completo de las irregularidades constatadas en ambos laboratorios véase Disposición ANMAT 3158/2025.

¿Qué significa esta inhibición? Es una medida administrativa que impide temporalmente a un laboratorio operar, sin cerrar físicamente el establecimiento. Su fundamento legal se basa en normativa emitida por la ANMAT en su condición de organismo regulador de los productos vinculados con la salud humana. Habitualmente se refiere a incumplimientos de normas técnicas (como en este caso, de las Buenas Prácticas de Manufactura) y tiene como consecuencias la suspensión de actividades como elaboración, fraccionamiento, liberación de productos o comercialización. No siempre implica sanción judicial. La duración de la medida puede ser temporal, condicionada a la corrección de irregularidades.

¿Podrían haberse adoptado otras medidas? La ANMAT tiene entre sus facultades dictaminar la clausura de un establecimiento. Esta medida consiste en el cierre total o parcial de una instalación o establecimiento por incumplimientos graves, con sello o restricción de acceso. Su fundamento legal puede derivar de resolución judicial o administrativa, bajo ley sanitaria nacional (Ley N° 16.463) o Código Penal en casos extremos. La clausura impide todo funcionamiento del establecimiento y puede incluir decomiso de materiales y/o productos, denuncia penal o pérdida de habilitación. La duración de la medida puede ser temporal o definitiva y su no cumplimiento deriva en un delito contra la salud pública.

En este caso, la ANMAT inhibió las actividades productivas de Laboratorios Ramallo y de HLB Pharma y prohibió el uso, distribución y comercialización de todos los productos registrados a nombre de esta última por deficiencias críticas y graves en el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Fabricación y por múltiples irregularidades e incumplimientos de la normativa vigente, algunos de los cuales databan de octubre de 2023¹⁹. Sin embargo, no procedió con la clausura inmediata de los establecimientos ni con la judicialización temprana, lo que permitió que las ampollas contaminadas siguieran circulando.

La demora ocurrida entre la inspección y el retiro del producto cinco meses después fue una de las principales críticas al accionar del Estado a través de la ANMAT. Asimismo, la decisión de inhibir la producción y no clausurar los establecimientos fue severamente cuestionada por expertos, legisladores y familiares de las víctimas, al interpretarse como una falta de acción proporcional frente al riesgo sanitario que representaba la circulación de productos elaborados de manera deficiente.

4 IMPACTO SANITARIO Y JUDICIAL

Se estima que se produjeron más de 300.000 ampollas contaminadas, de las cuales unas 45.000 fueron administradas a pacientes antes del retiro del producto²⁰.

(19) Ibid.

(20) <https://elpais.com/argentina/2025-08-12/al-menos-76-muertos-en-argentina-por-el-uso-de-fentanilo-clinico-contaminado.html>

Según fuentes periodísticas se habrían producido a la fecha 124 muertes confirmadas²¹, con otros casos bajo investigación. En mayo la cifra de víctimas era de 14 fallecidos y unos 50 infectados, alcanzando rápidamente las decenas en semanas.

La Justicia, liderada por el juez Ernesto Kreplak, abrió una investigación federal. Ordenó detenciones, inhibición de bienes y prohibición de salida del país para 24 personas sospechosas, entre ellas el empresario Ariel García Furfaro (propietario de HLB Pharma Group). Posteriormente se detuvo a una decena de personas vinculadas directamente con los laboratorios²².

5 IMPACTO EN LA POLÍTICA SANITARIA EN ARGENTINA Y A NIVEL REGIONAL

Como consecuencia directa de esta tragedia evitable el Ministerio de Salud debió reestructurar áreas clave. Se designó nuevo personal en la Secretaría de Gestión Sanitaria y se reemplazó a la máxima autoridad del INAME. Se promovió tardíamente la implementación de la trazabilidad digital de los productos y la vigilancia activa para medicamentos inyectables. Pero al mismo tiempo que el Ministerio de Salud ejercía tímidamente su poder de policía sanitario en lo referente a productos vinculados con la salud, el Ministerio de Desregulación y Transformación del Estado celebraba que la ANMAT hubiera eliminado más de sesenta trámites administrativos²³, abreviando los procedimientos que deben cumplir laboratorios, droguerías y empresas del sector salud para el registro, habilitación, autorizaciones de importación y exportación, ensayos clínicos, certificaciones, análisis de laboratorio y otras gestiones referidas a la fiscalización y el control de los productos de competencia de la ANMAT.

Vale detenerse un momento en los considerandos comunes a las recientes Disposiciones ANMAT 4053/2025, 4054/2025, 4055/2025 y 4058/2025. Se argumenta allí que observando “los principios de eficiencia y racionalidad que orientan la política nacional de modernización del Estado²⁴” y a fin de “simplificar, modernizar, optimizar procesos y desburocratizar los trámites²⁵” se repasaron los procedimientos referidos a registros y autorizaciones de productos de competencia de la ANMAT. Como resultado de ello se consideró adecuado “implementar mecanismos de desregulación (...) ofreciendo un balance razonable entre la libertad del usuario y la agilidad operativa”²⁶.

(21) Fentanilo contaminado: el dato “oculto” en un dictamen del juez Kreplak que redobra el drama de las muertes”. En: www.clarin.com/fentanilo-contaminado-dato-oculto-dictamen-juez-kreplak-redobra-drama-muertes_/_XL93hpITPS.html

(22) <https://www.theguardian.com/world/2025/aug/14/argentina-contaminated-fentanyl>

(23) Véase “El Gobierno eliminó más de 60 trámites para laboratorios, droguerías y empresas del sector salud”, En:

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-elimino-mas-de-60-tramites-para-laboratorios-droguerias-y-empresas-del-sector>

(24) Disposición ANMAT 4053/2025, 4054/2025, 4055/2025 y 4058/2025.

(25) Ibid.

(26) Ibid. El resaltado es nuestro.

Con estas intervenciones en la función regulatoria de la ANMAT se va desnaturalizando un organismo que tiene como norte garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los productos relacionados con el mantenimiento y la recuperación de la salud de la población de nuestro país ya que se ponen en un plano de igualdad sus competencias versus la libertad de sus usuarios. Pero, ¿la libertad de qué usuarios? ¿La de la población en general, que utiliza y consume los productos cuya eficacia, seguridad y calidad debería estar asegurada por ANMAT en tanto que organismo estatal vinculado con la protección de la salud de la población, o la de las empresas que elaboran, producen, importan y/o comercializan los medicamentos, los alimentos y los productos médicos que registran ante la institución?

Por ello, en el ámbito político-judicial, el gobierno nacional fue criticado por su silencio inicial y por promover una desregulación sanitaria que debilitó a la ANMAT. En los aspectos legislativos, la Cámara de Diputados presentó un pedido de informes con 25 preguntas sobre la trazabilidad, controles y fallas institucionales, mientras que el Juez Kreplak, encargado de la investigación penal del caso, avanza resolutivamente en la investigación del caso del fentanilo contaminado.

El caso trascendió nuestras fronteras y dio lugar a un alerta de la OMS para la región en el que se advierte la posibilidad que existan más ampollas de fentanilo contaminado en Sud América elaboradas por el mismo laboratorio.²⁷

6 CONSIDERACIONES FINALES

El caso del fentanilo contaminado puso en evidencia tres aspectos fundamentales que se vinculan indirectamente con la implementación política del DNU N° 70/23:

Primero, la política de “motosierra”, orientada a desgazar estructuras estatales de control sanitario, debilitando la capacidad de prevención y respuesta frente a riesgos graves para la salud pública. En lo que hace a sus recursos organizacionales, desde el inicio de la actual gestión hasta el mes de julio del corriente año la ANMAT perdió un total de 138 empleados (poco más del 11% del total de su dotación)²⁸, mientras que su ejecución presupuestaria para el período enero/agosto de 2025 se redujo un 26,7% en comparación con el mismo período del año 2023²⁹.

Segundo, la promovida autorregulación empresarial, espíritu del DNU N° 70/23 y leitmotiv del gobierno, como se manifiesta en la reducción de trámites regulatorios implementada por las Disposiciones ANMAT 4053/2025, 4054/2025, 4055/2025 y 4058/2025.

Tercero, la responsabilidad institucional de la ANMAT, que pese a contar con información

(28) Elaboración propia, a partir de datos del INDEC.

(29) Véase Centro de Economía Política Argentina. CEPA. Septiembre, 2025. “La Ejecución Presupuestaria de la Administración Pública Nacional: datos a agosto 2025”

sobre deficiencias críticas en los laboratorios implicados, demoró su accionar. La pregunta central que emerge es: ¿por qué el organismo sabía y no actuó con la celeridad necesaria?

En este marco, se hacen visibles las tensiones entre la autonomía técnica y la dependencia política de organismos reguladores como la ANMAT. Las demoras en la reacción institucional y la adopción de medidas intermedias —como la inhibición de actividades en lugar de clausuras preventivas— expusieron la fragilidad del sistema de fiscalización de medicamentos en un contexto de desfinanciamiento, desregulación y presión política.

Una política sanitaria centrada en los derechos humanos y la salud pública requiere organismos reguladores robustos, técnicamente sólidos y autónomos, con recursos adecuados y capacidad de decisión independiente. Asimismo, debe garantizarse una articulación transparente y eficaz entre regulación normativa, control y fiscalización de las prácticas y acción sanitaria inmediata. ♦

7 BIBLIOGRAFÍA

ANMAT. (2019). Disposición 7298/2019. Anexo I. Boletín Oficial de la República Argentina.
En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/216000/20190909>

ANMAT. (2020). Disposición 6117/2020. Anexo 2. Boletín Oficial de la República Argentina.
En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/234307/20200831>

ANMAT. (2023). Disposición 4159/2023. Boletín Oficial de la República Argentina.
En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/288518/20230616>

ANMAT. (2025). Disposición 3156/2025. Boletín Oficial de la República Argentina.
En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/20250513>

ANMAT. (2025). Disposición 3158/2025. Boletín Oficial de la República Argentina.
En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325222/20250513>

ANMAT. (2025). Disposición 4053/2025. Boletín Oficial de la República Argentina.
En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/326955/20250613>

ANMAT. (2025). Disposición 4054/2025. Boletín Oficial de la República Argentina.
En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/326956/20250613>

ANMAT. (2025). Disposición 4055/2025. Boletín Oficial de la República Argentina.
En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/326957/20250613>

ANMAT. (2025). Disposición 4058/2025. Boletín Oficial de la República Argentina.
En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/326958/20250613>

ANMAT. s/f. Qué es ANMAT.
En: <https://www.argentina.gob.ar/anmat/gestion-de-calidad/que-es-la-anmat>

ANMAT. (2025). Referencia: CAD 01/2025 - Carta de Advertencia - incumplimientos de Buenas Prácticas de Fabricación - Instituto Nacional de Medicamentos.
En: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/if-2025-14448490-apn-anmatms.pdf>

Centro de Economía Política Argentina. CEPA. Septiembre, 2025. “La Ejecución Presupuestaria de la Administración Pública Nacional: datos a agosto 2025”. Informe CEPA N° 516, ISSN 2796-7166
En: <https://centrocepa.com.ar/informes/685-la-ejecucion-presupuestaria-de-la-administracion-publica-nacional-datos-a-agosto-2025>

Diario Clarín. 04/10/2025. “Fentanilo contaminado: el dato ‘oculto’ en un dictamen del juez Kreplak que redobla el drama de las muertes”.
En: www.clarin.com/fentanilo-contaminado-dato-oculto-dictamen-juez-kreplak-redobla-drama-muertes_=_XL93hpiTPS.html

Diario El País. 12/08/2025. "Al menos 76 muertos en Argentina por el uso de fentanilo clínico contaminado".

En: <https://elpais.com/argentina/2025-08-12/al-menos-76-muertos-en-argentina-por-el-uso-de-fentanilo-clinico-contaminado.html>

INDEC. *Dotación de personal de la administración pública nacional, empresas y sociedades.* Año 2, n° 12; Año 3, n° 1 al 12; Año 4 n.º 1. En: www.indec.gob.ar

INDEC. *Informes técnicos.* Vol. 9, n° 46. ISSN 2545-6636. Sector público. Vol. 1, n° 1. *Dotación de personal de la administración pública nacional, empresas y sociedades.* Enero de 2025.

En: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/dotacion_personal_apn_02_2508BC35D600.pdf

INDEC. *Informes técnicos.* Vol. 9, n° 76. ISSN 2545-6636. Sector público. Vol. 1, n° 2. *Dotación de personal de la administración pública nacional, empresas y sociedades.* Febrero de 2025.

En: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/dotacion_personal_apn_03_251990F43B36.pdf

INDEC. *Informes técnicos.* Vol. 9, n° 101. ISSN 2545-6636. Sector público. Vol. 1, n° 3. *Dotación de personal de la administración pública nacional, empresas y sociedades.* Marzo de 2025.

En: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/dotacion_personal_apn_04_257F2717036C.pdf

INDEC. *Informes técnicos.* Vol. 9, n° 127. ISSN 2545-6636. Sector público. Vol. 1, n° 4. *Dotación de personal de la administración pública nacional, empresas y sociedades.* Abril de 2025.

En: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/dotacion_personal_apn_05_252BE7557AE8.pdf

INDEC. *Informes técnicos.* Vol. 9, n° 157. ISSN 2545-6636. Sector público. Vol. 1, n° 5. *Dotación de personal de la administración pública nacional, empresas y sociedades.* Mayo de 2025.

En: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/dotacion_personal_apn_06_25FF3C01B433.pdf

INDEC. *Informes técnicos.* Vol. 9, n° 180. ISSN 2545-6636. Sector público. Vol. 1, n° 6. *Dotación de personal de la administración pública nacional, empresas y sociedades.* Junio de 2025.

En: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/dotacion_personal_apn_07_25A3F92E6F0F.pdf

INDEC. *Informes técnicos.* Vol. 9, n° 211. ISSN 2545-6636. Sector público. Vol. 1, n° 7. *Dotación de personal de la administración pública nacional, empresas y sociedades.* Julio de 2025.

En: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/dotacion_personal_apn_08_25202DA991BB.pdf

Jefatura de Gabinete de Ministros. *Decisión Administrativa 761/2019. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Estructura Administrativa.*

En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/215901/20190909>

Ministerio de Desregulación y Transformación del Estado. "El Gobierno eliminó más de 60 trámites para laboratorios, droguerías y empresas del sector salud". 19/06/2025.

En: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-elimino-mas-de-60-tramites-para-laboratorios-droguerias-y-empresas-del-sector>

OMS. (2025). *Alerta Sanitaria Mundial N. 4/2025: Fentanilo HLB contaminado.*

En: [https://www.who.int/es/news/item/29-08-2025-medical-product-alert-n-4-2025--substandard-\(contaminated\)-fentanilo-hlb-\(fentanyl-citrate\)](https://www.who.int/es/news/item/29-08-2025-medical-product-alert-n-4-2025--substandard-(contaminated)-fentanilo-hlb-(fentanyl-citrate))

Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.). *Decreto 1490/1992. Salud Pública. Interés Nacional - Atención de la Salud.*

En: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=9909>

Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.) Decreto 1271/2013. *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Estructura Organizativa de Primer Nivel Operativo – Aprobación*

En: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=219393>

The Guardian. 14/08/2025. "Argentina rocked as contaminated medical fentanyl kills up to 96 patients".

En: <https://www.theguardian.com/world/2025/aug/14/argentina-contaminated-fentanyl>

EL MINISTERIO DE SALUD, LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT) Y EL ESPÍRITU DEL DNU Nº 70/23. ENTRE LA AUTOREGULACION EMPRESARIA Y LA LÓGICA DE LA MOTOSIERRA

Parte 2. DISPOSICIÓN ANMAT 7516/25 - MODIFICACIÓN DEL RÉGIMEN DE BUENAS PRACTICAS CLÍNICAS, DE EVALUACIÓN Y FISCALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA CON FINES REGISTRALES

El presente informe tiene como objetivo analizar el rol del Ministerio de Salud y de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en el marco del espíritu del DNU Nº 70/23 tomando como referencia la reciente modificación de las normas que regulan las buenas prácticas a observar para la realización de ensayos clínicos farmacológicos. La Disposición ANMAT 7516/25 modifica la Disposición ANMAT 6677/2010, ya de por sí considerada laxa, con el propósito de introducir las normas del Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos para Productos

Farmacéuticos para Uso Humano (ICH) en materia de planificación, realización, supervisión y notificación de estudios de farmacología clínica con fines registrales³⁰.

A lo largo de su historia la ANMAT fue logrando un creciente prestigio internacional. En el año 2011 fue designada Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional de Medicamentos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en 2017 la misma entidad la recalificó como Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional para Medicamentos y Vacunas, indicando así su reconocimiento como una agencia de alta vigilancia sanitaria a nivel mundial. En el año 2019 se incorporó al como miembro observador al Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos para Productos Farmacéuticos para Uso Humano (ICH) y en 2024 fue aceptada como miembro regulador, lo que implica una mayor participación en el diseño de normativas técnicas internacionales.

Como parte del proceso de elaboración de la nueva norma, la ANMAT convocó a consulta pública, en el mes de junio, con los siguientes documentos:

- Propuesta de Disposición
- Guía de Buenas Prácticas Clínicas del Consejo Internacional de Armonización (ICH E6, Versión R3).
- Requisitos Locales de Buenas Prácticas Clínicas de Estudios de Farmacología Clínica con Fines Registrales
- Requisitos de Presentación de Trámites y Documentación
- Inspecciones de Buenas Prácticas Clínicas (BPC) de Estudios de Farmacología Clínica
- Requisitos para Llevar a Cabo Ensayos Clínicos de Fase I e Inspecciones de Autorización de Centro de Fase I de Primera Vez en Humanos
- Glosario de Términos Aplicables a los Documentos

Finalizada la consulta, la ANMAT emitió la Disposición 7516/25 con el texto propuesto, incorporando los otros documentos como Anexos.

El propósito de este trabajo es examinar esa norma, analizando no sólo su contenido sino también el contexto político y económico en que se inscribe. En particular, resulta necesario advertir cómo estas iniciativas pueden contribuir a consolidar un proceso de desregulación sanitaria que prioriza la lógica del mercado por encima del derecho a la salud, debilitando los mecanismos de control estatal y reduciendo los márgenes de participación social en la definición de políticas públicas.

(30) De acuerdo con la OMS a efectos de registro, "un ensayo clínico es cualquier estudio de investigación que asigna prospectivamente participantes humanos o grupos de personas a una o más intervenciones relacionadas con la salud para evaluar sus efectos en los resultados de salud."

En: https://www-who-int.translate.google.com/news-room/questions-and-answers/item/clinical-trials?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc



La Disposición ANMAT 7516/25 establece un nuevo régimen de Buenas Prácticas para los ensayos clínicos con fines de registro

La nueva norma desconoce normas nacionales referidas a la realización de ensayos clínicos

Adopta como propias normas técnicas elaboradas por la ICH, una entidad que reúne a la industria farmacéutica y a autoridades regulatorias para elaborar normas de registro de medicamentos

El nuevo régimen se formula en un marco de aumento sostenido de los ensayos clínicos realizados con inversión privada extranjera

1 BREVE PANORAMA SOBRE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LA ARGENTINA

La investigación clínica, además de su relevancia sanitaria, tiene un importante significado respecto de las actividades de investigación y desarrollo (I+D) que se llevan adelante en nuestro país. En un marco general de baja participación empresarial en esas actividades⁽³¹⁾, en el año 2023 el sector de productos farmacéuticos invirtió 166.885 millones de pesos corrientes, lo que representa un 34,5% del total de la inversión anual en I+D y empleó a 2.818 personas, un 12,4% del total de personal dedicado a la innovación y el desarrollo⁽³²⁾.

La mayor parte de las empresas del sector orientan sus actividades de I+D al desarrollo de productos farmacéuticos, pero los mayores niveles de inversión y recursos humanos no se concentran en esa área sino en la de investigación clínica. Ésta representa el 45,8% del total de la inversión en I+D empresarial para el año 2023⁽³³⁾.

Si se analiza el origen de las empresas, se observa que la I+D orientada a desarrollar productos farmacéuticos es realizada predominantemente por empresas nacionales, tanto

(31) En 2023 el sector empresario ejecutó el 42,1% de la inversión en I+D del país. Encuesta sobre I+D del Sector Empresario Argentino. Informe 2023. Pag. 5

(32) Ibid. Pag. 24

(33) Ibid. Pag. 28

privadas como laboratorios públicos (86,9%), mientras que la investigación clínica es llevada adelante en su mayor parte por grandes empresas multinacionales (72% del total)³⁴.

La investigación clínica muestra un crecimiento sostenido desde el año 2019, habiendo alcanzado un 88% de lo destinado a I+D para el período 2019-2023³⁵. En 2023 las empresas de ese campo invirtieron 221.716 millones de pesos, por lo que menos del 5% del total de las empresas concentraron casi la mitad de la I+D proveniente del empresariado argentino³⁶.

Al analizar el financiamiento de los ensayos clínicos se observa que el 92,6% proviene de casas matrices ubicadas en el exterior³⁷. Este tipo de financiamiento se distingue del resto de las empresas que hacen I+D, que se financian principalmente con inversión privada nacional. Los 205.960 millones de pesos procedentes de las sedes extranjeras de las empresas que hacen investigación clínica representan el 94,4% del total del financiamiento externo de todo el sector empresario³⁸. Esto significa que 9,5 de cada 10 dólares que ingresan al país para financiar I+D corresponden a la investigación clínica³⁹.

Según la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME), a mediados de mayo de este año en nuestro país se estaban desarrollando más de 1.000 ensayos clínicos, en los que participaban más de 50.000 personas en total. De ellos, 233 son protocolos presentados ante la ANMAT, es decir, ensayos clínicos con fines registrales⁴⁰.

2 LOS ENSAYOS CLÍNICOS FARMACOLÓGICOS. GUÍAS ÉTICAS Y TÉCNICAS

La creación de medicamentos surge de la experimentación química regulada por protocolos de investigación. En los ensayos clínicos con fármacos existe un principio de incertidumbre: el fármaco puede ser igual, mejor o peor que los disponibles, o incluso causar daño. Esta situación convierte al participante en la investigación en vulnerable, ya sea por factores individuales, sociales o institucionales. Por ello, los riesgos evitables derivados de la experimentación deben ser controlados rigurosamente.

El Estado, a través de sus organismos, tiene la obligación de proteger los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud. Éticamente, lo que habilita la investigación es que beneficie en primer lugar a la persona participante; ni la ciencia ni la sociedad pueden estar por encima de su dignidad. Según la Declaración de Helsinki en cualquiera de sus versiones, el deber del médico es promover la salud, bienestar y derechos de los pacientes, subordinando a ello sus conocimientos y decisiones⁴¹.

(34) Ibid. Pag. 47

(35) Ibid. Pag. 48

(36) Ibid. Pag. 48

(37) Ibid. Pag. 50

(38) Ibid.

(39) CAEME. Investigación Clínica

(40) Ibid.

(41) Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos

El control de los protocolos de investigación constituye la primera barrera frente al uso indebido de personas. Este control es crucial en pacientes enfermos: altamente vulnerables, pero también en personas sanas que arriesgan su salud si se exponen a efectos nocivos.

De ahí que este tipo de experimentos esté sujeto a normas éticas de alcance internacional, respaldadas por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Desde los juicios de Nuremberg⁴² (1947), pasando por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO⁴³, la Declaración de Helsinki⁴⁴, las Pautas CIOMS⁴⁵, el Informe Belmont⁴⁶, se estableció que la ciencia debe regirse por principios éticos que sitúan la dignidad humana por encima de cualquier interés, especialmente el comercial.

Junto con las normas éticas, los ensayos clínicos deben observar criterios y procedimientos científicos y técnicos que aseguren la confiabilidad de sus resultados. Por ello se han desarrollado distintas guías para el diseño, la conducción y el monitoreo de estos estudios, entre las que se encuentran las distintas versiones de las Normas sobre Buenas Prácticas Clínicas del Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos para Productos Farmacéuticos para Uso Humano (ICH). Si bien la finalidad de estas normas tiene que ver con los requisitos científicos y técnicos, la corrección de esos procedimientos es un requerimiento esencial para el juicio ético acerca de los protocolos de investigación, aunque no basta con ellos.

3 ¿QUÉ ES EL ICH? UN POCO DE HISTORIA

El Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos para Productos Farmacéuticos para Uso Humano (ICH) es una organización internacional que reúne a representantes de autoridades reguladoras nacionales y de la industria farmacéutica para discutir los aspectos científicos y técnicos del registro de medicamentos. Es un organismo único en su tipo, ya que reúne en un pie de igualdad a las autoridades regulatorias nacionales (y/o regionales) y a sus “clientes regulados” con el fin de lograr una armonización científico-técnica que garantice el desarrollo y registro de medicamentos seguros, eficaces y de alta calidad. A este fin se elaboran directrices del ICH en un proceso de trabajo conjunto entre expertos de la industria farmacéutica y de los organismos reguladores. Estas directrices serán luego aplicadas por las autoridades regulatorias en sus respectivos países o regiones⁴⁷.

(42) Capuano, C. Volver a Nuremberg.

(43) UNESCO. 2005. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

(44) Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki

(45) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). 2016. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos.

(46) Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. 1979. Principios y Guías Éticas para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. Informe Belmont.

(47) Para una descripción acabada del ICH y su misión, historia, miembros y documentos producidos véase el sitio oficial de la organización: <https://www.ich.org/>

La ICH surgió en 1990, en un contexto de internacionalización de la industria farmacéutica y de búsqueda de nuevos mercados globales, para responder a la preocupación de la industria ante la diversidad de normas que regulaban la notificación y evaluación de datos sobre seguridad, calidad y eficacia de nuevos medicamentos en distintos países. Esta diversidad obligaba a las empresas farmacéuticas a realizar estudios adecuados a la normativa de cada país para registrar y comercializar nuevos productos a nivel internacional. Teniendo como antecedente la armonización de los requisitos regulatorios llevada adelante por la Comunidad Europea en los años '80s., a fin de construir un mercado único para los productos farmacéuticos, se comenzó a explorar la posibilidad armonizar una normativa entre distintas regiones del mundo.

De esta manera, durante la reunión de la Federación Europea de la Industria Farmacéutica (EFPIA) en abril de 1990 nació la ICH. Sus miembros fundadores fueron las autoridades regulatorias de Europa (EC), Japón (MHLW/PMDA) y Estados Unidos (FDA) y representantes de sus asociaciones industriales (la ya mencionada EFPIA, la JPMA – Asociación Japonesa de Fabricantes de Medicamentos-, y PhRMA, la asociación de la industria farmacéutica estadounidense).

En la primera reunión del Comité Directivo de la ICH se decidió que el trabajo de armonización se centraría en la seguridad, la calidad y la eficacia dado que son los tres criterios que se utilizan para aprobar y autorizar nuevos fármacos.

Desde la fundación de la organización se desarrollaron guías sobre estos temas y se incorporaron otros, multidisciplinarios, como el MedDRA (*Diccionario Médico para Actividades Regulatorias*) y el CTD (*Documento Técnico Común*). Implementadas durante la década del '90 en los países y regiones vinculados con su creación, con el cambio de milenio se buscó extender la aplicación de las guías a regiones no pertenecientes a la ICH al tiempo que se las actualizaba de acuerdo con los desarrollos científicos y tecnológicos.

En el año 2015 se produjeron cambios organizativos en la institución con el objetivo de darle mayor alcance internacional y fortalecer su estructura de gobierno y operativa. En la actualidad el ICH incluye 23 miembros y 41 observadores del campo de la regulación, la industria y organizaciones regionales e internacionales de salud.

La ANMAT se incorporó a la ICH como miembro observador en 2019 y participa en varios de sus grupos de trabajo. En junio de 2014 pasó a integrar el Consejo como miembro regulador⁴⁸. Es una de las tres autoridades regulatorias latinoamericanas que tienen esta categoría, junto con ANVISA de Brasil y COFEPRIS de México.

(48) "ANMAT: Miembro Regulador del ICH".

4 ANTECEDENTES EN EL CAMBIO DE REGULACION

El 26 de abril de 2017 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), en el marco del Compromiso Federal para la Modernización del Estado⁴⁹ dictó la Disposición 4008/17⁵⁰ que modificó la Disposición 6677/10⁵¹ sobre Buenas Prácticas de Farmacología Clínica. La reforma redujo significativamente los plazos de aprobación de los ensayos clínicos: de 90 a 60 días hábiles para las presentaciones generales, a 45 días para determinados países priorizados y a 20 días para los estudios de fase I. Lo más problemático fue la introducción de la cláusula de “silencio administrativo”, que habilita al patrocinador a iniciar el estudio si el organismo no emite un informe técnico en los plazos previstos. Esta disposición, lejos de reforzar los mecanismos de control, debilitó la capacidad de fiscalización estatal y trasladó el riesgo directamente a los sujetos de investigación.

5 LA NUEVA NORMA DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE LA ANMAT

Como ya se mencionó, la ANMAT aprobó recientemente la Disposición 7516/25 que contiene el nuevo régimen de Buenas Prácticas Clínicas de Estudios de Farmacología Clínica con Fines Registrales. Éstas contienen la Guía ICH E6 (3) y otros documentos que especifican los requisitos adicionales para realizar un ensayo clínico registral en nuestro país⁵².

Ya se señaló que la ICH elabora guías referidas a la seguridad, la calidad y la eficacia para el registro de nuevos medicamentos como condición ineludible para su evaluación ética posterior. Entre ellas ocupan un lugar especial las referidas a las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) en las que se propone un estándar de calidad ético y científico internacional para diseñar, realizar, monitorear, registrar y notificar ensayos clínicos de nuevos medicamentos en los que participan seres humanos⁵³. En los contenidos de las guías se describen las competencias y responsabilidades de los distintos actores de un ensayo clínico farmacológico con fines registrales (laboratorios patrocinadores, investigadores, comités de ética, etc.) y los procedimientos técnicos a seguir durante el desarrollo de este tipo de investigaciones. Las responsabilidades se vinculan con el deber de proteger los derechos, la seguridad y el bienestar de quienes participan en los estudios al tiempo que se garantiza la confiabilidad de los datos producidos en ellos.

(49) Presidencia de la Nación. 2017. Palabras del Presidente Mauricio Macri en la presentación del “Compromiso Federal para la Modernización Del Estado”.

(50) ANMAT. Disposición 4008/2017. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/163150/20170504>

(51) ANMAT. Disposición 6677/2010. Apruébase el Régimen de Buena Práctica Clínica para Estudios de Farmacología Clínica. En: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/170000-174999/174557/norma.htm>

(52) Dado el carácter de este trabajo no realizaremos aquí un análisis técnico de la nueva norma. Sólo reseñaremos los aspectos que nos parecen más significativos desde una perspectiva de bioética y derechos humanos.

(53) Normas de Buena Práctica Clínica ICH E6 (R3) 2025. Pag. 8.

El objetivo de establecer estándares comunes es facilitar que las autoridades regulatorias de los países y regiones que componen el ICH, y de quienes incorporen sus guías como norma, acepten los resultados de los estudios producidos de acuerdo a esos estándares, más allá de dónde se hayan realizado⁵⁴.

La nueva versión de la guía, ICH E6(R3), presenta consideraciones referidas a su aplicación en distintos tipos de ensayos clínicos, con lo que pretende garantizar su pertinencia ante los continuos cambios tecnológicos y metodológicos. La presentación cambia la estructura de las anteriores⁵⁵: está compuesta por un documento general, donde se presentan los principios y objetivos de la Buen Práctica Clínica y un anexo, donde en distintas secciones se detallan las responsabilidades y procedimientos que estarán a cargo de los comités de ética independientes, los investigadores y los patrocinadores y los aspectos referidos a la gobernanza de los datos que corresponden a los dos últimos. Completan el documento tres apéndices, que abordan los contenidos del manual del investigador, del protocolo de investigación y los registros esenciales para la realización de un ensayo clínico, respectivamente. El documento concluye con un glosario, donde se definen los términos utilizados.

Este documento, incorporado como Anexo I de la nueva disposición de ANMAT, tiene algunas particulares en las que vale detenerse. Su novedad principal consiste en la adopción de un enfoque proporcionado y basado en el riesgo para la realización de ensayos clínicos (con lo que promueve soluciones adaptadas a los objetivos de los estudios) y en la calidad por diseño. Así, podemos leer que “La calidad desde el diseño debe implementarse para identificar los factores (es decir, los datos y procesos) que son críticos para garantizar la calidad de los ensayos, así como los riesgos que amenazan la integridad de esos factores”⁵⁶. Recomienda inscribir los estudios en bases de datos de acceso público y que se publiquen sus resultados, como modo de favorecer su transparencia. Acepta que el proceso de toma del consentimiento informado se realice de manera presencial o remota, que se lo documente en papel o en formato electrónico y que se utilicen textos, imágenes, vi-deos y otros métodos interactivos durante el proceso, incluso para proporcionar información al participante. Reemplaza el término “sujeto” empleado en versiones anteriores por el de “participante” para referirse a las personas, sanas o enfermas, con quienes se experimentará el producto en estudio.

El documento de principios retoma, reformula y reorganiza los expuestos en versiones anteriores de las BPC e incorpora algunos nuevos, como los referidos a la calidad in-

(54) Este acto es conocido con el nombre técnico de “reliance”

(55) La versión anterior de las normas BPC, la ICH E6 (R2) está compuesta por un glosario, al que le siguen capítulos dedicados a los principios de la BPC de la ICH, al comité ético de investigación clínica (CEIC), al investigador, al promotor, al protocolo del ensayo clínico, al manual del investigador y a los documentos esenciales para la realización de un ensayo clínico. Para mayor detalle de sus contenidos, véase: Normas de Buena Práctica Clínica E6(R2). En: https://www.iisgm.com/wp-content/uploads/2011/09/guia-BPC_septiembre-2020.pdf

(56) Normas de Buena Práctica Clínica ICH E6 (R3) 2025. Pag. 10.

tegrada al diseño y realización de los ensayos y el enfoque proporcional a los riesgos⁵⁷.

El Anexo II se titula “Requisitos Locales de Buenas Prácticas Clínicas de Estudios de Farmacología Clínica con Fines Registrales”. En él se detallan los requisitos regulatorios adicionales que se aplicarán en nuestro país junto con la guía de la ICH. En el punto 2.7 “Atención médica y notificación de seguridad de los participantes” se agregan varias de estas especificaciones. Nos interesa particularmente la referida al acceso post investigación al producto estudiado. En el punto 2.7.6 se lee “Los participantes que requieran continuar su tratamiento al finalizar su participación en el estudio deberán tener acceso a la intervención que haya resultado beneficiosa o a una intervención alternativa, o a otro beneficio apropiado, de acuerdo al criterio del investigador, aprobado por el CRI/CEI y por el plazo que éste haya determinado o hasta que su acceso se encuentre garantizado por otro medio”⁵⁸. Esta consideración es notable, ya que introduce una fuerte limitación a lo establecido en el artículo 58 del Código Civil y Comercial, donde se señala como uno de los requisitos que debe cumplir la investigación médica con seres humanos “asegurar a los participantes de la investigación la disponibilidad y accesibilidad a los tratamientos que la investigación haya demostrado beneficiosos.”⁵⁹. Ante esto, no cabe menos que preguntarse cuál es el sentido de intentar limitar lo establecido en una norma que está en un nivel superior de la pirámide normativa y que, por lo tanto, tiene precedencia ante una norma técnica como la de ANMAT.

El punto C1 del Apéndice C establece entre los requisitos esenciales la presentación de la versión vigente de la Declaración de Helsinki y del compromiso del investigador y su equipo a cumplir con el protocolo y a respetar esta Declaración. Nada se menciona respecto a otras recomendaciones éticas de organismos internacionales como la UNESCO o la OMS, ni a las normas locales, que tienen carácter obligatorio. Sólo se hace referencia a esa decla-

(57) Los principios establecidos en la Guía ICH E6 (R3) son los siguientes:

1. Los ensayos clínicos deben llevarse a cabo de acuerdo con los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki y ser coherentes con las BPC y los requisitos legales aplicables. Los ensayos clínicos deben diseñarse y llevarse a cabo de manera que se garanticen los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes.
2. El consentimiento informado es una característica integral de la conducta ética de un ensayo. La participación en el ensayo clínico debe ser voluntaria y basarse en un proceso de consentimiento que garantice que los participantes (o sus representantes legalmente aceptables, cuando proceda) estén bien informados.
3. Los ensayos clínicos deben ser objeto de una revisión independiente por parte de un Comité de Ética Independiente
4. Los ensayos clínicos deben ser científicamente robustos para su finalidad prevista y estar basados en conocimiento y enfoques científicos adecuados y actuales.
5. Los ensayos clínicos deberán diseñarse y llevarse a cabo por personas cualificadas.
6. La calidad deberá integrarse científica y operativamente en el diseño y la realización de los ensayos clínicos la calidad de un ensayo clínico se considera como la adecuación al uso previsto.
7. Los procesos, medidas y enfoques de los ensayos clínicos deberán implementarse de manera proporcional a los riesgos para los participantes, a la importancia de los datos recogidos y de forma que evite cargas innecesarias para los participantes y los investigadores.
8. Los ensayos clínicos deben describirse de forma clara, concisa, científicamente justificada y el protocolo debe ser viable desde el punto de vista operativo.
9. Los ensayos clínicos deberán generar resultados fiables.
10. Las funciones y responsabilidades en los ensayos clínicos deberán ser claras y documentarse apropiadamente.
11. Los medicamentos en investigación utilizados en un ensayo clínico deberán fabricarse de acuerdo con las normas de Correcta Fabricación (NCF) y se gestionarán de acuerdo con las especificaciones del producto y el protocolo de ensayo.

(58) Disposición ANMAT 7516/25. Anexo II. Pag. 10

(59) Ley N° 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación. Artículo 58 – Investigaciones en seres humanos.
En: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>

ración, un documento que ha sido señalado reiteradamente por ir restringiendo en sus sucesivas modificaciones las protecciones a los participantes en ensayos clínicos. En el Apéndice D Requisitos de Consentimiento Informado (CI), punto D.1.3 se señala que se “deberá evaluar y documentar en la historia clínica tanto la presencia como la ausencia de una condición de vulnerabilidad del participante potencial. En caso de vulnerabilidad, deberá participar un testigo independiente durante el proceso y firmar el CI.”⁶⁰. Nos detendremos en este tema cuando analicemos el Glosario de Términos de la norma.

El Anexo III establece los “Requisitos de Presentación de Trámites y Documentación”, mientras que el Anexo IV se refiere a las “Inspecciones de Buenas Prácticas Clínicas (BPC) de Estudios de Farmacología Clínica”. De este Anexo destacamos que en el punto 1. Generalidades, se lee que “La ANMAT podrá realizar inspecciones de BPC en centros de ensayos clínicos, patrocinadores, laboratorios y otras instituciones involucradas en el desarrollo del fármaco experimental para garantizar la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes en ensayos clínicos, así como la exactitud y confiabilidad de los datos que se obtengan o presenten para el registro sanitario.”⁶¹. Estas inspecciones podrán ser presenciales o remotas y de rutina o con causa. Las de rutina serán priorizadas basadas en el riesgo (que no se define ni se caracteriza) y las con causa se realizarán cuando pudieran incumplirse las BPC, el protocolo de investigación o la normativa. Estas inspecciones pueden ser desencadenadas por reclamos o denuncias y/o por información recibida del patrocinador”. Lo notable es que habiendo preocupación por el incumplimiento de normas regulatorias de la importancia de las Buenas Prácticas Clínicas, el texto señala que “aunque se identifiquen los factores desencadenantes de una inspección con causa, no siempre será necesario realizar inmediatamente una inspección, por lo que podrán utilizarse mecanismos alternativos de análisis, que pueden dar lugar a observaciones, implicar la entrevista con los regulados y/o la indicación de implementación de medidas preventivas y/o correctivas.”⁶²

No nos detendremos en el Anexo V. “Requisitos para Llevar a Cabo Ensayos Clínicos de Fase I e Inspecciones de Autorización de Centro de Fase I de Primera Vez en Humanos”, pero vale la pena considerar con algún detalle el Anexo VI, “Glosario de Términos Aplicables a Los Documentos”.

Este glosario no reproduce exactamente el contenido en la ICH E6(R3) ya que incorpora contenidos propios establecidos por la ANMAT. En él se reiteran términos que ya figuraban en el glosario de la Disposición ANMAT 6677/10, como documentos esenciales y documentos fuente, la definición de ensayos clínicos según la fase de desarrollo y la conceptualización de población vulnerable, llamada en la nueva versión “participantes vulnerables”. Estos son definidos como “personas cuya disposición a participar voluntariamente en un ensayo

(60) Disposición ANMAT 7516/25. Anexo II. Pag. 25

(61) Disposición ANMAT 7516/25. Anexo IV. Pag. 1 y 2

(62) Ibid. Pag. 4

clínico puede verse indebidamente influenciada por la expectativa, justificada o no, de beneficios asociados con la participación o de una respuesta de represalia de los miembros superiores de una jerarquía en caso de negativa a participar.”⁶³

Esta definición llama la atención, ya que reproduce sólo parcialmente la del glosario de ICH E6(R3). En efecto, si se la compara con ésta se verá que no sólo excluye los ejemplos de participantes vulnerables por su inscripción en relaciones jerárquicas (como los estudiantes de medicina, farmacia, odontología y enfermería; personal subordinado de un laboratorio u hospital; empleados de la industria farmacéutica; miembros de las fuerzas armadas y prisioneros) sino que también ignora a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad por factores de salud, educativos, económicos y sociales como las personas que viven “en residencias para mayores, personas desempleadas o en situación de pobreza, pacientes en situaciones de emergencia, grupos étnicos minoritarios, personas sin hogar, nómadas, refugiados, menores y personas incapaces de dar su consentimiento”⁶⁴. Siendo la definición de ICH E6(R3) ya más restrictiva que la de ICH E6(R2), que incluía entre los “sujetos vulnerables” a los pacientes con enfermedades incurables⁶⁵, la definición propuesta por ANMAT reduce en mucho a quienes se considera vulnerables, y por lo tanto, necesitados de protecciones adicionales. Lo notable es que al acotar el alcance de esta categoría desatiende lo establecido por la norma nacional que regula los estudios de investigación en salud con seres humanos, donde se define a la población vulnerable como “grupo de individuos con incapacidad mental o legal para comprender las características de una investigación o para expresar su voluntad o que por una condición social, cultural, educativa o económica desfavorable posee mayor susceptibilidad a ser influenciado por la expectativa de recibir un beneficio por participar en la investigación (incentivo indebido) o a ser víctima de una amenaza de parte de los investigadores u otros en situación de poder en caso de rehusarse a participar (coerción)”⁶⁶.

La protección establecida para los y las participantes vulnerables es que un testigo presencie el proceso de consentimiento informado a fin de garantizar que se respeten los derechos e intereses de los sujetos vulnerables que podrían incorporarse a los estudios. Nuevamente se encuentra aquí una diferencia con el glosario de ICH E6(R3), ya que mientras que allí se habla de “testigo imparcial” y se lo define como una “Persona independiente del ensayo que no puede ser influenciada indebidamente por las personas implicadas en el ensayo, que asiste al proceso de consentimiento informado si el participante o sus representantes legales no pueden leer, y que se responsabiliza de leer el formulario de consentimiento, la hoja de información para el participante, el documento de consentimiento

(63) Disposición ANMAT 7516/25. Anexo VI. Pag. 10

(64) ICH E6(R3), pag. 77.

(65) ICH E6(R2), pag. 15

(66) Resolución Ministerio de Salud 1480/11. GUIA PARA INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS

informado y cualquier otra información documentada facilitada o leída al participante o a su representante legal”⁶⁷, en la versión ANMAT se hace referencia a un “testigo independiente” quien es una “persona independiente del investigador y de su equipo que participa en el proceso de obtención del consentimiento informado como garantía de que en él se respetan los derechos e intereses de un potencial participante vulnerable por su condición cultural, educativa, social o económica”⁶⁸. Mientras que el testigo imparcial debe ser independiente del ensayo, a fin de no poder ser influenciado por investigadores, patrocinadores u otros actores del estudio, el testigo independiente sólo debe serlo del investigador y del equipo participante, con lo que se habilita la posibilidad de que se acepten testigos cruzados, por ejemplo que el familiar de un participante vulnerable sea testigo del proceso de consentimiento de otro participante, cuyo familiar fungirá a su vez como testigo del primero. La vinculación de ambos testigos con participantes vulnerables, especialmente en ensayos con expectativa de beneficios directos para quienes participan en ellos, puede dar lugar a una influencia indebida para que el participante vulnerable acepte su inclusión en el ensayo, con lo que estalla la protección contenida en la figura del testigo del consentimiento y su presencia se reduce a ser un actor más en un procedimiento que devino puramente burocrático.

6 ANÁLISIS CRÍTICO DESDE LA BIOÉTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS

El reciente cambio normativo invita a las siguientes reflexiones:

1. Las consideraciones acerca del acceso post-investigación al producto estudiado contenidas en Disposición ANMAT 7516/25 introducen una fuerte limitación a lo establecido en el Código Civil y Comercial de la Nación. Su artículo 58 establece que se debe asegurar a los participantes de la investigación médica la disponibilidad y accesibilidad a los tratamientos que ésta haya demostrado beneficiosos. No hay allí ninguna mención a intervenciones alternativas u otros beneficios apropiados ni se establece ningún plazo para limitar el acceso, como en la nueva norma de ANMAT. Ante esto, no cabe menos que preguntarse cuál es el sentido de intentar limitar lo establecido en una norma que está en un nivel superior de la pirámide normativa y que, por lo tanto, tiene precedencia ante una norma técnica como la de ANMAT.
2. Los estándares éticos que mencionan las ICH E6 (R3) son los de la Declaración de Helsinki. La presencia de este documento y la declaración de su observancia como requisito documental local para solicitar la aprobación de un ensayo registral no sólo

(67) ICH E6(R3), pag. 79

(68) Disposición ANMAT 7516/25. Anexo VI. Pag. 12

desconoce la existencia de guías éticas más protectivas de los participantes, como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, sino que además ignora normas nacionales de la envergadura del Código Civil y Comercial y la guía del Ministerio de Salud para realizar investigación con seres humanos, cual es la Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud.

3. La introducción de un enfoque proporcional para la identificación y gestión del riesgo en los ensayos clínicos pone en manos de patrocinadores e investigadores la definición del nivel de riesgo asociado con las intervenciones previstas en los estudios. Atento que “los riesgos e inconvenientes previsibles deben sopesarse en relación con el beneficio esperado, tanto para el participante individual del ensayo como para la sociedad”⁶⁹, puede parecer aceptable éticamente un estudio que involucre niveles y probabilidades altas de riesgo para los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes en el ensayo si éste anticipa importantes beneficios sociales.
4. El rol de los Comités de Ética aparece reforzado, con mayores facultades de revisión continua y acceso a información. Sin embargo, sus atribuciones son las únicas que consisten en efectivamente salvaguardar los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes en los ensayos. Esta misión se les asigna a órganos que en nuestro país tienen composición, posición institucional y recursos disímiles, que funcionan bajo distintos marcos regulatorios según el territorio en el que se encuentren y que en las instituciones de investigación y/o asistenciales públicas sostienen su salvaguarda de derechos con trabajo voluntario, frente al trabajo remunerado de quienes integran los así llamados Comités de ética independientes (privados). Al abordar el rol de los Comités de manera abstracta profundiza la asimetría que tienen los CEI.
5. Glosario de términos aplicables. En apariencia técnica y neutral, el glosario es un instrumento estratégico de poder: definir conceptos es también definir los alcances de las regulaciones. En este sentido, es necesario observar críticamente si los términos elegidos no refuerzan una visión tecnocrática y mercantilizada de la investigación clínica, invisibilizando dimensiones éticas, sociales y de derechos humanos. El ejemplo del concepto de “participante vulnerable” constituye una prueba de ello.
6. También es de destacar que en el glosario no se incluye la referencia que había en la Disposición ANMAT 6677/10 a la equivalencia de una técnica quirúrgica nueva con un ensayo clínico.
7. Mediante la incorporación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6 (R3) se busca armonizar los estándares nacionales para la realización de ensayos clínicos farmacológicos con los internacionales. Si bien la propuesta puede resultar atractiva, en la me-

(69) ICH E6(E3), pag. 11, punto 1.4.

dida en que da un marco actualizado y compartido internacionalmente, no debe olvidarse que su contenido es técnico-profesional y está orientado a producir información que sustente el registro de especialidades medicinales. Más allá de que su primer principio menciona la necesidad de garantizar los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes, no se establecen en ella principios éticos que acompañen los estándares técnicos establecidos, dando lugar a la posibilidad de producir información confiable pero que no resguarde acabadamente los derechos y el bienestar de los participantes, atento al paulatino deterioro de su protección que se ha ido produciendo con las sucesivas modificaciones, por ejemplo, de la Declaración de Helsinki.

8. Si bien las BPC constituyen un estándar internacional destinado a garantizar los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes en ensayos clínicos, la forma en que se proponen bajo el marco del DNU N° 70/23 abre interrogantes. Existe el riesgo de que la actualización normativa, en su afán por lograr que los resultados de investigaciones realizadas en nuestro país sean aceptados por las autoridades regulatorias de los países y regiones que componen el ICH, termine reduciendo los requisitos de control sobre protocolos y centros de investigación. Esto podría beneficiar a los promotores/ patrocinadores de los estudios (las empresas farmacéuticas) en detrimento de la protección de las personas participantes.
9. En este mismo sentido, que esa actualización normativa se produzca en el marco de un plan estratégico de ANMAT que tiene como su primer objetivo “avanzar hacia criterios de convergencia, reliance y optimización regulatoria”⁷⁰ da lugar a interrogarse acerca de qué lugar ocupan en esa planificación las necesidades de salud de la población argentina que los ensayos clínicos farmacológicos, y los medicamentos aprobados a partir de su información, deberían contribuir a resolver.
10. La introducción de un enfoque proporcional para la identificación y gestión del riesgo o Quality by Design (QbD) en inglés, podría significar un debilitamiento del control estatal si se aplica de manera descontextualizada, trasladando responsabilidades a patrocinadores y CROs (empresas que gestionan ensayos clínicos). Asimismo, sería posible que el riesgo se convierta en una herramienta de autorregulación de la industria, reduciendo la capacidad de intervención de agencias como ANMAT. En contextos de desfinanciamiento, la “evaluación basada en riesgos” puede transformarse en reducción de controles, más que en una supervisión inteligente.
11. Insuficiente mención a poblaciones vulnerables y justicia distributiva. Una especificación del primer principio de la guía señala que se debe considerar cuidadosamente no excluir innecesariamente a poblaciones particulares (como niños y niñas, perso-

(70) ANMAT. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA ANMAT 2024-2027. Pag. 7.

nas gestantes y otros y otras) de manera tal que los resultados sean representativos de los grupos de población a los que podría beneficiar el producto en estudio, permitiendo generalizar los resultados entre la población en general⁷¹. Esta consideración amplía el universo de las poblaciones a estudiar para incluir a sectores cuya incorporación a ensayos clínicos puede considerarse polémica dada la vulnerabilidad que puede acarrear su condición o situación, pero no explicita estrategias para evitar su explotación o garantizar beneficios post-investigación. La Bioética de Derechos Humanos sostiene que todo ensayo clínico debe tener relevancia social y utilidad para la población local⁷². No basta con no dañar; es necesario garantizar equidad en el acceso a beneficios terapéuticos derivados de la investigación.

- 12.** Ausencia de participación de la sociedad civil en el diseño y la realización de los estudios. Si bien se menciona la posibilidad de incorporar las perspectivas de los pacientes y sus comunidades, de las asociaciones de pacientes y los profesionales de la salud, no se establecen mecanismos de participación ciudadana o consulta pública previa. Ya desde los juicios de Nuremberg, luego su Código, se impone el control social a los experimentos. La legitimidad ética de las normas que regulan la experimentación en salud exige procedimientos deliberativos democráticos. La ausencia de consulta limita la ética del consentimiento colectivo y vulnera el principio de participación social activa⁷³.
- 13.** El ICH, con su propuesta de reunir en un plano de igualdad a autoridades regulatorias y representantes de la industria farmacéutica, se constituye como un modelo de gobernanza para el sector. Un modelo donde la tensión entre el gobierno y el sector privado es reemplazada por la colaboración y la complementariedad, promoviendo colaboraciones público-privadas. Sin embargo, el producto de esta colaboración se orienta a resolver cuestiones prioritarias para el sector privado, como es, en este caso, favorecer el acceso de los productos de la industria farmacéutica al mercado mundial de la manera más eficiente posible. ¿Es ésta la misión de las agencias regulatorias? Si la misión declarada de la ANMAT es promover y proteger la salud de la población mediante acciones de regulación y fiscalización de los productos bajo su competencia, ¿cómo se desenvuelve esa misión -manteniendo el difícil equilibrio requerido para navegar la tensión entre regulación y fiscalización propia de las agencias regulatorias- cuando las normas para llevar adelante estas acciones se elaboran en conjunto con quienes serán regulados y fiscalizados y cuando se establecen en éstas protecciones que están por debajo de las contenidas en normas nacionales?

(71) Ibid.

(72) Declaración de Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, art. 14 y 15.

(73) Declaración de Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, art. 18

- 14.** La adopción plena de las guías ICH puede generar una asimetría normativa, mediante una alineación acrítica con estándares internacionales, si no se contextualiza críticamente en relación con las desigualdades estructurales de nuestro país. En este sentido, habría que tener en cuenta los riesgos de "armonización regulatoria" como forma de colonización epistémica, donde los intereses de la industria farmacéutica global pueden prevalecer sobre las prioridades locales de salud pública, especialmente en poblaciones empobrecidas y sin voz política.
- 15.** La pregunta es para qué la ANMAT y, a través de ella, el Ministerio de Salud, busca adoptar la nueva norma ICH de BPC. La respuesta a una actualización normativa excede a los procedimientos, es ética: las normas deben contribuir a que el estado cumpla su deber primordial de proteger el derecho a la salud de las personas.

7 CONCLUSIONES

El proceso de consulta pública que concluyó con la sanción de la Disposición ANMAT 7516/2025 expone algunas de las consecuencias generadas por el DNU N° 70/23 en el campo de la salud.

La nueva norma encubre en procedimientos técnicos la convergencia entre autoridades regulatorias de países centrales y grandes farmacéuticas, por lo que su perspectiva tiende a priorizar la eficiencia en la investigación con fines comerciales más que la orientada a promover la salud como derecho. Incorporar esta guía sin adaptaciones críticas puede importar un modelo foráneo que no contempla las desigualdades estructurales de Argentina y la región, exponiendo a las poblaciones locales a mayores riesgos, vulneraciones y explotación. Más que garantizar la seguridad y la transparencia de los ensayos clínicos, se corre el riesgo de consolidar un marco regulatorio favorable a intereses privados y globales⁷⁴, en detrimento del principio de equidad, la soberanía sanitaria y el derecho a la salud.

La bioética latinoamericana⁷⁵ rechaza la flexibilización que se viene dando en las normas y recomendaciones técnicas y éticas internacionales desde hace varios años. Se pueden citar las enmiendas sufridas por la Declaración de Helsinki desde el año 2000 a la fecha, así como los ajustes de las pautas CIOMS, que van ambos en detrimento de los derechos de los participantes en las investigaciones, sobre todo de los más vulnerables. Hay un proceso

(74) El crecimiento del número de ensayos clínicos registrales llevados adelante en nuestro país en los últimos años y la caracterización de la Argentina como "un destino ideal para el desarrollo de Ensayos Clínicos" (como titula un informe del sector elaborado por la Cámara Argentina de Organizaciones de Investigación Clínica – CAOIC). Su combinación de infraestructura, profesionales calificados, presencia de CROs, una agencia regulatoria reconocida internacionalmente y un marco regulatorio transparente, diversidad de pacientes y políticas que fomentan la industria y la economía del conocimiento, parecerían dar cuenta de un marco de estas características.

(75) Entre las organizaciones que comparten esta perspectiva y se manifestaron en contra de flexibilizar normas y declaraciones como la de Helsinki pueden mencionarse la Red de Bioética de UNESCO, la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL) y el Foro Latinoamericano de Comités de Ética en Salud.

de flexibilización que no deroga las normas sino que las relativiza, modificando las condiciones para su cumplimiento. Esa relativización incorpora ambigüedad a la norma y en algunos casos llega a desnaturalizarla, dando pie a estándares diferentes a los originales.

Ante la ausencia de una legislación que establezca un sistema nacional para la protección de quienes participan en investigaciones farmacológicas, y considerando el dato real de las diferencias de capacitación y experiencia de los centros de investigación y de los comités de ética en cuanto a cumplir sus funciones frente a experimentos cada vez más específicos y complejos, la ANMAT constituye el organismo de mayor responsabilidad del Estado. En un sistema fragmentado en el que la ANMAT se hace cargo sólo de la evaluación de los aspectos técnicos y delega en las provincias la aprobación de los centros de investigación y de los investigadores, y en Comités de Ética la evaluación de los aspectos éticos -comités que no tienen ningún estatus jurídico para hacer valer derechos en caso de que estos sean violados-, no puede garantizarse acabadamente el resguardo de los derechos, la seguridad y el bienestar de los y las participantes en ensayos clínicos

La actualización de la Disposición 6677/10 podría implicar un avance normativo en el marco de un proyecto que tuviera como finalidad la armonización de los estándares nacionales técnico- científicos con los internacionales. Sin embargo, desde la bioética de los derechos humanos es crucial desnaturalizar los supuestos de neutralidad científica y eficiencia técnica, incorporando activamente la participación democrática y la consulta pública previa, la evaluación de impacto ético-social de los ensayos, políticas que aseguren equidad en la distribución de riesgos y beneficios y mecanismos efectivos de acceso a la justicia ante daños. ♦

8 BIBLIOGRAFÍA

- ANMAT. s/f. ANMAT: Miembro Regulador del ICH En: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-miembro-regulador-del-ich>
- ANMAT. (2010). Disposición 6677/2010. Apruébase el Régimen de Buena Práctica Clínica para Estudios de Farmacología Clínica. En: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/170000-174999/174557/norma.htm>
- ANMAT. (2017). Disposición 4008/2017. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/163150/20170504>
- ANMAT. (2024). PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA ANMAT 2024-2027. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1000-pea24-27_-_planificacion_estrategica_anmat_2024-2027.pdf
- ANMAT. (2025). Disposición 7516/25. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/332695/20251009>
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. En: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME). Investigación Clínica. Sitio web. En: <https://www.caeme.org.ar/investigacion-clinica/>
- Cámara Argentina de Organizaciones de Investigación Clínica (CAOIC). 2024. Argentina, un destino ideal para el desarrollo de Ensayos Clínicos. En: <https://caoic.org.ar/argentina-un-destino-ideal-para-el-desarrollo-de-ensayos-clinicos/>
- Capuano, C. s/f. Volver a Nuremberg. En: <https://redbioetica.com.ar/volver-a-nuremberg/>
- Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. (1979). Principios y Guías Éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. Informe Belmont. En: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Ley Nº 26.994. (2014). Código Civil y Comercial de la Nación. En: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>
- Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos para Productos Farmacéuticos para Uso Humano (ICH). Normas de Buena Práctica Clínica ICH E6(R2). En: https://www.iisgm.com/wp-content/uploads/2011/09/guia-BPC_septiembre-2020.pdf
- Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos para Productos Farmacéuticos para Uso Humano (ICH). Normas de Buena Práctica Clínica ICH E6 (R3) 2025. En: <https://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/docs/normas-buena-practica-clinica-ICH-E6-R3-2025.pdf>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). 2016. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. En: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Ley 16.463. (1964). Medicamentos y productos médicos. En: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=20414>
- Ministerio de Salud. (2011). Resolución Ministerio de Salud 1480/11. Guía para Investigaciones con Seres Humanos. En: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=187206>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). Questions and answers. Clinical Trials. En: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/clinical-trials>
- Presidencia de la Nación. 2017. Palabras del Presidente Mauricio Macri en la presentación del “Compromiso Federal para la Modernización Del Estado”. En: <https://www.casarosada.gob.ar/informacion/discursos/39289-el-presidente-mauricio-macri-presento-el-compromiso-federal-para-la-modernizacion-del-estado>
- Subsecretaría de Ciencia y Tecnología (2025). Encuesta sobre I+D del Sector Empresarial Argentino. Informe 2023. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Secretaría de Innovación, Ciencia y Tecnología de la Nación. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/04/esid_informe_2023.pdf
- UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. En: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

LA SALUD BAJO ASEDIO POR LA VIOLENCIA ESTATAL

El deterioro global de la salud no puede disociarse de la violencia institucional. El Estado, en lugar de cumplir con la obligación de garantizar el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental —tal como lo establece el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales—, ha optado por un modelo que sustituye la protección social por la coerción. La implementación del DNU N° 70/23 no sólo produjo una brusca aceleración de la desregulación y el desfinanciamiento del Estado, sino que requirió, para hacerlo (y lo anunció con desparpajo), un férreo dispositivo de violencia institucional que actúa como reaseguro del ajuste. Tal como advierten los informes de la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) y de la Coordinadora contra la Represión Policial e Institucional (CORREPI), la criminalización de la protesta social, el uso arbitrario del control policial y el empleo abusivo de la fuerza se han convertido en instrumentos sistemáticos de gobierno, destinados a neutralizar la conflictividad generada por el desmantelamiento de derechos. Ambas organizaciones documentan un aumento sostenido de las detenciones arbitrarias, la represión de manifestaciones pacíficas, las muertes bajo custodia estatal y la expansión del poder policial en el espacio público como parte de una estrategia estatal de disciplinamiento social.

El DNU N° 70/23 y la Ley Bases iniciaron la sistemática demolición del sistema de derechos y garantías que por décadas se consideraron conquistas sociales y democráticas. A ello se suman iniciativas parlamentarias ya aprobadas, como el endurecimiento del sistema penal, el agravamiento de las condiciones de reincidencia y la adopción de la “reiterancia” —con sus consecuencias directas sobre la ya colapsada situación carcelaria—, así como la llamada ley “antimafias”, que suspende los principios de legalidad, inocencia y responsa-

**DNU es violencia estatal,
objetivo: salud colectiva**

**Uso abusivo de la fuerza,
criminalización de la
protesta**

**Heridos y detenidos 1251,
supera en 2025 el total del
2024, 130 detenciones
arbitrarias**

**Coerción, hostigamiento es
igual a impactos de balas en
el rostro, cabeza, cuello,
quemaduras, crisis
respiratorias y neurológicas,
estrés, presión arterial,
ansiedad aguda, depresión,
miedo, judicialización**

**Represión = violación del
derecho a la salud física y
mental no son daños
colaterales**



bilidad, vulnerando además la autonomía jurisdiccional de las provincias. Otras propuestas en debate, como la baja de la edad de punibilidad de niños, niñas y adolescentes o la legitimación del gatillo fácil mediante la reforma del artículo 34 del Código Penal, consolidan un paradigma punitivista y represivo que sustituye el enfoque de derechos por la lógica del enemigo interno.

Para que este cambio de régimen —en lo estructural, normativo y simbólico— tuviera eficacia, resultaba necesario demoler los consensos democráticos construidos a lo largo de los 40 años posteriores a la dictadura. En esa dirección, el actual gobierno ha desplegado una política negacionista y de reivindicación de la dictadura cívico-militar genocida, que busca deslegitimar el proceso de Memoria, Verdad y Justicia, relativizar el terrorismo de Estado y reinstalar una narrativa de “guerra” que justifique la represión contemporánea. La minimización del número de víctimas, la reivindicación pública de figuras responsables del terrorismo estatal, el cuestionamiento de los organismos de derechos humanos y la equiparación moral entre el Estado terrorista y sus víctimas constituyen expresiones de una ofensiva ideológica sin precedentes desde 1983.

Esta política negacionista y de reivindicación a la dictadura opera de manera articulada con un discurso que revaloriza la represión como instrumento de orden y disciplina social. Milei y sus asociados han impulsado, mediante un uso sistemático de los medios hegemónicos y las redes digitales, una reconfiguración del “sentido común” basada en tres ejes principales: la reivindicación de la dictadura, la estigmatización de las luchas sociales —tildadas de “terroristas”, “golpistas” o “subversivas”— y la legitimación del odio hacia el pueblo trabajador, los movimientos feministas, las disidencias sexuales y las organizaciones populares. Expresiones como “cárcel o bala”, “el que las hace las paga” o “zurdos de mierda” se han convertido en consignas normalizadas del discurso oficial, que habilitan simbólicamente la violencia estatal y social contra cualquier forma de disidencia.

No se trata de idealizar el período previo a 2023, pues la sociedad argentina arrastra desde hace décadas estructuras persistentes de discriminación y desigualdad —racismo, clasismo, misoginia y homofobia— que atraviesan tanto las instituciones como las prácticas cotidianas. Sin embargo, el viraje producido en este breve, pero intenso, lapso histórico supone un salto cualitativo en la degradación del pacto democrático: se ha pasado de la coexistencia conflictiva de tensiones sociales a su institucionalización como política de Estado. La legitimación estatal del odio, expresada en discursos y acciones oficiales que promueven la intolerancia, marca un retroceso civilizatorio de enorme magnitud.

La conversión de narrativas negacionistas, misóginas y racistas en lineamientos explícitos de gestión pública junto con el desmantelamiento sistemático de las políticas de derechos humanos y memoria histórica configura un nuevo régimen autoritario de gobierno.

En este marco, la salud, la vida y la dignidad de amplios sectores sociales dejan de ser derechos garantizados por el Estado para devenir variables subordinadas a un proyecto de restauración neoliberal y represiva que redefine la relación entre poder, ciudadanía y vulnerabilidad.

Esta violencia estatal tiene consecuencias directas sobre la salud de la población. Por un lado, el vaciamiento de programas estratégicos, los despidos masivos de trabajadores y la interrupción de tratamientos esenciales generan un deterioro estructural de la salud colectiva, profundizando las inequidades preexistentes. Por otro lado, quienes han sido objeto de la represión sufren un impacto específico y agravado: desde lesiones físicas producto del accionar policial, hasta secuelas psicológicas derivadas del hostigamiento, el encarcelamiento y el miedo como forma de disciplinamiento social.

A ello se suman las causas judiciales armadas contra manifestantes en el marco de marchas pacíficas que no sólo buscan criminalizar el derecho a la protesta sino que también tienen efectos devastadores sobre la salud. La persecución judicial genera altos niveles de estrés, ansiedad y depresión en los imputados y en sus familias, consolidando un clima de hostigamiento que se traduce en un empeoramiento de la salud mental y en un debilitamiento del tejido social.

La articulación entre ajuste económico, vaciamiento sanitario, represión policial y persecución judicial no sólo erosiona la salud de la población en su conjunto, sino que instala un patrón de vulneración más grave sobre quienes son directamente alcanzados por la violencia estatal. La represión y la judicialización, lejos de ser hechos aislados, se configuran como determinantes de salud que exponen el carácter regresivo y autoritario del DNU N° 70/23.

Los informes de la CPM y CORREPI muestran un panorama alarmante: la represión estatal se expandió de manera exponencial y, en apenas los primeros seis meses de 2025, ya superó la cantidad de personas heridas y detenidas en todo el año 2024. Mientras que en ese año los hechos represivos se produjeron en 3 de cada 10 movilizaciones, en los primeros seis meses de 2025 esa cifra se elevó a 5 de cada 10. Este incremento no es anecdótico ni marginal, sino que revela una decisión política de profundizar la violencia institucional como estrategia de gobierno.

El despliegue policial fue sistemático y desproporcionado. En numerosas protestas, los efectivos duplicaron o triplicaron el número de manifestantes, llegando a extremos como la marcha de jubilados del 16 de abril de 2025, donde 80 personas pacíficas fueron rodeadas por 615 agentes armados⁷⁶. Tal desbalance no sólo expresa una política represiva, sino que constituye un factor directo de riesgo para la salud de quienes ejercen su derecho a la protesta.

(76) CPM, 2025.

Las cifras sanitarias son contundentes: en 2024 se registraron 1.216 heridos; en sólo seis meses de 2025 ya se contabilizan 1.251. Entre las lesiones más frecuentes se encuentran impactos de postas de goma en el rostro, cabeza, cuello y tórax disparadas a corta distancia, provocando traumatismos de cráneo y pérdida de visión; quemaduras e irritaciones graves por gas pimienta y lacrimógeno arrojados intencionalmente al rostro; crisis respiratorias, broncoespasmos, convulsiones, ataques de epilepsia, problemas de presión arterial y cuadros de ansiedad aguda⁷⁷. Al caso de la pérdida de un ojo por impacto de bala de goma que sufrió el abogado Matias Alfieri (ocurrido en la movilización del 1 de febrero de 2024) se han sumado este año el caso de Jonathan Leandro Navarro, que perdió la visión de un ojo por el impacto de una bala de goma, y el del fotógrafo Pablo Grillo, que permaneció más de 80 días en terapia intensiva (y aún se encuentra en período de rehabilitación) tras recibir una granada de gas lacrimógeno disparada directamente a su cuerpo. Estos ejemplos muestran con crudeza el impacto devastador de estas prácticas criminales sobre la salud individual y colectiva.

A este escenario se suman las detenciones arbitrarias, que pasaron de 93 en todo 2024 a 130 en apenas el primer semestre de 2025⁷⁸. Más allá de la vulneración de libertades, estas detenciones tienen un correlato en la salud física y mental: lesiones durante el arresto, condiciones degradantes de detención, cuadros de estrés postraumático, depresión y ansiedad que afectan tanto a los detenidos como a sus familias⁷⁹.

El incremento exponencial de la represión revela, en consecuencia, una decisión política deliberada de priorizar la coerción sobre el diálogo democrático. El costo de esta política se mide en vidas deterioradas, cuerpos heridos y salud mental quebrada. En lugar de garantizar el derecho a la salud —reconocido en la Constitución Nacional⁸⁰ y en tratados internacionales con jerarquía constitucional como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales—, el Estado argentino ha optado por un camino que convierte a la represión y al daño sanitario en efectos colaterales tolerados e incluso legitimados desde los más altos niveles del poder político. ♦

(77) Ibid.

(78) Ibid.

(79) CIDH, 2019

(80) Art. 42 y 75 inc. 22

(81) PIDESC, 1966, art. 12

BIBLIOGRAFÍA

Comisión Provincial por la Memoria. (2025). Informe anual 2025 sobre violencia institucional y represión en la protesta social. La Plata: CPM. En: https://www.comisionporlamemoria.org/wp-content/uploads/sites/16/2025/07/revista_informe-2025_web.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2019). Protesta y derechos humanos: Estándares sobre los derechos involucrados en la protesta social y las obligaciones que deben guiar la respuesta estatal. OEA.

Constitución de la Nación Argentina. (1994). Reformada.

Coordinadora contra la Represión Policial e Institucional. (2025). 1983-2024. Represión, tortura y muerte bajo el régimen de Milei.

Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.



CONCLUSIONES GENERALES SOBRE EL IMPACTO DEL DNU N°70/23 EN LA SALUD DEL PUEBLO ARGENTINO: RETROCESOS ESTRUCTURALES Y EN DERECHOS SOCIALES

El DNU N° 70/23 constituye un punto de inflexión regresivo en la política sanitaria argentina. Bajo la lógica de la desregulación y el ajuste fiscal, sus disposiciones afectan de manera estructural los principales componentes del sistema de salud que no puede ni debe limitarse solamente a la cuestión sanitaria. Su implementación debe ser leída en sintonía con otras disposiciones del Poder Ejecutivo que, si bien no forman parte formal del DNU, comparten una orientación política común: entre ellas, el denominado “Protocolo para el mantenimiento del orden público ante el corte de vías de circulación”, también llamado protocolo antipiquetes. Este instrumento fue presentado por el Ministerio de Seguridad el 14 de diciembre de 2023 y opera a través de un férreo dispositivo de violencia institucional que actúa como reaseguro del ajuste. Precisamente su objetivo central es criminalizar la protesta social como condición para imponer el ajuste.

En materia de **financiamiento**, se advierte un vaciamiento progresivo de los recursos públicos destinados a sostener prestaciones universales en la atención y prevención de la enfermedad. Esto debilita los mecanismos de solidaridad social y profundiza la brecha entre quienes pueden acceder a coberturas privadas y quienes dependen exclusivamente del sistema estatal. Este retroceso no sólo erosiona la equidad, sino que contradice el principio fundamental de que el **acceso al sistema sanitario debe garantizarse desde el sector público a sanos y enfermos**. El mismo debe ser entendido, en consecuencia, como pilar central e indelegable del derecho a la salud y no como un recurso residual frente al mercado.

Los **hospitales nacionales** —espacios de referencia en complejidad, formación e investigación— se ven atravesados por despidos, recortes presupuestarios y deterioro de su capacidad operativa. Esto no sólo limita su función asistencial, sino que compromete su rol estratégico en la garantía del derecho a la salud.

Los **trabajadores y trabajadoras** sufren precarización laboral, pérdida de derechos adquiridos y sobrecarga de tareas. La situación es aún más grave para los **residentes hospitalarios** quienes, al constituir el núcleo de recambio generacional, padecen condiciones contractuales inestables que amenazan la continuidad de las residencias como política pública de formación. El sistema de residencias es una construcción de décadas, que constituye un valor fundamental en la estructura y en la calidad del sistema sanitario argentino.

Asimismo, la reducción o desarticulación de **programas y direcciones específicas** en el ámbito de la Secretaría de Salud implica el abandono de políticas estratégicas en áreas sensibles como salud sexual y reproductiva, control de enfermedades crónicas y promoción de la salud mental.

En el campo de la **ciencia y la técnica**, el decreto erosiona su desarrollo autónomo al desfinanciar la investigación pública y subordinarla a lógicas de mercado. De esta manera debilita la capacidad del país para producir conocimiento orientado a las necesidades de su población que garanticen y sostengan el derecho a la salud.

La **producción pública de medicamentos y vacunas** —históricamente orientada a garantizar acceso equitativo y soberanía sanitaria— queda gravemente amenazada, al ser reducidos a un nivel crítico los apoyos institucionales y normativos que sostienen el trabajo de laboratorios estatales y universitarios.

El caso del **fentanilo** contaminado evidencia los riesgos del desmantelamiento del control sanitario estatal. El DNU 70/23 consolida un modelo de autorregulación que debilita la función protectora del Estado y subordina la salud pública a intereses privados. La pérdida de capacidad institucional de la ANMAT para fiscalizar y prevenir refleja un retroceso en materia de seguridad sanitaria. Este escenario expone cómo la “motosierra” institucional no sólo recorta estructuras, sino derechos fundamentales. Reafirmar el rol regulador del Estado es indispensable para garantizar el derecho a la salud y la protección colectiva.

En este sentido, la nueva **Disposición ANMAT 7516/25** refleja un giro hacia la subordinación de la regulación nacional a estándares definidos por intereses privados internacionales. Al adoptar las normas de la ICH, se debilita la soberanía sanitaria y se reduce la capacidad del Estado para garantizar la ética y la seguridad en la investigación clínica. Este cambio se inscribe en un contexto de creciente dependencia de la inversión extranjera en ensayos clínicos. La medida consolida una lógica de mercado en detrimento de la protección de los sujetos de investigación. Reafirmar el control público resulta esencial para resguardar el derecho a la salud y la integridad bioética.

En conjunto, estas medidas configuran un escenario en el que la salud deja de ser concebida como un **derecho humano garantizado por el Estado** y pasa a entenderse como un bien sujeto a la capacidad de pago o al interés privado. Para imponer estas políticas, el Es-

tado recurre a mecanismos de **violencia institucional y disciplinamiento social** —represión de protestas, criminalización de la resistencia y silenciamiento de voces críticas—, evidenciando que la implementación del DNU requiere sostenerse en prácticas autoritarias.

Este uso de la violencia no es un efecto colateral, sino una condición de posibilidad: sin represión, la población afectada difícilmente aceptaría la pérdida de derechos adquiridos. Así, el DNU N° 70/23 puede caracterizarse como una política **criminal frente a la sociedad** cuando consolida un modelo sanitario desigual y excluyente, precariza las funciones de organismos necesarios para el sostén y promoción de la salud y deteriora todos los mecanismos que consolidan el derecho a la salud, que no es otro que el derecho a la vida. ♦