



## PROYECTO DE RESOLUCIÓN

La H. Cámara de Diputados de la Nación

### RESUELVE

Solicitar al Poder Ejecutivo Nacional que, a través del Ministerio de Salud de la Nación brinde informes detallados respecto al anuncio realizado el día 20 de septiembre del corriente año por el vocero presidencial, Manuel Adorni, sobre la eliminación de cuatro (4) programas de Salud: 1) Becas Salud Investiga; 2) Salud en Contexto de Encierro; 3) Municipios y Comunidades Saludables; y 4) el programa de Equidad Sanitaria Territorial.

Particularmente, solicitamos:

**1.-** Indique los motivos por los cuáles se ha llevado a cabo la eliminación del Programa de becas Salud Investiga, que otorgaba becas de investigación en salud pública de manera federal incentivando la labor científica de los equipos dentro de los efectores de salud y detalle específicamente, cuál será la política nacional de investigación en salud pública a partir de esta baja.

**2.-** Indique los motivos por los cuáles se ha llevado a cabo la eliminación del Programa de Salud en Contexto de Encierro, que trabajaba la salud de la población carcelaria e informe cómo será atendida la población que se encuentra privada de la libertad, que directrices obedecerá el proceso de atención, como se garantizará el derecho a la salud de estas personas, que partida presupuestaria se destinará para esto y cuál sería el nuevo rol del Ministerio en el proceso de atención y cuidado de estas personas.

**3.-** Indique los motivos por los cuáles se ha llevado a cabo la eliminación del Programa Municipios y Comunidades Saludables, programa histórico, presente en varios países de la región que trabajaba la promoción de la salud y el trabajo inter institucional junto a las autoridades de distintos municipios del país. Indicar también como el Ministerio de Salud de la Nación acompañará a los municipios, y con que presupuesto, para reforzar las actividades de promoción de la salud y de gestión sanitaria, dando cumplimiento a su responsabilidad de rectoría del sistema de salud en Argentina.

**4.-** Indique los motivos por los cuáles se ha llevado a cabo la eliminación del Programa de Equidad Sanitaria Territorial que colaboraba, junto a los municipios con menos infraestructura sanitaria, en la atención médica y odontológica a través de consultorios móviles y equipos de salud interdisciplinarios con el objetivo de disminuir demandas y filas de espera para la atención. ¿Cuál política llevará a cabo el Ministerio para resolver,



o en todo caso palear, los problemas de inequidad en el acceso a los servicios públicos de salud presentes en el territorio nacional?

Dip. Daniel Gollan

## **FUNDAMENTOS:**

Sr. Presidente:

El día 20 de septiembre, el vocero presidencial, Manuel Adorni, anunció la eliminación de 4 programas del Ministerio de Salud de la Nación.

Más allá del desconocimiento demostrado por el vocero sobre lo que hacían estos programas y su importancia para la salud pública, queda claro una vez más que el actual gobierno viene a implementar el mayor desguace en materia de políticas públicas jamás visto en el país.

Los 4 programas que se eliminaron fueron: Becas Salud Investiga, Salud en Contexto de Encierro, Programa Municipios y Comunidades Saludables y el programa de Equidad Sanitaria Territorial.

Es necesario señalar en el presente proyecto, la importancia de cada uno de estos programas para la vida y la salud de la población y, por supuesto, los posibles impactos que se generarán a partir del cierre de estos sin la construcción de nuevas políticas públicas que los reemplacen adecuadamente.

### **Becas Salud Investiga**

Este programa de becas surge en el año 2002 bajo el nombre de Comisión Nacional Salud Investiga, con el objetivo de fomentar y orientar la investigación en salud pública en el país. A través de las becas "Carrillo-Oñativia" se buscaba desarrollar y mejorar las capacidades científicas de los equipos de salud en los hospitales, centros de salud, organismos gubernamentales, sociedades científicas, etc.

Hay que recordar que la "*promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud*" es la tercera de las 11 **Funciones Esenciales de la Salud Pública Renovadas**, promovidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la región de las Américas con el fin de fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes sociales de la salud.



Lejos de ser un invento de un gobierno específico para repasar recursos de manera discrecional -como planteó el vocero presidencial-, esta era una política pública con más de 20 años de existencia en el país, incentivada por organismos internacionales y que, además, velaba por la transparencia en la asignación de los recursos. Los temas de investigación eran priorizados cada año por los equipos de las diferentes direcciones y programas del Ministerio de Salud de la Nación, tratando de evocar las problemáticas históricas y coyunturales de la salud pública argentina. Los proyectos se presentaban en un concurso frente a un comité evaluador que utilizaba criterios transparentes para analizar y dar puntajes a cada uno de ellos. Las convocatorias, criterios y resultados eran publicados siempre en tiempo y forma.

Durante los años en que funcionó, el programa participó del desarrollo de comités de ética en investigación en cerca de 15 provincias y, también con el apoyo de Salud Investiga, se crearon áreas de investigación dentro de los ministerios de salud de 23 jurisdicciones. Todo esto denota el carácter federal del programa y el trabajo, más allá de las becas, que se realizaba fomentando la investigación sanitaria a través de esta política pública.

Ya era clara la intención del actual gobierno de dismantelar el programa desde el inicio de la gestión. Tanto es así que los proyectos aprobados en el 2023 no recibieron los primeros pagos previstos para marzo y junio de este año.

El año pasado se habían asignado por concurso público 52 becas para que se realizaran trabajos de investigación durante el período de 1 año. Cada beca tenía el valor anual de 1 millón de pesos, lo que deja trascender que este recurso funcionaba como un incentivo para la investigación, ya que exclusivamente con estos valores sería difícil costear muchos de los proyectos aprobados y menos aún cumplir con un sueldo acorde para las y los investigadoras/es participantes.

El cierre de este tipo de programa es un retroceso para la salud pública Argentina. Sin investigaciones sobre temas de importancia local se pierde información valiosa para la toma de decisiones en salud. Además, se deja de formar investigadores/as en los servicios/efectores de salud, una tarea de suma importancia para mejorar el trabajo de los equipos asistenciales y dar respuestas a muchos de los problemas institucionales cotidianos en estos lugares.

### **Salud en Contexto de Encierro**

El programa nacional de Salud en Contexto de Encierro fue creado en el año 2012. En estos 12 años de existencia, tenía como premisa hacer cumplir con el derecho a la salud de las personas privadas de su libertad, a través del fortalecimiento de los sistemas sanitarios tanto federal como provinciales.

Este programa fue creado bajo la premisa, presente en la normativa nacional y los pactos internacionales firmados por Argentina, de que las personas privadas de su libertad tienen restringido su derecho a transitar, pero garantizados sus otros derechos, entre ellos el derecho a la salud.



Las cárceles históricamente son lugares insalubres, con indicadores vinculados a enfermedades infectocontagiosas, mortalidad precoz, muertes violentas y otros, más elevados que en la población general. Además, la imposibilidad de que las personas privadas de su libertad utilicen los servicios de salud como el resto de la ciudadanía, termina llevando a situaciones de aún mayor precariedad, lo que agrava sus problemas de salud. Al no tener un sistema de salud carcelaria articulado y eficiente, también aumentan los costos para los tratamientos de estas personas.

Un informe del Ministerio Público Fiscal sobre muertes en las cárceles del Servicio Penitenciario Federal ocurridas entre 2008 y 2014, y también en el primer semestre de 2015, indicó un promedio de 45 muertes institucionales por año. El 60% de las muertes estaban concentradas en los complejos penales metropolitanos. El 40% de los fallecidos en el 2015 tenían menos de 35 años. En promedio, según este estudio, el 43% de las muertes fueron producidas por causas violentas. En el 2015 la principal causa de muerte violenta, o traumática, fue el **suicidio**. El alto índice de muertes por causas no traumáticas (57%) está relacionado a **enfermedades y falta de atención de la salud**, o sea, enfermedades de base, como puede ser la diabetes o la hipertensión arterial, que no fueron cuidadas y tratadas de manera correcta y oportuna, produciendo muertes evitables. El informe también indicó que los tumores son las patologías más prevalentes en las cárceles federales, produciendo un gran porcentaje de muertes por falta de tratamiento adecuado y oportuno. El segundo grupo de enfermedades más prevalentes son las infecciosas y parasitarias, como puede ser el VIH y la tuberculosis, produciendo también un alto índice de mortalidad por falta de tratamiento adecuado.

Otro estudio realizado por la Procuración Penitenciaria de la Nación, durante el año 2022, indicó deficiencias estructurales en la gestión de la salud en el encierro. El informe **refuerza la necesidad de una mayor presencia del Ministerio de Salud de la Nación en el sistema penitenciario**, garantizando la independencia entre los profesionales de salud y el servicio penitenciario. La evidencia presentada en este estudio y otros sobre la temática alrededor del mundo, refuerza la necesidad de profundizar las acciones de programas de salud en contexto de encierro.

En este marco, el objetivo principal del programa era mejorar la calidad en el acceso a la salud de las personas que se encuentran cumpliendo su pena en las cárceles. Las acciones del programa eran llevadas a cabo en articulación con los servicios penitenciarios buscando impulsar acciones específicas para garantizar el derecho a la salud.

Además de las acciones directas vinculadas con la atención sanitaria, el programa formaba, desde el año 2015, promotores de salud dentro de las cárceles para que los mismos detenidos pudieran trabajar entre ellos pautas de cuidado para mejorar sus condiciones de salud. También se hicieron cohortes de la Diplomatura de Salud en Contexto de Encierro, junto a universidades nacionales, para formar a los y las trabajadores/as de salud que ejercían su profesión dentro del servicio penitenciario.



Al contrario de la evidencia científica y lo observado por organismos estatales, el gobierno nacional decide cerrar este programa, lo que seguramente agravará la situación de las personas que transitan por estas instituciones, violando sus derechos humanos y, en el mejor de los escenarios, devolviendo a la convivencia social personas con serios problemas de salud mental y física que dificultarán su proceso de reinserción.

### **Municipios y Comunidades Saludables**

Argentina tiene cerca 1300 municipios, todos ellos tienen algún nivel de responsabilidad sobre el cuidado y/o la atención de la salud de sus ciudadanos. En el nivel de responsabilidad más bajo, los municipios deben realizar actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, desarrollando, para esto, programas y acciones directas desde sus secretarías o direcciones municipales de salud, o mismo articulando junto a otras áreas municipales, como puede ser seguridad vial o el consejo deliberante, para mejorar el perfil de morbimortalidad vinculado a los siniestros de tránsito o promover ordenanzas que mitiguen los problemas provocados por el humo del tabaco, por ejemplo.

En los casos de mayor responsabilidad municipal, suelen tener a cargo la atención directa de su población a través de los centros de atención primaria de la salud y hasta mismo la atención de mediana y/o alta complejidad ofrecida por los hospitales municipales (solo en la provincia de Buenos Aires hay más de 200 hospitales públicos que dependen directamente de los municipios).

En este sentido, la política pública responsable por trabajar estas temáticas junto a los municipios, desde el año 2001, fue el Programa de Municipios y Comunidades Saludables. Este programa se proponía articular los diferentes niveles de gobierno, fortaleciendo las capacidades de los municipios en las tareas de prevención, promoción y gestión de la salud. Su actuación se daba sobre los principales determinantes sociales de la salud de la población, priorizando de manera equitativa a los municipios que más necesitaban colaboración.

De esta manera, los recursos del programa eran distribuidos entre las distintas provincias según la proporción de población con cobertura de salud pública exclusiva y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las jurisdicciones. Dentro de cada provincia, el programa ayudaba a los gobiernos provinciales a priorizar los municipios en función de una estratificación realizada por el índice de priorización municipal (IPM), contemplando condiciones sociales, económicas, sanitarias e institucionales desfavorables.

Para desembolsar los recursos nacionales, los municipios debían implementar las acciones pactadas en el marco del programa y recibir una evaluación externa, lo que, además, generaba información robusta para las decisiones en salud y fomentaba la cultura de la evolución de resultados en ámbito público. Las provincias recibían el 30% del financiamiento total como incentivo para colaborar junto a los municipios con el cumplimiento de las metas pactadas. Los desembolsos hacia los municipios adoptaban criterios del modelo de gestión basado en



resultados a partir de un sistema de acreditaciones progresivas. Este es un modelo moderno de gestión sanitaria que genera transparencia en la asignación de recursos y efectividad en la realización de acciones.

En los últimos años el programa trabajó fundamentalmente con las siguientes líneas de promoción de la salud municipal: seguridad alimentaria; seguridad vial; salud ambiental; ciudad amigable para las personas mayores; gestión de servicios de salud; entornos saludables; fortalecimiento institucional, participación comunitaria y equidad.

Durante todo el proceso, desde la selección de los problemas hasta la ejecución de las propuestas de trabajo y evaluación de las mismas, el programa ofrecía capacitación y asistencia técnica, tanto para los equipos provinciales como para los municipales.

El programa argentino también era miembro de la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud (RedLacPromSa) desde el 2015, siendo esta *"una instancia de cooperación horizontal, intercambio, incidencia política y ayuda recíproca entre los gestores de Promoción de la Salud de los Ministerios de Salud e instituciones internacionales de la región, que cuenta con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), con el propósito de posicionar en la agenda de los gobiernos nacionales y locales la contribución de la promoción de la salud para el logro de la equidad, el bienestar y el desarrollo social sostenible"*.

Durante el último período, el Programa de Municipios y Comunidades Saludables contaba con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (Contrato de Préstamo BID N° 5032/OC-AR), recibiendo previamente a esto, una evaluación positiva de ese organismo internacional.

Para finalizar, vale la pena destacar como ejemplo de la efectividad e importancia de este programa, el estudio realizado y publicado por el Ministerio de Transporte de la Nación en el año 2022. En el mismo, el ministerio contó con la estructura y el trabajo de más de 20 años del programa junto a los municipios para analizar el comportamiento de las personas usuarias de la vía en municipios. El trabajo contó con la participación de 56 municipios pertenecientes a 18 provincias del país. A partir de este estudio se generó información valiosa a través de diversos indicadores y se crearon salas de gestión y monitoreo para mejorar la seguridad vial en los municipios.

Queda claro que, una vez más, la decisión de dar de baja programas de este tipo no parte de un análisis de la importancia, funcionamiento, costo-efectividad y relevancia, sino de prejuicios sobre la función del Estado y las políticas públicas. Además de ser un programa presente en varios países de la región y recibir financiamiento internacional a través de un crédito blando (en un contexto donde Argentina necesita hacerse de dólares para su equilibrio macroeconómico), este programa se constituyó en una política pública histórica y fundamental para muchos municipios del país al fortalecer las acciones de promoción de la salud y la gestión de sus establecimientos sanitarios.



### **Equidad Sanitaria Territorial**

Este es un programa creado en el 2015, por la resolución 1823/2015 del Ministerio de Salud de la Nación. Estaba encargado de gestionar una política sanitaria histórica en Argentina, que empezó en la década de 1940 con el tren sanitario. Este tipo de dispositivo itinerante para la atención de la salud fue adoptado posteriormente en otros países de la región, como Chile y Brasil.

El programa era responsable por llevar consultorios móviles, a través de los llamados camiones sanitarios o Unidades Móviles de Salud, a municipios de todas las provincias argentinas. Los camiones eran acompañados por equipos multidisciplinares de salud y tecnología, ofreciendo servicios que por diversos motivos son escasos en muchas de las localidades del país.

Como ejemplos emblemáticos se pueden mencionar los consultorios y equipos de odontología y oftalmología. Se sabe que estas especialidades no suelen ser frecuentes en los servicios públicos de salud de diversos municipios, atentando contra el acceso al cuidado de la salud bucodental y la salud visual.

Los equipos de odontología realizaban tareas de promoción comunitaria, capacitando actores locales para que continúen con el trabajo de prevención y promoción más allá del operativo realizado. Además, hacían prácticas de limpieza, tratamientos de caries, extracción de piezas y colocación de prótesis. Esta última era una política reparadora que buscaba devolver la autoestima y la salud bucal hacia aquellas personas que, por diversos motivos, pero fundamentalmente por la falta de acceso a la odontología, perdieron piezas dentales.

Los camiones de oftalmología contaban dentro de su equipo con oftalmólogos y técnicos ópticos. Los primeros controlaban la salud visual de las personas, principalmente niños y niñas, diagnosticando los problemas de la comunidad. Como el camión estaba equipado con un laboratorio óptico, a partir del diagnóstico médico, los técnicos podían producir anteojos a medida para las personas que lo necesitaban. Este tipo de acción, muchas veces difícil de ser sostenida económicamente por los municipios, contribuía de manera directa con la mejora del rendimiento escolar de los/as niños y niñas atendidos/as, y del desempeño laboral y calidad de vida de muchas personas adultas.

Además de estos ejemplos, el programa contribuía en la prevención de los tumores de mama y cáncer de cuello de útero, ya que contaba con la tecnología y equipos humanos para la realización de mamografías y del PAP. También contaba con equipos de trabajadores sociales y psicólogos que trabajaban sobre problemas de violencia en la comunidad, desarrollo infantil, falta de documentación, entre otros.

Para que el trabajo fuera realizado en todo el territorio nacional, las provincias firmaban convenios con el Ministerio de Salud de la Nación. El programa buscaba palear las inequidades en la atención sanitaria presentes en el país, articulando junto a los municipios y los servicios de



salud provinciales para dar respuestas estructurales a los problemas identificados durante los operativos sanitarios.

La retirada de este programa y la ausencia de las unidades móviles junto a sus equipos de salud, sin el reemplazo por una estructura que dé respuesta a los problemas desatendidos en muchas localidades del interior del país, puede agravar la calidad de vida y el perfil de morbimortalidad de las personas con dificultades de acceso a servicios y tecnologías sanitarias. Desde una mirada responsable y humanista, se puede comprender los cambios de definición en términos de política pública que pueden tener los distintos gobiernos electos democráticamente. Lo inadmisibles es la retirada total y absoluta del Estado dejando abandonadas sus responsabilidades junto a la ciudadanía sin proponer otra política pública que mejore la anterior.

Por estos motivos, solicitamos el acompañamiento y la aprobación del presente proyecto de resolución.