

Pulso **CiPS** #8

Datos y claves para entender el sistema de salud.

JUNIO 2026

¿QUÉ ESTÁ PASANDO CON EL PROGRAMA REMEDIAR?

¿QUÉ ES EL PROGRAMA REMEDIAR?

REMEDIAR es el Programa nacional creado para garantizar el acceso gratuito a medicamentos esenciales en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de todo el país.¹ Su población objetivo son los 16,3 millones de argentinos —el 35,8% de la población según el Censo 2022— que dependen exclusivamente del sistema público de salud, sin obra social ni prepaga.²

El objetivo del Programa es distribuir mensualmente **botiquines** —cajas con medicamentos esenciales— a más de **8.100 CAPS** distribuidos en las 24 jurisdicciones. Su canasta cubre (o cubría) patologías prevalentes como hipertensión, diabetes, EPOC e infecciones agudas, con un vademécum que hoy (en teoría) incluye **75 principios activos en 99 presentaciones farmacéuticas**. Una canasta construida durante más de dos décadas para responder a las necesidades reales del primer nivel de atención.³



DATO CLAVE

La compra centralizada de los medicamentos logra precios un 85% por debajo del valor de mercado. Un comprimido de Losartán 50 mg que en farmacia cuesta USD 0,65, el Estado lo adquiere por USD 0,04.^{4,5}

HISTORIA: DE LA EMERGENCIA SANITARIA A POLÍTICA DE ESTADO

ORIGEN: LA CRISIS DE 2001

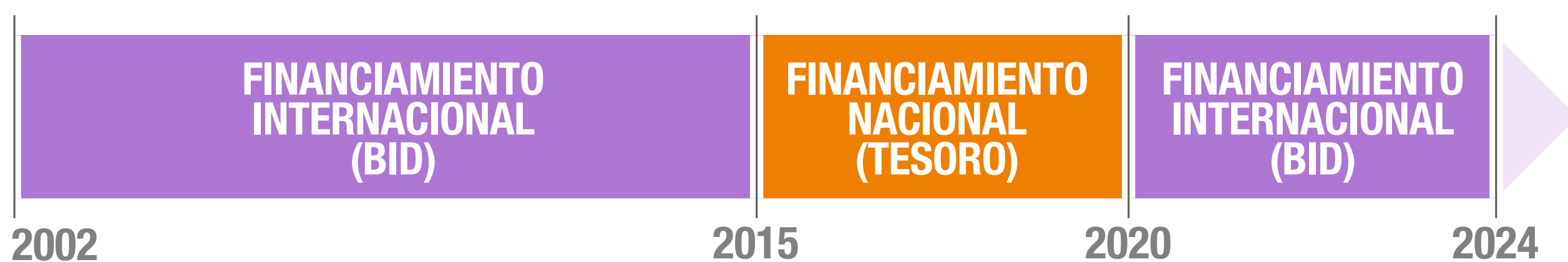
REMEDIAR nació en 2002 como respuesta de emergencia a la crisis económica de esos años. La salida de la convertibilidad provocó una devaluación del 280%, una inflación del 41% anual y tasas de desempleo del 20%. El precio de los medicamentos se disparó de forma inmediata.

En ese contexto, el acceso a medicamentos colapsó: el 12% de las personas perdió su cobertura de salud, en su mayoría pertenecientes a los estratos más vulnerables de la población.⁶ Los hospitales públicos recibieron una demanda que no podían sostener. **La respuesta del Ministerio de Salud de la Nación fue crear REMEDIAR para fortalecer el primer nivel de atención, los centros de salud del barrio, evitando la saturación hospitalaria y garantizando medicamentos básicos donde la gente vive.**

El Programa fue creado formalmente mediante el **Decreto 2724/2002**, bajo el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional, y comenzó a operar con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) —préstamo 1193/OC-AR— que aportó USD 100 millones para su puesta en marcha.⁷

FINANCIAMIENTO: DE LA DEUDA EXTERNA A POLÍTICA DE ESTADO

A lo largo de más de dos décadas, REMEDIAR funcionó bajo dos modelos de financiamiento que se alternaron según el contexto político y económico:



El financiamiento nacional expresa la decisión de sostener el Programa como una política de Estado. En esa misma línea, en 2023 se presentó un proyecto de ley para convertir a REMEDIAR en una ley nacional, lo que le habría otorgado rango institucional y mayor protección frente a los vaivenes presupuestarios. Sin embargo, el proyecto no llegó a aprobarse.^{8,9}

TRAYECTORIA A TRAVÉS DE DISTINTOS GOBIERNOS

Uno de los rasgos más llamativos de REMEDIAR es su continuidad a través de gobiernos de distinto signo político. Sin embargo, esa continuidad no fue lineal: el Programa mostró expansiones y contracciones que siguieron de cerca los ciclos fiscales y las prioridades de cada gestión.

IMPACTO: LO QUE EL PROGRAMA LOGRÓ

La evidencia acumulada durante más de dos décadas permite afirmar que REMEDIAR tuvo un impacto real y medible sobre el acceso a medicamentos y la protección financiera de los hogares más vulnerables.

REDUCCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO

El gasto en medicamentos es el rubro más regresivo del gasto en salud: los hogares más pobres destinan proporcionalmente más de su ingreso a comprar remedios.

El análisis de las Encuestas Nacionales de Gastos de los Hogares (ENGHo) muestra que, entre 2004 y 2012, período de expansión del Programa, el gasto en medicamentos como porcentaje del ingreso cayó significativamente en los sectores más pobres: en hogares del primer decil de ingreso (el 10% de hogares más pobres), el gasto bajó un 59% entre 2004 y 2012. En la Región Metropolitana, los hogares del quintil más bajo (el 20% de hogares con menores ingresos) pasaron de destinar el 11,2% de su ingreso a medicamentos en 1997, al 3,1% en 2004 y al 1,5% en 2017. El mayor impacto se observó en el momento de mayor cobertura: en 2012-2013, cuando el Programa distribuyó más de 40 millones de tratamientos, el esfuerzo financiero de los hogares vulnerables disminuyó al 0,8% del ingreso.¹⁰

▼ **59%**

DISMINUYÓ EL GASTO EN MEDICAMENTOS COMO PORCENTAJE DEL INGRESO

en hogares del primer decil de ingreso entre 2004 y 2012.



EFECTO REDISTRIBUTIVO

Para un hogar sin cobertura, un tratamiento de Enalapril 10 mg cuesta USD 0,20 en farmacia. El Estado lo compró a USD 0,02.^{4,5} La diferencia es un 1.140% a favor del paciente.

COBERTURA TERRITORIAL

El Programa alcanza las 24 jurisdicciones del país, con 8.042 CAPS de base y 1.381 CAPS dependientes. La distribución es mensual, con 11 entregas anuales, y está ajustada al perfil epidemiológico de cada jurisdicción. Esto significa que un CAPS de Formosa y uno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no reciben el mismo botiquín: la composición varía según las patologías más frecuentes de cada territorio.

¿QUÉ ESTÁ PASANDO ACTUALMENTE?

En abril de 2026, varios medios nacionales comenzaron a publicar noticias sobre el cierre o la transformación radical del Programa REMEDIAR. Mientras algunos titulares anunciaban directamente el cierre del Programa, el gobierno nacional lo presentó como un "relanzamiento" con foco en nuevas patologías.^{11,12,13} Esta situación también generó reacción en el Congreso: se presentaron algunos proyectos de resolución en la Cámara de Diputados solicitando al Poder Ejecutivo que informe sobre los cambios en el Programa y las medidas de reemplazo.¹⁴

Ante la falta de información oficial, desde el CIIPS consultamos con referentes del Programa en varias jurisdicciones, lo que nos permitió concluir que se trató de una decisión tomada sin comunicación formal, que implica **una reducción concreta en la cobertura que ya llegó a los centros de salud, y que existen respuestas provinciales muy desiguales para compensar el faltante.**

EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN

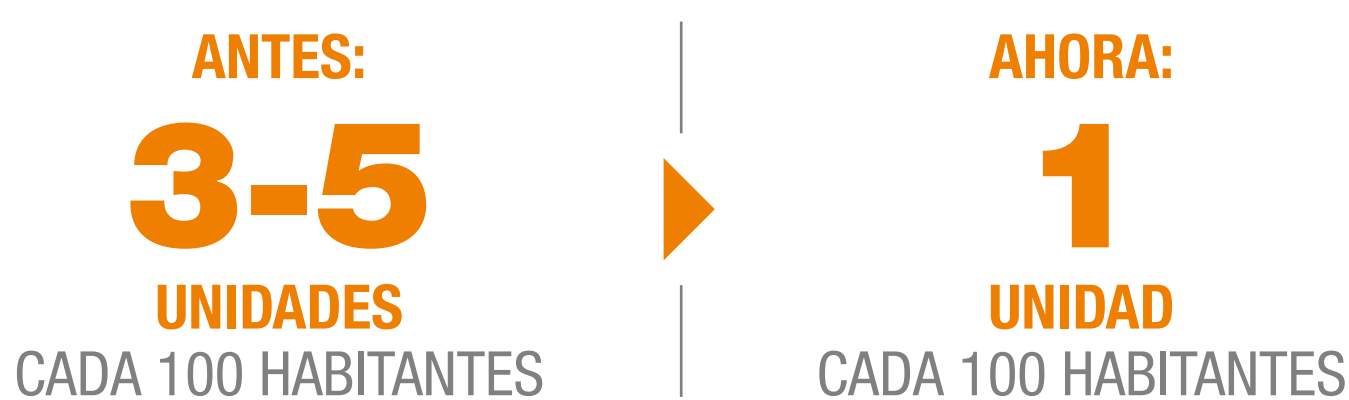
Un rasgo distintivo de este proceso es la ausencia de comunicación formal por parte del nivel nacional. Las decisiones sobre la modificación del Programa REMEDIAR no se encuentran documentadas en ningún instrumento oficial publicado. Según los referentes provinciales consultados, los cambios fueron comunicados verbalmente en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA),

donde participan ministros y ministras de salud o sus representantes, sin que esa información se transmitiera oficialmente a los equipos técnicos provinciales a cargo del Programa.¹² En consecuencia, el conocimiento sobre los cambios en curso circula por canales informales y resulta parcial e inconsistente entre jurisdicciones: los equipos provinciales no cuentan con información escrita sobre la composición de los botiquines futuros, las cantidades de medicamentos que se distribuirán ni los plazos previstos.

La información disponible indica que entre abril y septiembre de 2026 el vademécum se reduciría de 75 principios activos a 30 medicamentos, y que a partir de septiembre quedaría conformado únicamente por 3 medicamentos cardiovasculares: losartán con amlodipina, furosemida y rosuvastatina. Se mencionó que la selección se fundamentó en criterios de carga de enfermedad y años de vida ajustados por calidad (QALYs, por su término en inglés Quality-Adjusted Life Years), lo que no resulta coherente cuando se evalúan los medicamentos que se retiraron del botiquín.

REDUCCIÓN DEL VADEMÉCUM Y DE LA COBERTURA TERRITORIAL

El botiquín de abril de 2026 ya llegó con una composición reducida. En paralelo, la cantidad de botiquines por efector cayó de manera significativa: el promedio previo era de 3 a 5 unidades por cada 100 habitantes, mientras que en la actualidad se registra solo 1 unidad por cada 100 habitantes.



La reducción del vademécum no es el único cambio en curso. El período de transición no alcanza a la totalidad de los efectores: de los 8.100 centros que reciben botiquines de REMEDIAR, solo 800 continuarían recibiendo hasta septiembre. Más de 7.000 centros quedan excluidos incluso de la cobertura de transición, sin que se haya comunicado formalmente el criterio de selección de los centros incluidos.

A esto se suma la decisión de discontinuar el sistema logístico propio del Programa. Hasta ahora, REMEDIAR utilizaba un operador postal que llegaba directamente a cada uno de los 8.100 centros sin intermediación alguna, y que funcionó durante más de veinte años como canal de distribución no sólo de medicamentos sino también de otros insumos sanitarios.

Discontinuar ese operador no es solo una decisión administrativa: es desarmar una red que el sistema de salud tardó dos décadas en consolidar para llegar hasta el último CAPS de cada territorio.

Entre los medicamentos que dejaron de llegar a los CAPS se encuentran aquellos que son esenciales para el tratamiento de infecciones respiratorias (como amoxicilina-clavulánico y claritromicina) y enfermedades crónicas (tales como levotiroxina para hipotiroidismo, carvedilol y atenolol para hipertensión arterial, entre otros). El único antibiótico incluido en el botiquín de abril en una de las jurisdicciones fue amoxicilina jarabe, un medicamento que, además, según mencionaron los referentes provinciales, históricamente sobraba.

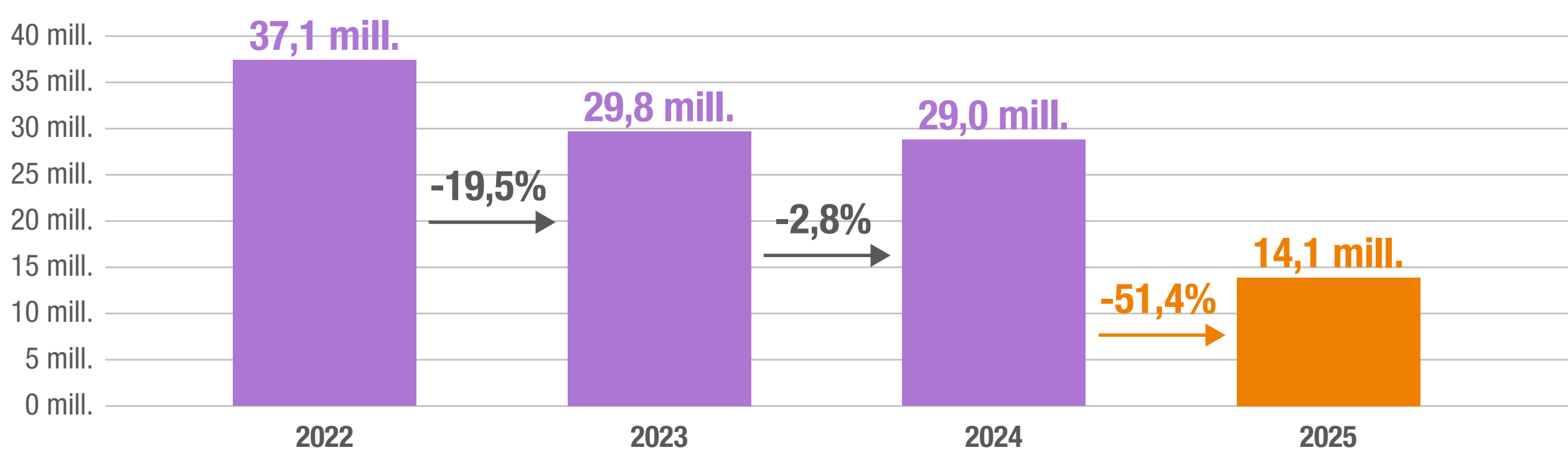
Los tres medicamentos que permanecerán después de septiembre tampoco responden a un criterio epidemiológico claro. En Misiones, por ejemplo, la combinación cardiovascular no se ajusta al perfil epidemiológico de la provincia, dado que la diabetes es una de las enfermedades más frecuentes, pero ni la metformina ni la insulina forman parte del nuevo vademécum.

Una clave para entender por qué el desabastecimiento se hace visible recién ahora es el stock. Las compras realizadas en 2023 dejaron aproximadamente 18 meses de tratamiento en los centros, lo que amortiguó el impacto durante 2024 y buena parte de 2025. Ese colchón se está agotando, y los faltantes que hoy reportan los equipos de salud son la culminación de un proceso que lleva más de un año sin nuevas compras por parte del Estado nacional.

GRÁFICO 1. TRATAMIENTOS DISPENSADOS POR EL PROGRAMA REMEDIAR. TOTAL NACIONAL, 2022–2025.

TRATAMIENTOS DISPENSADOS POR EL PROGRAMA REMEDIAR

Total nacional, 2022-2025 (mill. = millones de tratamientos)



Nota: La estabilidad observada en 2023-2024 refleja el efecto del stock acumulado (18 meses de cobertura). El desabastecimiento se hace visible en 2025 al agotarse dicho stock sin nuevas compras por parte del Estado nacional. Los valores corresponden a unidades de tratamiento entregadas en centros de atención primaria de la salud (CAPS).

Fuente: datos provistos por fuentes oficiales.

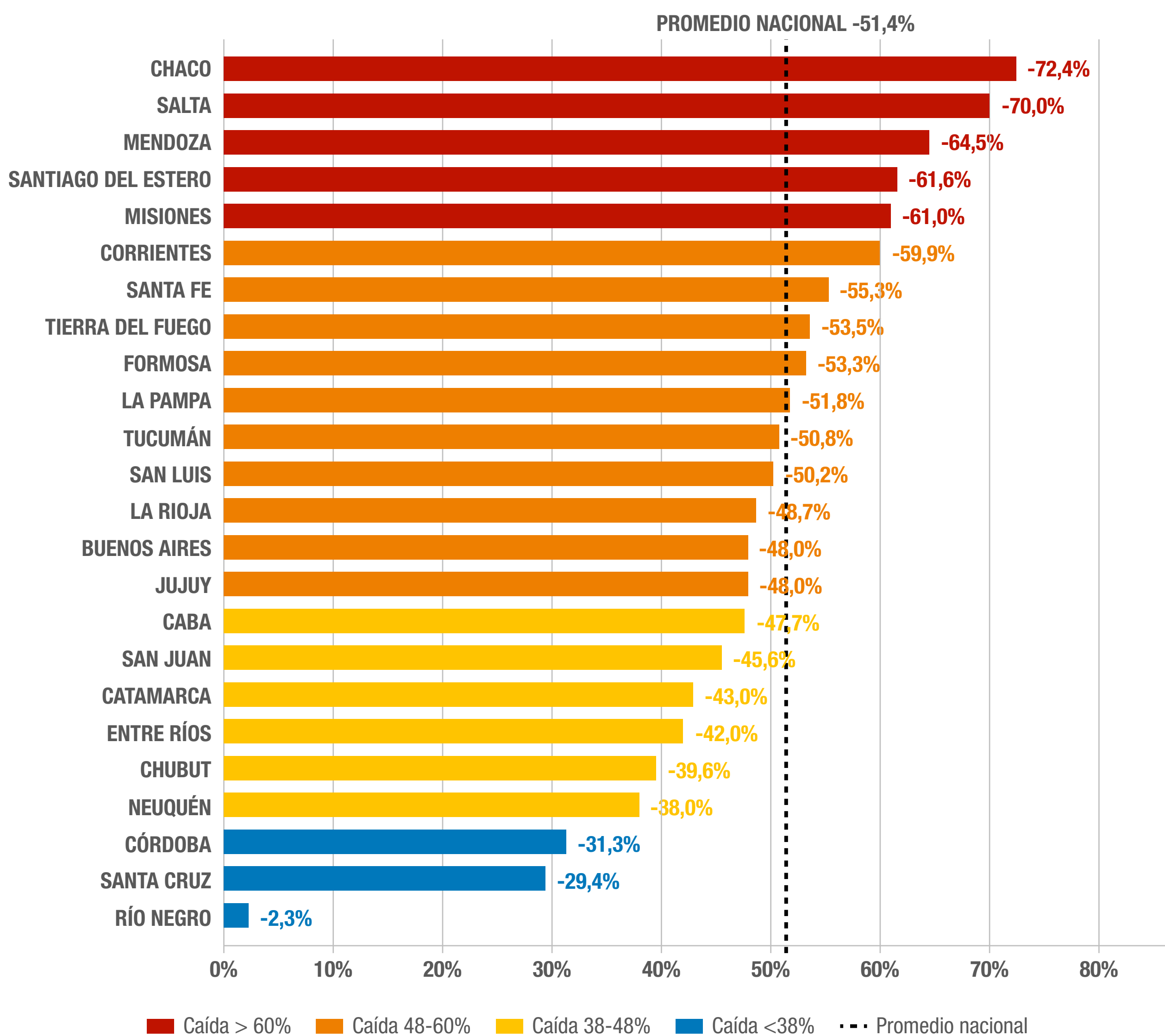
LA RESPUESTA PROVINCIAL: UN MAPA DE LA DESIGUALDAD

Ante la incertidumbre del retiro de REMEDIAR, las provincias están respondiendo de manera muy desigual. Esa desigualdad no es casual: refleja exactamente la brecha fiscal y de capacidad institucional y de gestión que el Programa estaba diseñado para compensar.

El Gráfico 2 muestra la variación en tratamientos dispensados entre 2024 y 2025 para cada jurisdicción. La dispersión es notable: la caída va del 2,3% en Río Negro al 72,4% en Chaco, con una diferencia de 70 puntos porcentuales entre ambos extremos. Las jurisdicciones que vieron más afectada su cobertura fueron Chaco, Salta, Mendoza, Santiago del Estero, Misiones.

GRÁFICO 2. CAÍDA EN TRATAMIENTOS DISPENSADOS POR EL PROGRAMA REMEDIAR POR JURISDICCIÓN, 2024–2025.

CAÍDA EN TRATAMIENTOS DISPENSADOS, 2024 → 2025
Porcentaje de reducción por jurisdicción



Fuente: datos provistos por fuentes oficiales.

Nota: los valores corresponden a unidades de tratamiento entregadas en centros de atención primaria de la salud.

Algunas provincias encontraron márgenes para responder. Buenos Aires amplió "Medicamentos Bonaerenses", un Programa de compras centralizadas, para compensar el retiro de REMEDIAR.¹⁵ Santa Fe implementó un nuevo sistema provincial de almacenamiento y distribución que ya comenzó a abastecer a hospitales y centros de salud de la provincia.¹⁶ Tierra del Fuego lanzó el PROMEFU (Programa Provincial de Medicamentos Fueguinos), destinado a personas sin cobertura de salud, para garantizar el acceso a medicamentos en centros de salud, hospitales y farmacias adheridas.¹⁷ En el caso particular de Tierra del Fuego, esto es posible, en parte, porque la provincia tiene una proporción relativamente baja de población con cobertura pública exclusiva, aunque esa población viene creciendo. Sin embargo, en todos estos casos, **el problema que surge es la sostenibilidad: el financiamiento no estaba previsto en los presupuestos vigentes y se cubre a costa de otras partidas.**

Otras provincias, como Misiones, cuentan con plantas industriales elaboradoras propias y compras centralizadas que venían complementando a REMEDIAR desde hace años.¹⁸ Tienen más herramientas que otras, pero igualmente la demanda sobre sus programas provinciales crecerá de manera significativa y, en todos los casos, habrá que ver si las provincias pueden responder de la misma manera que lo hacía el Programa REMEDIAR.

En el extremo opuesto existen otras realidades, como la de la provincia de Santiago del Estero: sin planta elaboradora propia, con capacidad fiscal limitada y ciclos de compra trimestrales que hacen casi imposible reaccionar con agilidad ante desabastecimientos imprevistos.¹⁹ Es la cara más concreta de lo que significa la descentralización sin recursos: no una política pública alternativa, sino la improvisación individual como único amortiguador.

El patrón que emerge es claro. Las provincias con mayor capacidad fiscal o institucional encuentran salidas que pueden ser imperfectas, costosas, de sostenibilidad incierta, pero salidas al fin. Las que concentran mayor proporción de población con cobertura pública exclusiva de salud, y que fueron siempre las más dependientes del Programa REMEDIAR, son también las que tienen menos herramientas para responder. **Si el retiro del Programa no va acompañado de transferencia de recursos ni de acompañamiento técnico, o incluso una comunicación asertiva y planificada acerca de cómo el Programa se pretende retirar, la inequidad no se resuelve, se profundiza.**

PRINCIPALES CONSECUENCIAS

01

La primera consecuencia es la falta de previsibilidad. Que una decisión de esta magnitud no haya sido anunciada formalmente ni con suficiente anticipación no es solo un problema de comunicación: es una forma de retirada del Estado poco responsable. Los referentes provinciales y los equipos de salud no saben con certeza qué medicamentos recibirán, en qué cantidades ni cuándo. Sin esa información, no pueden organizarse, planificar compras complementarias ni anticipar el impacto en sus programas. Tampoco las familias pueden prever el gasto de bolsillo que implicará resolver por sus propios medios lo que el Estado deja de garantizar.

02

La segunda consecuencia es que un conjunto muy amplio de patologías queda sin cobertura. El vademécum que se está desmantelando incluía 79 medicamentos para enfermedades crónicas y agudas, en adultos y niños, altamente prevalentes, que se resolvían en el primer nivel de atención. Los 3 medicamentos que subsistirán a partir de septiembre apuntan exclusivamente a una línea cardiovascular, y el criterio para elegirlos no está documentado ni fue explicado de manera transparente. Diabetes, infecciones respiratorias, hipotiroidismo, enfermedades de la infancia: todo eso queda fuera. **Si las provincias no pueden costear la diferencia, lo que sigue es el gasto de bolsillo y, para quienes no puedan pagarlo, la interrupción de los tratamientos y la evolución de enfermedades que podrían haberse prevenido o controlado.**

03

La tercera consecuencia es el efecto cascada: cuando el primer nivel de atención no puede resolver los problemas de salud, esos problemas no desaparecen, se trasladan hacia otros niveles del sistema. La literatura sobre sistemas de salud basados en la atención primaria documenta consistentemente que cuando el primer nivel no puede resolver los problemas de salud prevalentes, la demanda se desplaza hacia niveles de mayor complejidad. Las enfermedades agudas no tratadas oportunamente pueden evolucionar hacia cuadros que requieren atención de urgencia; las enfermedades crónicas sin medicación sostenida generan complicaciones más tempranas y frecuentes. El resultado es un modelo de atención hospitalocéntrico que invierte la lógica de la promoción y la prevención. Ese desplazamiento tiene efectos directos sobre la capacidad del sistema: mayor presión sobre los servicios de urgencias, listas de espera más largas para consultas programadas y procedimientos y una demanda adicional sobre hospitales que en varias provincias ya operan cerca de su límite de capacidad.

El argumento económico refuerza el sanitario. El costo unitario de sostener un tratamiento antihipertensivo o antibiótico en el primer nivel es significativamente menor al costo de una internación por descompensación o complicación infecciosa. La discontinuación del acceso a medicamentos esenciales en los CAPS no elimina el gasto: lo transfiere, con un costo mayor para el sistema y un daño mayor para el paciente.

04 La cuarta consecuencia es la pérdida de economías de escala. La descentralización forzada implica que cada provincia deba comprar por su cuenta, a precios de mercado muy superiores a los que lograba la compra centralizada nacional. Además, cada jurisdicción debe resolver su propia logística de distribución —con costos que en zonas rurales o de geografía compleja pueden ser prohibitivos. La descentralización sin recursos no es eficiencia: es transferencia de costos.

¿QUIÉN ES EL GUARDIÁN DE LA EQUIDAD EN UN SISTEMA FEDERAL?

REMEDIAR es un Programa del Estado nacional, a través del Ministerio de Salud de la Nación, que financia y distribuye medicamentos en centros de salud que en su mayoría son provinciales o municipales. Desde una perspectiva de diseño fiscal, se podría argumentar que los medicamentos del primer nivel de atención son un gasto corriente que debería ser responsabilidad de las provincias. Pero este argumento cae cuando se mira el mapa sanitario argentino: las provincias no tienen igual capacidad fiscal. Buenos Aires, Córdoba o Santa Fe tienen mayor margen para absorber ese gasto. Formosa, Chaco, Santiago del Estero o Corrientes, las jurisdicciones con mayor proporción de población con cobertura de salud pública exclusiva, son exactamente las que menos capacidad tienen para reemplazar lo que el Estado nacional deja de proveer.

Argentina tiene un sistema de salud descentralizado, donde las provincias son las responsables primarias de la atención. El Estado nacional cumple históricamente una función compensatoria: interviene donde las provincias no pueden o no llegan. REMEDIAR es un ejemplo paradigmático de esa función. No es un Programa que duplica lo que hacen las provincias: es el piso de acceso a medicamentos para una parte de la población que, de otra manera, no tendría medicamentos.

Lo que muestran las provincias consultadas, con realidades tan distintas entre sí, es que el desmantelamiento de REMEDIAR implica una transferencia de responsabilidad sin transferencia de recursos ni planificación. El Estado nacional se retira de una función compensatoria que desempeñó durante más de veinte años, y cada jurisdicción queda librada a resolver como pueda lo que antes era un piso garantizado nacionalmente.

Si hay una responsabilidad intransferible del Estado Nacional y del Ministerio de Salud como autoridad sanitaria, es mitigar las disparidades que surgen como producto de la inequidad entre jurisdicciones. Su consecuencia más injusta es tolerar que existan diferentes probabilidades de enfermar y/o morir de acuerdo con el lugar donde se vive, el nivel socio-económico o el tipo de cobertura sanitaria de los argentinos.

BIBLIOGRAFÍA

01. Emergencia Sanitaria Nacional. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de enero de. 2002.
02. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas [Internet]. Buenos Aires: INDEC; [citado 2026 jun 17]. Disponible en: <https://censo.gob.ar/>
03. BOLETIN OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA - MINISTERIO DE SALUD - Resolución 1357/2023 [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/289320/20230703>
04. Precios de medicamentos [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.alfabeta.net/precio/>
05. Medicamentos esenciales [Internet]. Argentina.gob.ar. 2020 [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/remediar/medicamentos-esenciales>
06. Zeballos JL. Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
07. Banco Interamericano de Desarrollo. Informe anual 2002. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.
08. DIPUTADOS APROBÓ EN COMISIÓN PROYECTOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.diputados.gob.ar/prensa/noticia/DIPUTADOS-APROBO-EN-COMISION-PROYECTOS-PARA-GARANTIZAR-EL-DERECHO-A-LA-SALUD/>
09. PRESENTARON UN PROYECTO PARA CONVERTIR EN LEY EL PROGRAMA NACIONAL REMEDIAR [Internet]. hsn,senado,. [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.senado.gob.ar/prensa/20586/noticias?verNoticia>
10. INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos de la REPUBLICA ARGENTINA. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-45-151>

11. Blanco D. “El plan Remediador no se elimina, se relanza”: la letra chica de las nuevas patologías que se van a priorizar [Internet]. Infobae. 2026 [cited 2026 Jun 17]. Available from: https://www.infobae.com/salud/2026/04/16/el-plan-remediador-no-se-elimina-se-relanza-la-letra-chica-de-las-nuevas-patologias-que-se-van-a-priorizar/?utm_source=chatgpt.com
12. El Consejo Federal de Salud definió acciones para fortalecer el sistema sanitario del país [Internet]. Argentina.gob.ar. 2026 [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-consejo-federal-de-salud-definio-acciones-para-fortalecer-el-sistema-sanitario-del-pais>
13. Sanitaria FS. El cierre del Programa Remediador vol 2 [Internet]. Fundación Soberanía Sanitaria. 2026 [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://soberaniasanitaria.org.ar/el-cierre-del-programa-remediador-vol-2/>
14. Proyecto [Internet]. [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.diputados.gov.ar/diputados/ptita/proyecto.html?exp=1205-D-2026>
15. Szalkowicz G. Ante el recorte del Plan Remediador, la Provincia amplía Medicamentos Bonaerenses [Internet]. Tiempo Argentino. 2026 [cited 2026 Jun 17]. Available from: https://www.tiempoar.com.ar/ta_article/ante-el-recorte-del-plan-remediador-la-provincia-amplia-medicamentos-bonaerenses/
16. Fe US. Medicamentos: Santa Fe puso en marcha el nuevo sistema de distribución de remedios para 700 centros de salud [Internet]. Uno Santa Fe. 2026 [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.unosantafe.com.ar/santa-fe/medicamentos-santa-fe-puso-marcha-el-nuevo-sistema-distribucion-remedios-700-centros-salud-n10262115.html>
17. ANTE EL RECORTE DEL PROGRAMA NACIONAL REMEDIADOR, LA PROVINCIA PONE EN MARCHA EL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS FUEGUINOS [Internet]. 2026 [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.tierradelfuego.gob.ar/blog/2026/05/04/ante-el-recorte-del-programa-nacional-remediador-la-provincia-pone-en-marcha-el-programa-de-medicamentos-fueguinos/>
18. De La Calle de Misiones DN. Por los recortes de Nación: Misiones debe gastar \$800 millones mensuales en medicamentos para sostener el sistema de salud pública [Internet]. Diario Noticias De La Calle de Misiones. 2026 [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://www.noticiasdela calle.com.ar/noticias/2026/04/26/165342-por-los-recortes-de-nacion-misiones-debe-gastar-800-millones-mensuales-en-medicamentos-para-sostener-el-sistema-de-salud-publica>
19. Navarro F. Alerta Sanitaria Nacional: denuncian el inminente cierre del Plan Remediador y desmantelamiento del sistema público [Internet]. infodelestero.com. infodelestero; 2026 [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://infodelestero.com/2026/04/11/alerta-sanitaria-nacional-denuncian-el-inminente-cierre-del-plan-remediador-y-desmantelamiento-del-sistema-publico/>

¿QUIÉNES SOMOS?

Centro de Implementación e Innovación en Políticas de Salud (CIIPS) perteneciente al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)

Somos un equipo diverso y multidisciplinario, integrado por profesionales de la salud, ciencias políticas, sociales y económicas. Con una sólida experiencia en el sector público, ONGs, academia y sector privado, nos especializamos en la creación y gestión de programas y políticas de salud.

Director: **Adolfo Rubinstein** | Coordinadora: **Cintia Cejas**

Investigadores que colaboraron en este informe:
Camila Volij y Lucía Bartolomeu

 iecs.org.ar/ciips

 linkedin.com/company/ciips

 [ciips_ok](#)

 [ciips_ok](#)