

AÑO XXVII - N° 150 - ENERO 2026 - WWW.REVISTAMEDICOS.AR

Medicina Global **Médicos**

La revista de salud y calidad de vida

ANUARIO 2025



DEBATE
REFLEXIONES SOBRE UN AÑO DE
CAMBIOS NORMATIVOS EN SALUD
Por el Dr. Maximiliano Ferreira



COLUMNA
LA SALUD EN LA ERA DEL CAMBIO
ANTROPOLÓGICO DIGITAL
Por la Dra. Liliana Chertkoff



OPINIÓN
¿EXISTEN MEDIDAS GENERALES
PARA REFORMAR LOS HOSPITALES?
Por el Dr. Hugo E. Arce



GALENO

TE IMPORTA QUIÉN TE CUIDA.
NOS IMPORTA A QUIÉN CUIDAMOS.

SS SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD(72583) - WWW.SSSALUD.GOB.AR



SanCorSalud

Grupo de Medicina Privada

La buena salud es todo

Conocenos en sancorsalud.com.ar



La **red** de emergencias médicas
más grande del país

Los beneficios de **operar** en **red**



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

SIFEME S.A. Maipú 471. 6° piso. Capital Federal
Tel./fax: +54 (011) 4394-7288 / e-mail: info@sifemesa.com.ar

Revista bimestral


EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCIÓN, REDACCIÓN,
ADMINISTRACIÓN
Y PUBLICIDAD:**

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -

C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4682-0534

Web Site:
www.revistamedicos.com.ar
E-Mail:
gerencia@revistamedicos.com.ar
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com
Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

estebanportela@outlook.com.ar

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400. Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. ISSN: 1514-500X. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Espacio Gráfico SRL. - Virrey Liniers 2203 - CABA.

DEBATE
ANTIVACUNAS AL ACECHO: ¿REFUTACIÓN TÉCNICA O RESPUESTA POLÍTICA?
 Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Director Académico IPEGSA

6
COLUMNA
CICLO ERRÁTICO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL LABERINTO SANITARIO ARGENTINO
 Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines

8
OPINIÓN
CUANDO EL SISTEMA ENFERMA: EL PRECIO DE DESCUIDAR AL PERSONAL DE SALUD
 Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario

10
OPINIÓN
BANCO DE MEDICAMENTOS: UNA OPCIÓN EFICIENTE DE COMPRA
 Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Director General del Hospital Dr. Ramón Carrillo de San Luis

12
OBRAS SOCIALES
LA SALUD CON EL DIARIO DEL LUNES
 Por el Dr. Alfredo Stern - Director Médico de OSPSA (Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina)

14
EL AÑO QUE VIVIMOS EN PELIGRO

Por el Dr. Carlos A. Espelt - Director Médico - Construir Salud (Obra Social del Personal de la Construcción - OSPeCon)

16
¿CÓMO EVALUAMOS LA SALUD EN ARGENTINA EN EL 2025?

Por el Dr. Benjamín Surace - Gerente de Planeamiento, Programas y Desarrollo de OSUTHGRA (Obra Social de la Unión de Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina)

18
EXPERIENCIA Y EVOLUCIÓN: MEDIO SIGLO CUIDANDO LA SALUD

Por el Dr. Gerardo F. Bernusi - Secretario de FAOSDIR (Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección)

20
MEDICINA PREPAGA
2025: UN PUNTO DE INFLEXIÓN PARA EL SISTEMA DE SALUD Y PARA SWISS MEDICAL
 Por el Lic. Julio Díez - Director - Dirección Comercial Corporativa - Swiss Medical Group

22
SANCOR SALUD: UN MODELO HUMANAMENTE INTELIGENTE

Por el Dr. Fernando Werlen - Director General del Grupo SanCor Salud

23
PRESCRIPTORES: LA PARÁBOLA DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

Por el Lic. Carlos Candiano - Presidente de la Cámara de Entidades de Medicina Privada (CEMPRA)

24
PRESTADORES
SITUACIÓN ACTUAL DEL SECTOR PRESTADOR DE LA SALUD
 Por el Dr. Jorge Cherro - Presidente de ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina)

26
DEBATE
REFLEXIONES SOBRE UN AÑO DE CAMBIOS NORMATIVOS EN SALUD
 Por el Dr. Maximiliano Ferreira - Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la SSSalud

28
VOCES
EL PROYECTO DE REFORMA LABORAL: LA REDUCCIÓN DE UN PUNTO DE LA CONTRIBUCIÓN
 Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados

30
PRIMERA PLANA
LIBERTAD, IGUALDAD, FRATERNIDAD... EN EL MUNDO DEL REVÉS
UNA VISIÓN ESTRATÉGICA DE LA SALUD EN UN MUNDO DESIGUAL
 Por el Dr. Mauricio Klajman - Docente Libre - Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina - U.B.A.

32
COLUMNA
ENCAUZAR LA SALUD PÚBLICA
 Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)

36
COLUMNA
LA SALUD EN LA ERA DEL CAMBIO ANTROPOLÓGICO DIGITAL
 Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica - Epidemióloga. Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - U.B.A.

38
OPINIÓN
¿EXISTEN MEDIDAS GENERALES PARA REFORMAR LOS HOSPITALES?
 Por el Dr. Hugo E. Arce - Director de la Maestría en Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló. Miembro del Grupo PAIS

40
COLUMNA
EL ADN DEL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO Y LA AUSENCIA DEL GEN DE LA PREVENCIÓN
 Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB)

42
OPINIÓN
TALENTO, CAPITAL Y RECURSOS HUMANOS: DIFERENCIAS REALES O PURO VERSO
 Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Exdirector nacional de Capital Humano Ministerio de Salud

44
VOCES
TE ESTAMOS LLAMANDO: TRANSFORMAR EL CONFLICTO DESDE ADENTRO: EL PODER DEL TERCER LADO
 Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria

46

El target de la Revista Médicos, Medicina Global es: Empresas de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Hospitales Públicos y Privados, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios Clínicos y de especialidades medicinales, Prestadores de servicios y Proveedores (Tecnología y Productos), Ministerios y Secretarías de Salud Pública (Nacionales y Provinciales), Empresas e instituciones vinculadas al sistema de salud.



flux

el nuevo plan joven de osde

psicología sin límite de sesiones

una nueva forma de entender la salud: ágil, digital y pensada para vos. elegí cómo querés potenciar tu bienestar, con un plan que se adapta a tu forma de vida, estés donde estés. una buena decisión para no preocuparte por todas las demás.



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gob.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.A.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 6-1408-1. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.

ANTIVACUNAS AL ACECHO: ¿REFUTACIÓN TÉCNICA O RESPUESTA POLÍTICA?



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Es posible -y deseable- que este no sea el único artículo que toque este tema en este ejemplar de la revista. También es factible -y probable- que el asunto haya pasado al archivo de las cosas olvidadas por la urgencia cotidiana.

Son innegables la efectividad y los beneficios sanitarios y económicos de las vacunas, y resulta innecesario mencionarlo en este ámbito. Pero el evento o acto antivacunas del pasado 27/11 excede el terraplanismo de sus mentores para interpelarnos en torno a cuestiones más troncales: particularmente -y una vez más- acerca del papel del Estado en el cuidado y resguardo de la salud de la población.

Sólo cinco años después de haber atravesado una pandemia, a la semana epidemiológica 46 (09 al 15/11/25), el Boletín Epidemiológico Nacional informa para 2025 un incremento del 258% en los casos confirmados de Coqueluche con relación a la mediana 2020 - 2024; 279% para Hepatitis A y del 1.650% (no es un error: mil seiscientos cincuenta%) para los casos confirmados de sarampión en la misma relación temporal. ⁽¹⁾

Tomadas en conjunto, las tasas de cobertura de las vacunas más importantes (triple viral, IPV, DTP, Varicela, VPH, Meningococo, descendieron entre 2023 y 2024 de un promedio del 58,3% al 49,8%. El cambio metodológico introducido en noviembre (cobertura ampliada por cohorte) lo lleva al 72%. ⁽²⁾

Más allá de que es imposible una comparación cuando se interpone un cambio metodológico, aun tomando como válido el último dato, estaríamos muy lejos del objetivo del 95%. Por lo pronto, y para la misma fecha de notificación del cambio, se notificaron 7 fallecimientos por coqueluche y se alertó por circulación de casos confirmados de sarampión. Sólo uno de cada dos niños de entre 5 y 6 años recibieron las dosis obligatorias en el inicio del ciclo escolar.

En ese contexto, lo que resulta inadmisible no es la opinión trasnochada de un negacionista, sino que el Congreso Nacional acepte albergar un evento de estas características. ¿Cuál es la cualidad de una convocatoria que cuestiona sin fundamento ni evidencia una de las certezas más firmes sobre las que se asientan millones de vidas salvadas como para ocupar un recinto ni más ni menos que en la Cámara de Diputados de la Nación?

¿O acaso no fue ese mismo Congreso el que alguna vez sancionó en torno al derecho a la información adecuada y veraz en materia de salud? (Art. 42 C.N). Porque no se trató de la potestad de un representante para presentar un proyecto de ley, lo que hubiera requerido la presentación formal y su tratamiento para estudio y dictamen, sino de un burdo acto propagandístico cuyo riesgo principal es el propagar información no fundada y por ende peligrosa.

Hubo organizaciones de la sociedad civil y entidades profesionales que hicieron sonar voces de alarma. Pero el gran ausente, antes y después de la convocatoria fue el propio Ministerio de Salud. Porque no alcanza con emitir un comunicado que sustente una opinión diferente.

Lo esperable, por parte de la autoridad rectora en salud debería haber sido la descalificación, la condena y la denuncia frente a un acto propagandístico que cuestiona los fundamentos de una ley nacional (Ley 27.491) que establece que las vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación son obligatorias y gratuitas para todos los habitantes del país.

Y si el acto en sí mismo atenta contra toda evidencia y desoye el marco normativo, la cesión de la Cámara de Diputados como sede para lo que podría considerarse un posible llamamiento a la desobediencia civil resulta insólita y ofensiva. De allí que no se trate sólo de la emisión de un mensaje antivacunas sino de un acto que vulnera consensos democráticos que creímos establecidos.

Lo que conduce al meollo de la cuestión: *el alcance y los límites de la intervención del Estado en salud*, aun en el contexto de una administración que sostiene el predominio de lo individual por encima de lo colectivo.

Si bien las personas competentes tienen el derecho a decidir por sí mismas sobre su cuerpo y su vida (Principio de Autonomía) el poder coercitivo de la ley puede interferir en la libertad de acción de un individuo cuando de lo que se trata es prevenir el daño a terceros, porque la no intervención pondría en peligro cierto la vida o la salud de la comunidad. (Mill, John Stuart. *Sobre la Libertad* - 1859), siendo esta la justificación para impedir o reprimir manifestaciones de grupos antivacunas.

Ciertamente, la opinión crítica no es punible. Pero sí puede serlo la difusión de afirmaciones falsas o temerarias. Hemos escuchado opiniones acerca de que “las vacunas contienen chips”, que generan autismo, o que causan cáncer, con total despreocupación por su veracidad.

Ahora vimos que esas aserciones son promovidas desde el propio sitio de la representación ciudadana. El bochornoso y payasesco espectáculo ofrecido por una persona supuestamente magnetizada por efecto de una inmunización, se empujueña en comparación con el peso de la función pública de quien lo avala y lo amplifica. Y no es solamente grotesco. Es substancialmente peligroso.

Si un acto público, visibilizado desde el Congreso Nacional incita a la rebeldía a una ley nacional, y activamente induce a rechazar la vacunación infantil obligatoria, amenaza con producir un daño social inminente (ej. un brote de sarampión). En ese caso, la intervención del Estado no debería ser la de un opinante más. Su contención o incluso sanción se justifica bajo el concepto de “Daño a Terceros” (Harm Principle).

No es suficiente la emisión de un comunicado conjunto por parte de la autoridad sanitaria nacional y las provincias contraponiendo una declaración técnica a un hecho político.

Y el silencio induce respuestas. No casualmente, unos días más tarde, ahora desde el Senado de la Nación, se desarrolló un acto que, bajo la consigna del cuestionamiento a la cuarentena impuesta durante la pandemia, finalizó con un asistente reclamando a los gritos la derogación precisamente de la Ley 27.491 de control de enfermedades prevenibles por vacunación (La Nación 03/12/25).

Reconfortan las voces críticas que salieron al cruce de tanta temeridad. Alarma, pero no sorprende la poca contundencia en la respuesta del Estado.

Esto no se trató de una anécdota. Ha sido un síntoma. Y como tal habría que asumirlo. ■

Referencias:

- 1.- <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-cobertura-ampliada-por-cohorte-mayor-precision-la-vacunacion-en-ninos>
- 2.- <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-783-se-46-vf-2511.pdf>

(*) Médico cardiólogo y sanitarista. Mg. en Economía y Gestión y Mg. en Salud Pública. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGA.

Desde hace más de 30 años pensamos en una
OBRA SOCIAL PARA TODOS

OSPAT
ESTAMOS CON VOS



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

0800 999 1656
WWW.OSPAT.COM.AR

CICLO ERRÁTICO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL LABERINTO SANITARIO ARGENTINO



Por el Dr. Carlos Felice (*)

El sistema de salud argentino no avanza en línea recta: se mueve entre superposiciones, tensiones políticas, urgencias coyunturales y profundas desigualdades territoriales. En este artículo, analizo el llamado *policy cycle* para demostrar por qué, en nuestro país, las políticas sanitarias rara vez siguen un camino ordenado y por qué comprender su carácter errático resulta clave para pensar una gobernanza más realista, federal y efectiva.

El análisis de las políticas públicas encuentra en el concepto de *policy cycle* un andamiaje analítico esencial para desentrañar el tortuoso camino que recorre una idea desde su concepción hasta su materialización e impacto. En el ámbito de la salud, este marco cobra una relevancia superlativa, dada la intrincada red de instituciones, actores y jurisdicciones que componen los sistemas sanitarios. Sin embargo, aplicar este modelo secuencial al sistema de salud argentino no es tarea de una simple transposición; exige una profunda contextualización debido a su naturaleza federal, fragmentada y de composición mixta.

La concepción tradicional del ciclo, que traza una línea pulcra a través de la identificación del problema, la formulación, la toma de decisiones, la implementación, la evaluación y la retroalimentación, se desvanece al confrontarse con la realidad argentina. Aquí, las fases no se suceden de forma lineal ni con una uniformidad deseable, sino que se superponen caóticamente, se interrumpen abruptamente o se ven forzadas a redefinirse ante la constante irrupción de factores políticos, vicisitudes económicas o la marcada disparidad territorial.

La agenda: de la evidencia a la visibilidad

La identificación de los problemas sanitarios en la Argentina es un proceso dual. Si bien la fría evidencia epidemiológica aporta los datos duros, la inclusión de un tema en la agenda pública se define, en gran medida, por un proceso de construcción social. La magnitud de un problema de salud no garantiza su primacía en la agenda; lo que realmente impulsa su entrada es su visibilidad y su capacidad de movilización. Es en esta etapa donde se cruzan la presión mediática, la dolorosa judicialización de la atención, los reclamos gremiales y el cálculo de costos políticos que implica ignorar ciertas condiciones de salud. La necesidad, en este estadio, se mide tanto por las cifras como por la presión.

La formulación: la tensión entre rectoría y autonomía

Al pasar a la formulación de políticas, se pone en evidencia la tensión estructural del sistema: la convivencia entre la rectoría del nivel nacional y la arraigada autonomía de las provincias. El Ministerio

de Salud de la Nación, aunque estratégico en el diseño de programas marco y lineamientos, debe navegar un complejo entramado de negociación. La formulación se ve constantemente acotada por la imperiosa necesidad de lograr consensos federales, por las limitadas y variables disponibilidades presupuestarias, y, crucialmente, por las heterogéneas capacidades institucionales de las jurisdicciones subnacionales. El resultado son políticas concebidas a menudo bajo supuestos de implementación optimistas que, al chocar con la realidad provincial, quedan en entredicho.

La decisión y la implementación: el peso de lo negociado y lo territorial

La toma de decisiones en el sistema sanitario argentino es un arte de la negociación, más que un acto jerárquico. Instancias como el Consejo Federal de Salud (COFESA) son el verdadero crisol político donde las políticas nacionales deben ganarse su validez efectiva. Una decisión formalmente adoptada solo cobra vida si las provincias se adhieren y la adaptan a sus contextos específicos. Por lo tanto, el grado de implementación real se vuelve variable y descentralizado.

Es precisamente la implementación la fase crítica y definitoria. Las profundas desigualdades territoriales -en infraestructura, recursos humanos y capacidad de gestión- convierten esta etapa en un potente filtro. La política que finalmente se ejecuta en un hospital municipal con escasos recursos difiere, muchas veces radicalmente, de la política originalmente diseñada en la capital. La implementación, lejos de ser una mera operacionalización, redefine la política de facto.

La evaluación y la retroalimentación: un ciclo interrumpido

En cuanto a la evaluación, el sistema adolece de una institucionalización débil y discontinua. Los esfuerzos evaluativos tienden a enfocarse en indicadores de gestión o de cobertura, dejando de lado la medición fundamental del impacto sanitario y la equidad. Un factor agravante es el habitual quiebre de las series de datos y los mecanismos de aprendizaje institucional que se produce con cada cambio de gestión gubernamental. Esta discontinuidad debilita intrínsecamente la retroalimentación del ciclo.

Finalmente, la retroalimentación y reformulación de las políticas rara vez actúa como un cierre ordenado del proceso. Suele ser reactiva, impulsada por la urgencia de una crisis sanitaria, la presión de un fallo judicial o una súbita variación en la prioridad política. Más que cerrar una etapa, estas instancias tienden a reabrir el ciclo de forma abrupta, resultando en reformulaciones parciales, una superposición de programas o reemplazos nominales que carecen de una evaluación exhaustiva previa que los justifique.

En conclusión, el *policy cycle* aplicado al sistema de salud argentino debe ser concebido no como un modelo normativo, sino como la cartografía de un proceso dinámico, intrínsecamente no lineal y severamente condicionado por lo territorial y lo político. Superar la visión ingenua del diseño de políticas y centrar el análisis en el peso explicativo de la implementación y el contexto federal es indispensable para lograr una comprensión más realista y profunda de la compleja gobernanza sanitaria en el país. ■

(*) Abogado. Especialista en Sistemas de Salud. Presidente de Obra Social del Personal de la Actividad del Turf (OSPAT) y Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines (UTTA).



**TE IMPORTA
QUIÉN TE CUIDA.
NOS IMPORTA A
QUIÉN CUIDAMOS.**

CUANDO EL SISTEMA ENFERMA: EL PRECIO DE DESCUIDAR AL PERSONAL DE SALUD



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

Hablar del impacto económico de no cuidar al equipo de salud puede parecer, a primera vista, un ejercicio contable. Sin embargo, el verdadero costo no se mide solo en presupuestos o balances, sino en desgaste, ausentismo, pérdida de motivación y deterioro del clima laboral.

Detrás de cada guardia extendida, de cada licencia por estrés o de cada renuncia silenciosa, hay señales de un sistema que no se está cuidando a sí mismo. Es como una canilla que gotea permanentemente: una gota individual no parece molestar, pero la acumulación llega a desbordar el sistema con una simple gota que logra rebalsarlo.

Cuando quienes sostienen el sistema sanitario están agotados o desbordados, el impacto financiero es inevitable: aumentan las licencias médicas, la rotación de personal, los errores operativos y la baja productividad. Pero el costo más profundo es invisible: se debilita el sentido de propósito, se erosiona la confianza y se resiente la calidad de la atención. No cuidar al equipo, en definitiva, con el tiempo sale caro.

Cuidar a los equipos es una decisión estratégica de gestión. No se trata solo de “hacer bienestar”, sino de gestionar con inteligencia emocional y organizacional. Más allá de lo económico, el foco debe ponerse en reducir la incertidumbre interna. Cuando una institución ofrece claridad en los roles, define procesos y comunica con transparencia, disminuye el estrés operativo y mejora la coordinación. En cambio, la ambigüedad, la sobrecarga y la falta de información alimentan la frustración y el agotamiento.

En este contexto, el salario emocional adquiere un rol protagónico. Reconocer el esfuerzo, ofrecer oportunidades reales de capacitación y valorar el desarrollo profesional son herramientas poderosas para sostener la motivación. Las nuevas generaciones, además, plantean una relación diferente con el trabajo: priorizan el equilibrio entre vida personal y profesional, la flexibilidad y el sentido del propósito. Las instituciones que no comprendan este cambio cultural verán crecer la rotación y la desafección.

Sin embargo, el salario económico también importa. Es la base sobre la cual se construye cualquier vínculo laboral digno. Una remuneración adecuada a la responsabilidad y la complejidad del trabajo sanitario no solo es un acto de justicia, sino una inversión en estabilidad. La previsibilidad económica permite reducir la ansiedad y enfocar la energía en el trabajo. Pero el salario, por sí solo, no alcanza: sin reconocimiento, escucha y acompañamiento, el desgaste emocional terminará erosionando cualquier incentivo monetario.

Cuidar al equipo de salud significa también reconocer la carga emocional y simbólica del trabajo sanitario. Quienes están en la primera línea enfrentan cotidianamente la vulnerabilidad humana, el dolor y la urgencia. Esa exposición constante tiene un costo psicológico que no siempre se reconoce ni se gestiona adecuadamente. Es indispensable garantizar condiciones laborales dignas, que permitan trabajar sin la sensación permanente de estar al límite, y promover entornos institucionales saludables, donde la comunicación sea real y no meramente declarativa.

Cuando la cultura organizacional incorpora el bienestar del personal como un valor estratégico, al mismo nivel que la eficiencia o la calidad asistencial, se produce un cambio profundo. El bienestar deja de ser un beneficio accesorio para transformarse en un indicador de desempeño. En esos entornos, los equipos se sienten cuidados, y esa sensación se traduce en mayor compromiso, menor ausentismo y mejores resultados.

El liderazgo humanizado es una pieza clave en este proceso. Un liderazgo que acompaña, que guía con empatía y que se involucra en los problemas cotidianos del equipo genera confianza y sentido de pertenencia. No se trata de líderes perfectos, sino de líderes presentes, capaces de escuchar, de reconocer y de transmitir dirección sin autoritarismo. La cercanía y la coherencia generan más compromiso que cualquier discurso motivacional.

Las instituciones pueden cuidar a sus equipos a través de acciones concretas: programas de apoyo psicológico, espacios de escucha activa, pausas activas durante la jornada, promoción de hábitos saludables y respeto de los horarios de descanso. Fomentar actividades recreativas fuera del ámbito laboral, estimular la colaboración entre áreas y facilitar instancias de capacitación continua también son formas efectivas de cuidado. El bienestar no se impone: se construye día a día con coherencia, consistencia y empatía.

El impacto de estas políticas trasciende los muros de las instituciones. Un equipo de salud equilibrado y motivado mejora la relación con los pacientes, reduce conflictos, agiliza procesos y eleva la confianza social en el sistema sanitario. Por el contrario, cuando el malestar del personal se vuelve estructural, la desconfianza del paciente aumenta, la calidad asistencial se deteriora y el sistema entero pierde legitimidad. Cuidar al equipo no solo mejora la eficiencia interna: también fortalece el vínculo entre la sociedad y sus instituciones de salud.

Ignorar estas necesidades tiene consecuencias previsibles: profesionales agotados, equipos fragmentados y una atención que pierde calidad. Por el contrario, cuando el personal se siente reconocido y sostenido, se fortalece el compromiso, mejora la comunicación interna y crece la eficiencia. El bienestar del equipo se convierte en un multiplicador de resultados.

En definitiva, cuidar al equipo de salud no es un gasto, es una inversión en calidad, eficiencia y humanidad. Invertir en las personas que sostienen el sistema es apostar por su sostenibilidad. Porque cuando las instituciones cuidan a quienes cuidan, los beneficios se reflejan en todos los niveles: en los pacientes, en los resultados y también en la economía. La salud del sistema depende, en gran medida, de la salud emocional, física y organizacional de su gente. ■

(*) Profesor universitario



Crecemos
con vos



OSPE

Dedicados a cuidarte

ospesalud.com.ar



BANCO DE MEDICAMENTOS: UNA OPCIÓN EFICIENTE DE COMPRA



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Las formas tradicionales de compras en el sector público presentan ciertas desventajas a la hora de una gestión eficiente. Si bien se esgrime disminución de precios en licitaciones públicas y mayor transparencia como las fortalezas de esa modalidad de compras, lo cierto es que también tiene enormes desventajas.

En primer lugar, el elevado costo financiero por tener mercadería inmovilizada. Se compra para varios meses de provisión y en general se paga toda junta en el mejor de los casos a los 30 o 60 días de entrega.

En este caso la disponibilidad financiera es fundamental. Ahora bien, si el servicio no paga en término (situación bastante frecuente en el sector público) comienzan a sumarse costos financieros que los proveedores agregan a los malos pagadores y la ventaja de los precios bajos comienza a disminuir.

En segundo lugar, produce una pérdida en el costo de oportunidad por no poder usar ese dinero en otras compras. A veces vestimos un santo desvestiendo a otro.

En tercer lugar, esta modalidad de compra aumenta la posibilidad de pérdida de medicamentos ya que el cálculo en consumos históricos puede generar errores por cambios epidemiológicos, cambios en las tendencias prescriptivas de los médicos, etc. lo que lleva a un riesgo de vencimiento de los medicamentos.

En cuarto lugar, estas compras por grandes volúmenes pueden elevar el costo de almacenamiento y logística ya que se necesita un gran espacio para almacenar los insumos y medicamentos incluso teniendo que contratar depósitos externos.

Otros problemas asociados tienen que ver con renglones desieritos que obligan a realizar compras directas de urgencia con precios ya no tan ventajosos y menor transparencia.

Las licitaciones privadas traen aparejados estos mismos problemas sumados a que no se pueden realizar en forma continua para los mismos productos ya que eso significa el fraccionamiento de las compras, cuestión penada en los procesos de compras provinciales o nacional. Además, al ser listas cortas de proveedores seleccionados, abre la posibilidad de colusión.

Las compras directas en general solo están permitidas en casos excepcionales y de urgencia y agrava las posibilidades de corrupción y no es una modalidad sustentable de compra de medicamentos en el sector público.

El Banco de Medicamentos: una alternativa eficiente de compra

Se trata de un modelo de gestión y adquisición de medicamentos basado en la consignación. El proveedor deja medicamentos y productos médicos e insumos en el hospital sin compra inmediata. Se factura lo consumido y se paga por ello.

El proveedor entrega medicamentos para un mes de consumo y va reponiendo a medida que se va consumiendo (en períodos cortos de tiempo, por ejemplo, semanalmente). A fin de mes factura lo consumido y el servicio paga por ello.

El almacenamiento de ese stock mínimo de medicamentos se realiza en el hospital, pero sin impacto económico hasta su consumo. O sea que la facturación es posterior al uso y no al ingreso. Esta mecánica optimiza el abastecimiento con un manejo de menores volúmenes más frecuentemente brindando una mayor flexibilidad y agilidad al sistema.

Por otra parte, optimiza la gestión de stock, reduce el inventario inmovilizado, aumenta la rotación y fortalece el control. También reduce el costo financiero, disminuye el riesgo de vencimiento, reduce los costos de almacenamiento y evita el desabastecimiento.

La experiencia en el Hospital Ramón Carrillo de San Luis

Desde enero de 2025 se está implementando en el hospital esta modalidad de gestión y adquisición. Previa a esta fecha se trabajó en la adecuación del hospital a esta nueva modalidad. Básicamente:

Se integró el *Banco de Medicamentos* con el software del hospital, se crearon de locales de stock consignados, se realizaron cambios en el módulo de compras, en las solicitudes y en los ingresos.

Se realizaron parametrizaciones para definir stock mínimo, stock máximo, punto de pedido para automatizar las reposiciones. Se normatizó el traspaso de consignados a Farmacia central.

Luego de allí comienza la operatoria habitual de farmacia en cuanto al etiquetado o reenvasado, abastecimiento de armarios Kardex y distribución a los servicios y dispensación por dosis unitaria. Todos los movimientos tienen visibilidad para los proveedores.

También se capacitó a todo el personal de farmacia para realizar el control del ingreso y el almacenamiento, para registrar correctamente los consumos y para el manejo de devoluciones. Se garantiza el almacenamiento y conservación en condiciones apropiadas.

Algunos resultados

A un año de su implementación el gasto en medicamentos fue el mismo del año anterior con un aumento en la cantidad y variabilidad (se incorporaron algunos de alto costo que antes no se compraban).

El stock propio disminuyó en un 80 % y disminuyeron los costos de almacenamiento externo. No hubo ningún medicamento vencido.

Los proveedores que participan de este banco (unos 30) son los habituales del hospital que apostaron a este nuevo esquema.

Algunas consideraciones

En este esquema el proveedor pasa a ser un socio estratégico del hospital. Se debe ser muy preciso con el cálculo de stocks mínimos y pedidos de reposición ya que pedir de más incrementa el costo financiero del proveedor innecesariamente.

Se debe establecer un valor inicial de cada medicamento que debe ser el habitual de las licitaciones, así como un mecanismo de ajuste (por IPC por ejemplo u otro). La cadena de pago no se debe romper y debe cumplirse con los plazos establecidos. ■

(*) Médico Especialista en Salud Pública. Director General del Hospital Dr. Ramón Carrillo de San Luis. Presidente del Grupo PAIS.

Cuidá tu salud. Sin excusas.



Excelencia médica, líderes en cirugía robótica y atención centrada en las personas.

Sanatorio Finochietto

Asociate a Medifé

0810 122 0400

Medifé

LA SALUD CON EL DIARIO DEL LUNES



Por el Dr. Alfredo Stern (*)

Tal como decíamos, pasadas las elecciones de medio término y teniendo en cuenta que hubo comentaristas que pronosticaron caos y catástrofes indescriptibles para el día después, nada de eso pasó. Seguimos viviendo y trabajando como todos los días, la gente siguió con sus rutinas y con la cercanía de las fiestas preparándose como siempre. O sea, poco cambió y esto puede ser una buena o una mala noticia según la particular situación de quien lo disfruta, lo sufre o lo observa.

Pero con cierta seguridad se puede afirmar que poco cambiaron las perspectivas de mejora para el sector salud. Si nos referimos a lo que nos tocó vivir en el curso de este año, quienes pertenecemos al sistema sabemos que no ha sido de los mejores que hemos pasado, al menos si contamos desde la vuelta de la democracia. ¿Por qué decimos esto? Porque como nunca se han estresado los componentes del sistema, los pacientes, las instituciones, el financiamiento, los trabajadores y los productores de bienes y servicios de nuestra actividad.

Veamos de a uno. El nivel de demanda ha crecido y junto con él, la disconformidad con la calidad de la respuesta a las necesidades de amplios sectores de la población. Como nunca han arreciado las demandas por servicios y prestaciones, tanto razonables como apartadas de toda lógica y criterio científico demostrado. Es justo reconocer que nunca hemos querido o podido explicar a la gente que no todo es bueno, que no podemos tener todo y que la atención de salud no es gratis, ni posible sin dinero, sin racionalidad y sin esfuerzo personal.

Además, se empieza a notar lo que veníamos afirmando desde hace tiempo. Que la transición epidemiológica comienza a preocuparnos. En los centros urbanos aumenta el número de personas mayores y gran número de ellos no pueden sustentarse y no solo es un problema actual, sino que será peor a corto y mediano plazo. Los jóvenes, en especial de clases media, demoran la decisión de tener hijos, ya sea porque no quieren tenerlos o porque esperan consolidarse en sus actividades y postergar la maternidad para el futuro. Doble carga para la sociedad y el sistema de salud.

La maternidad tardía implica menor natalidad y además mayores costos por la necesidad creciente de recurrir a fertilización medicamente asistida. Es un fenómeno visible, en especial en zonas urbanas el aumento de las personas que, en lugar de tener hijos, adoptan una mascota.

Sobre las instituciones, los cambios y esa presión no han podido ser soportadas por dificultades de todo tipo y en especial económicas para hacerlo.

En los últimos años se ha acentuado un ajuste en el perfil prestacional del sistema privado. Las instituciones que brindan servicios de salud se diferencian en dos grupos. A grandes rasgos por un lado se verifica la concentración de recursos en redes, lo que permite economías de escala, muchas veces con cartera propia y con capacidad de resolución dentro de su red. En otro grupo, están las empresas medianas y chicas que tratan de subsistir gracias al esfuerzo de quienes las gestaron. Un caso especial es el cierre de maternidades asociado a la caída de la natalidad y el alto costo de mantener servicios de obstetricia y neonatología sin una demanda suficiente por las razones que antes dijimos. Ambas tienen los mismos problemas, costos crecientes, imposibilidad de traslado a precios, carga impositiva y dificultades a la hora de incorporar, personal calificado, tecnologías y las mejoras necesarias.

Por supuesto en este aspecto los que más están sufriendo el momento son los trabajadores del sistema. Prueba de esto son los cambios que se están profundizando y haciendo cada vez más visibles. Los profesionales y no profesionales han perdido capacidad adquisitiva de tal magnitud, que los llevan a buscar otros horizontes. Los bajos ingresos desalientan la cobertura de vacantes en especialidades como medicina general, clínica, pediatría o atención de emergencias en unidades móviles.

En síntesis; todos los trabajadores del sistema de salud se sienten no reconocidos económica y anímicamente por lo prolongado de su formación, la responsabilidad de sus actos, el esfuerzo físico y anímico y el desgaste que sufren. Y muy en particular cuando comparan sus ingresos con los que se perciben en otras actividades. Algunos se van del país, otros directamente abandonan la profesión.

Llegamos al punto crítico, el financiamiento de la atención de salud y nos preguntamos qué pasó.

Simplemente una tormenta perfecta. La aceleración de la innovación tecnológica ha traído progresos inimaginables pocos años atrás y pretendemos que sean aplicados racionalmente y a todos los casos que correspondan. Pero nos cuesta entender cuánto y cómo debemos y podemos pagar por medicamentos e insumos de altísimo precio. El problema es que ese precio está disparado y no puede financiarse sin los recursos suficientes.

Por otra parte, qué pasó con el dinero disponible. Es simple. Sin dinero no hay salud. En especial para la seguridad social y también la medicina privada. La fuente de ingresos se genera y es función de los salarios, si estos son bajos y el nivel de la economía informal es enorme, es imposible sustentar sólo con estos recursos, la atención de la salud sin los problemas que hoy existen.

Por eso en este tema surge la preocupación por la posibilidad que el financiamiento solidario a partir de los salarios se vea afectado por las reformas presentadas y se agrave aún más la economía del sistema. Entonces qué podemos esperar y desear para los tiempos venideros. En primer lugar, que se consolide la democracia con actores probos, racionales y que antepongan sus deberes y los compromisos asumidos al jurar por sus cargos, a las apertencias personales. Que podamos explicar a la sociedad qué salud queremos y podemos tener con los recursos que pongamos a disposición de este fin. Que defendamos y valoremos a quienes nos atienden y nos cuidan, simplemente porque además de ser su función, es casi seguro que los vamos a necesitar en algún momento de nuestras vidas. ■

(*) Director Médico de OSPSA (Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina).

Oferta Académica

— Inscripciones **MARZO 2026**

■ **Grado:**

- * Licenciatura en Biotecnología
- * Bioingeniería

■ **Nuevas Carreras a distancia:**

- * Analista Universitario en Ciencias de Datos e Inteligencia Artificial
- * Tecnicatura Universitaria en Bionegocios

■ **Posgrado:**

- * Especialización en Bioinformática
- * Maestría en Bioeconomía
- * Maestría en Microbiología Ambiental

■ **Cursos y Diplomaturas:**

- * Diplomatura en Atención Primaria de la Salud
- * Diplomatura en Seguridad Laboral
- * Diplomatura en Enfermería Gerontológica
- * Diplomatura en Dirección y Gestión de Residencias de Larga Estadía y Centros de día.

Más información e inscripción:



Sánchez de Loria 2364, Parque Patricios
Distrito Tecnológico · Comuna 4 - C.A.B.A



informes@iudpt.edu.ar



www.iudpt.edu.ar

BECAS DISPONIBLES



Instituto Universitario creado por



EL AÑO QUE VIVIMOS EN PELIGRO



Por el Dr. Carlos A. Espelt (*)

A esta altura del año se supone que cabe un balance de los 11 o 12 meses pasados a la vez que se intenta programar algo para el año por venir. En lo que hace a nuestras OOSS de las leyes 23.660 y 23.661 lograron mantener un desempeño razonable a costa de esfuerzos significativos que las pusieron, si no en crisis si cuanto menos en situaciones de apuro.

Tironeadas por un lado por el incremento sin parar de los precios de los insumos que tienen que proveer, para las demandas de una masa de beneficiarios cada vez más ilustrados o incentivados a incrementar esa demanda, y por otro, por la disminución de cartera y el virtual estancamiento de los salarios -fuente de sus recursos- lo mínimo que se puede decir es que ha sido un año muy duro.

Súmese las presiones que ejerce la SSSALUD, entre otras cosas con un régimen de sanciones nuevas con multas extravagantes o con reiteradas demandas de incorporar más y más prestadores aun allí donde no hacen falta, a título de ejemplo, y se tendrá un umbral mínimo de la situación a este mes de diciembre 2025.

La disminución de la inflación, que en el período enero-octubre acumuló un 24,8% contrasta con el incremento salarial que para el mismo período el INDEC informa que ha sido 30,4%. Y del componente SALUD del IPC que INDEC fija en 22,7%, no sería de esperar una situación de crisis o de apuro. Algo falla entonces porque a primera vista parecería haber cierto equilibrio. Suponiendo que estos números son fiel reflejo de la realidad. ¿Cuál es el problema? O los problemas.

En primer lugar, como se dijo más arriba, la caída de carteras y por ende la disminución de aportantes, con un flujo cada vez mayor de trabajadores en relación de dependencia hacia la informalidad o al monotributo. Eso se debe a varios factores tal como cierre de empresas, despidos, la falta de obra pública y a la apertura de la economía.

Asimismo, y más allá de lo que marca el INDEC, los precios de una variedad de medicamentos de altísimo costo en dólares desequilibran cualquier balanza. El sistema de OOSS no puede asumir tantas variables sin crujiar. Así las cosas, las expectativas para 2026 no parecen muy buenas.

Las variables críticas serían la disminución de trabajadores en relación de dependencia, los bajos salarios, la proyectada baja de 1 punto en las contribuciones patronales, y el precio del PMO entre otras.

A octubre 2025, el precio del PMO rondaba entre 63 y 64 mil pesos, que equivale a un salario del orden de 700 mil pesos, pero esta estimación es para una persona sola. Como es PMO no se contempla el precio de las prestaciones que no están en él.

De modo que la comparación con el salario medio (el salario promedio en la Argentina en 2025 varía según la fuente, pero se sitúa alrededor de los \$1.483.740 -octubre 2025- por otra parte, el grupo familiar primario oscila entre 2,9 a 3,19 personas como promedio, lo que quiere decir que dicho salario alcanzaría para cubrir algo más de 2 precios del PMO, valor que surge de detracer el 9% de aportes y contribuciones) no es una medida muy fiable.

No es de extrañar entonces que la diferencia o parte de ella recaiga sobre el gasto de bolsillo, que se estime en el orden de 100 mil pesos que, con la liberación del valor de los cosegueros y copagos, esa cifra podría ser mayor.

La simpleza de estos cálculos quizás no refleje toda la realidad. De alguna manera las diferencias y el déficit recaen sobre los usuarios y eso no solo se expresa en el gasto de bolsillo sino en la probabilidad de una afectación en la salud por barrera económica a la accesibilidad, que difícilmente las OOSS pueden paliar más allá de los esfuerzos que realizan.

Otra variable es el precio de los medicamentos. Casi el 50% del total del PMO corresponde a medicamentos, y de ello también casi la mitad corresponde a medicamentos de alto costo. Como los demás precios de la economía, los precios de los medicamentos no están regulados ni parece que lo fueran a estar en un futuro cercano.

Esta variable aparece como un callejón sin salida a menos que se desarrollen políticas de medicamentos que, sin caer en la regulación de precios, los tornen más accesibles para la población general sin caer en el facilismo de derivar el problema a las OOSS el desarrollo de una política de medicamentos no parece estar en el horizonte político.

En este escenario, el factor cartera de beneficiarios es una variable que el sistema de OOSS no controla dado que depende de las fuentes laborales. En este sentido las OOSS “grandes” tendrían una ventaja comparativa frente a las de menor cartera, simplemente por una cuestión de escala.

Pero al mismo tiempo la desocupación produce mella en los aportes y contribuciones de todas y eso no tiene reemplazo a menos que se desarrollen políticas de empleos. La ya citada posibilidad de que disminuya la contribución patronal a las OOSS torna oscuro el panorama para el año próximo.

Así, las perspectivas para el 2026 no parecen halagüeñas. Las OOSS están obligadas a desarrollar programas preventivos de ciertas enfermedades prevalentes y a primera vista eso esta bien, al mismo tiempo que están obligadas a satisfacer casi la totalidad de la demanda, y eso constituye un problema. Extrañamente la norma de la SSSALUD establece que hay priorizar la atención de ciertas patologías. Si se priorizan atenciones alguien puede quedar sin prestaciones y eso no es admisible. Otro callejón sin salida.

Mención aparte, la *atención a personas con discapacidad* implica recursos importantes y un costoso sistema de gestión. Conviene recordar que las prestaciones educativas que establece la ley 24.901 quedaron en el sistema de salud por una decisión política del momento ya que el sistema de OOSS entendía que correspondan al área de Educación.

El otro gasto es *transporte de personas con discapacidad*; se entendió que correspondía al Ministerio de Transporte, pero quedó a cargo de las OOSS. Si las prestaciones de estos dos rubros fueran financiadas por las actuales Secretarías del ámbito sería un alivio para las finanzas del sistema y una mejora indudable de las prestaciones médico-asistenciales.

En síntesis, el sistema de OOSS no ha tenido un buen 2025 y, al menos, está en apuros para enfrentar el 2026 por las razones que se han expuesto más arriba y seguramente por otras más. La supervivencia del sistema o de algunos de sus integrantes depende más de factores exógenos que de su desempeño.

Esos factores exógenos están ligados a políticas que solo le incumben en la consecuencia de ellas, tal como la generación de empleo, política de medicamentos, baja de las contribuciones, etc. No se avizora en lo inmediato más que soluciones parciales, parches, a ciertos problemas, soluciones incompletas que hacen peligrar la atención de salud de los beneficiarios. ■

(*) Director Médico - Construir Salud (Obra Social del Personal de la Construcción – OSPeCon).

Adecra +Cedim

Juntos, potenciando el
desarrollo de la salud privada
de la Argentina



UN VIAJE POR
EL PRESENTE Y EL FUTURO
DEL MANAGEMENT DEL SECTOR DE LA SALUD

UN PODCAST DE **Adecra
+Cedim**

ENCONTRALO EN



Y



¿CÓMO EVALUAMOS LA SALUD EN ARGENTINA EN EL 2025?



Por el Dr. Benjamín Surace (*)

Para analizar tanto la calidad de los servicios ofrecidos como su impacto en la población, debemos considerar aspectos como la accesibilidad, equidad y eficiencia. Evaluamos los indicadores de salud, tasas de mortalidad, morbilidad, recuperación, reingresos y complicaciones, así como la mejora de la calidad de vida y la satisfacción del paciente. También debemos revisar los estándares como la seguridad, eficacia, eficiencia, atención centrada en el paciente, oportunidad y equidad.

Para medir la accesibilidad del sistema revisamos la disponibilidad de servicios, la cobertura geográfica y financiera, y las barreras para acceder a la atención. La eficiencia del sistema con la gestión de recursos, la distribución de medicamentos y la relación costo-beneficio de las intervenciones.

Examinamos también la efectividad de las políticas, programas en la prevención, tratamientos y control de enfermedades. Se considera la opinión y la participación de la población en la toma de decisiones sobre salud.

Analizamos la incorporación de nuevas tecnologías en el sistema, considerando su impacto en la calidad de la atención y la eficiencia.

¿Qué herramientas podemos emplear para la evaluación?

La autoevaluación de establecimientos de salud: permite identificar fortalezas y debilidades en la gestión de la calidad y seguridad del paciente. La evaluación de la calidad en salud de atención y promover la mejora continua.

Los informes de evaluación de tecnologías sanitarias nos brindan datos basados en evidencia para la toma de decisiones sobre la incorporación de nuevas tecnologías. Los indicadores de calidad se utilizan para medir el desempeño del sistema de salud en diferentes áreas.

En resumen, la evaluación de un sistema de salud implica un análisis integral de sus componentes, utilizando diversas herramientas y enfoques para medir su desempeño y promover la mejora continua de la calidad de la atención.

Problemas emergentes: resistencia a los antibióticos

Las acciones principales para contribuir a la contención de la resistencia a los antimicrobianos son la prescripción adecuada, la educación comunitaria, la vigilancia de la resistencia y de las infecciones asociadas a la atención en salud.

Las bacterias desarrollan resistencia a los antibióticos cuando estos han perdido su capacidad para eliminarlas o detener su crecimiento. Algunas bacterias, normalmente susceptibles a los antibióticos, se vuelven resistentes como resultado de cambios genéticos.

Las bacterias resistentes sobreviven en presencia del antibiótico y continúan multiplicándose, causando enfermedades más prolongadas. Las infecciones causadas por bacterias resistentes pueden requerir mayor atención, así como antibióticos alternativos, que pueden tener efectos secundarios más graves.

El Ministerio de Salud incorporó resoluciones importantes para el Sistema de Salud:

- ✓ **Resolución 2109/2025:** actualizó el reglamento del Sistema Nacional de Residencias Médicas. El objetivo de la medida es recuperar su rol formativo, corregir las distorsiones y parches acumulados durante más de una década, y permitir que los residentes puedan elegir bajo qué modalidad realizar este tramo de su formación y como administrar el monto de las becas percibidas.
- ✓ **Resolución 2214/2025:** regula la prescripción médica electrónica: la receta digital comienza a generar datos para nuestro sistemas de salud. las plataformas verificarán que los profesionales de la salud que prescriban medicamentos estén inscriptos en la *Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS)* del *Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA)*. Adicionalmente, las jurisdicciones cuentan con la información de los profesionales matriculados y habilitados para ejercer. Este dato es fundamental para validar al profesional prescriptor de una receta electrónica.
- ✓ **Resolución 1938/2025:** determinó la gratuidad de los trámites de habilitación y matriculación para el ejercicio de la profesión.
- ✓ **Resolución 2214/2025:** diferencia los tipos de prescripción (medicamentos, dispositivos, estudios). Una *Comisión Internacional Independiente* entregó al Ministerio de Salud el informe que revalidó que Corrientes y Neuquén continúan siendo libres de Chagas. También certifican los departamentos de Tulimba (pueblo histórico de Córdoba), Totoral y Río Primero de Córdoba y Tunuyan, y San Carlos en Mendoza alcanzaron el mismo objetivo.

El futuro posible nos hace observar algunas nuevas tecnologías lanzadas en Europa destinadas a:

1. Prevención de HIV.
2. Eczema crónico de manos.
3. Quimioterapia basada en platino para cáncer de pulmón de células no pequeñas, avanzado no tratado.
4. Glomerulopatía por complemento III.
5. Artritis idiopática juvenil poliarticular (2 a 17 años).
6. Acné vulgar en mayores de 12 años.
7. Cáncer de pulmón no microcítico avanzado ALK-positivo que no ha sido tratado con un inhibidor ALK. ■

(*) Gerente de Planeamiento, Programas y Desarrollo de OSUTHGRA (Obra Social de la Unión de Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina).

Nueva App UOCRA

La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic
de distancia!



Disponible en:



¡Ingresá al
mundo UOCRA
estés donde estés!

CONSTRUIR 
Obra Social del Personal
de la Construcción **Salud**



**Red Social
UOCRA**
Unión Obrera de la Construcción
de la República Argentina

EXPERIENCIA Y EVOLUCIÓN: MEDIO SIGLO CUIDANDO LA SALUD



Por el Dr. Gerardo F. Bernusi (*)

En FAOSDIR tenemos el orgullo de contar entre nuestros miembros a diversas instituciones que ya han cumplido medio siglo de trayectoria y muchas otras que están por cumplirlos. Celebrar 50 años brindando servicios, cuidando la salud de nuestros afiliados y sus familias es todo un logro.

Si nos detenemos a pensar, son millones de personas a quienes, durante este proceso, acompañamos y asistimos en los momentos trascendentales de sus vidas: desde el maravilloso día del nacimiento de sus hijos hasta tiempos de angustia, vulnerabilidad y preocupación extrema. Transitamos cada uno de esos momentos a su lado.

Durante estos años de nuestra vida institucional, fuimos creciendo, consolidándonos, invirtiendo de manera constante en mejorar la calidad de nuestros servicios. Lo hicimos atravesando los diversos gobiernos de nuestro país, distintos contextos económicos y sociales, así como diferentes lineamientos políticos y visiones sobre nuestro sistema de salud, pero siempre atendiendo a la consigna de optimizar las prestaciones en salud.

Debimos adaptarnos a permanentes modificaciones normativas, a ciclos de bonanza y de crisis, al avance de la judicialización de la salud, a la irrupción de nuevas tecnologías y a la aparición de tratamientos cada vez más sofisticados.

Celebramos la llegada de nuevas herramientas para prolongar la vida de nuestros afiliados, pero con eso llegó también el desafío de afrontar los costos asociados. Nuestra población fue cambiando, con nuevos requerimientos en salud, en la prevención y el cuidado de su calidad de vida, y fuimos adaptándonos a sus necesidades.

Mientras tanto, nuestro sector también vivió transformaciones profundas, muchas veces traumáticas, a partir de decisiones políticas, judiciales y legislaciones controvertidas. No obstante, las obras sociales continuamos cumpliendo solidariamente nuestra responsabilidad con la salud de nuestra población. Y así quedó demostrado durante la pandemia, momento en el que toda la seguridad social estuvo a la altura de las circunstancias, salvando miles de vidas.

FAOSDIR, como también otras Federaciones y Cámaras del sector fueron y son un faro para las organizaciones que agrupan. Son las que contuvieron, informaron y guiaron a sus miembros en los momentos de mayor incertidumbre y continuarán haciéndolo, porque aún quedan muchos desafíos por delante.

Principalmente, trabajar consensuadamente en la corrección de distorsiones que fueron desfinanciando al sistema, como las leyes por enfermedad, que fomentaron la judicialización y llevaron a las entidades a la obligación de derivar un gran porcentaje de sus ingresos a coberturas puntuales en desmedro del conjunto, hasta llegar a cubrir prestaciones no sanitarias como la educación, el transporte o alimentos.

Otra medida que contribuyó al desfinanciamiento es la obligatoriedad de dar cobertura a casos de preexistencias, que muchas veces involucran el falseamiento de declaraciones juradas para ingresar a consumir prestaciones -la mayoría de las veces de alto costo- sin haber realizado ningún aporte al sistema, abusando de un sistema tradicionalmente solidario.

A eso se suma ahora, que las entidades no tienen opción siquiera de tomarse el tiempo de estudiar los casos ante la sospecha de falseamiento. Están obligadas a dar cobertura inmediata bajo la amenaza concreta de sanciones con multas millonarias en un mecanismo automático con escaso derecho de defensa.

No obstante, en el último año, el sector salud logró recuperar parte de su desfinanciamiento crónico al tener la posibilidad de seguir el ritmo de la inflación.

Pero serán necesarias medidas de fondo para poder darle la solidez necesaria a todo el sistema para enfrentar una nueva amenaza que se cierne sobre su sostenibilidad: el avance de los tratamientos de alto costo como las terapias génicas, celulares, tisulares y nuevas generaciones de medicamentos de altísimo precio, que están poniendo en jaque a los sistemas sanitarios a nivel global.

Algunos prometen la curación definitiva, pero a un costo millonario en dólares. Será imprescindible una evaluación sanitaria rigurosa y un poder judicial profundamente informado y asesorado científicamente para que no haya una colisión entre la demanda y la posibilidad de cobertura, incluso por parte de las organizaciones más sólidas del mercado.

También será necesario de aquí en más establecer regulaciones que ya desde el proyecto de ley tengan en cuenta las fuentes y condiciones de financiamiento para dar previsibilidad al sistema.

Ante cada una de las situaciones que se fueron planteando, la actitud de nuestro sector siempre fue mejorar, adaptarse y mirar hacia el futuro con el mayor optimismo.

Hoy podemos capitalizar este medio siglo de cambios aprendiendo de ellos, sumando los nuevos paradigmas de la atención sanitaria a la experiencia y a nuestra vocación de servicio, poniéndonos a la vanguardia de la innovación y en permanente evolución para cuidar la salud de los argentinos, que es lo que mejor hacemos hace ya más de cincuenta años. ■

(*) Secretario de FAOSDIR (Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección).



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

- Médicos, Investigadores, Odontólogos, Psicólogos y otros profesionales de la salud independientes o asociados a clínicas.
- Centros de Policonsultorios.
- Centros de Diagnóstico por Imágenes.
- Clínicas, Sanatorios y Empresas de Emergencias Médicas.
- Federaciones, Colegios y Círculos Médicos.
- Empresas de Medicina Prepaga.
- Obras Sociales.
- Institutos y Cajas Provinciales.
- Gerenciadoras.
- Laboratorios y Análisis Clínicos.
- Programas de Investigaciones Clínicas.
- Empresas de Internación Domiciliaria.

PRUDENCIA
Seguros



www.prudenciaseguros.com.ar » prudencia@prudenciaseguros.com.ar
Palacio Houlder, 25 de Mayo 489 6°, CABA » 0800-345-0085



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

 **SSN** | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

2025: UN PUNTO DE INFLEXIÓN PARA EL SISTEMA DE SALUD Y PARA SWISS MEDICAL



Por el Lic. Julio Diez (*)

El 2025 fue, sin dudas, un año extraordinariamente desafiante para Swiss Medical. La transformación del sistema de salud derivada de la **Resolución 1/25 de la Superintendencia de Servicios de Salud** representó uno de los cambios estructurales más profundos de las últimas décadas, con impacto directo, inmediato y de gran magnitud sobre el modelo operativo, contractual y prestacional vigente.

Sin pretender jerarquizar el cambio en términos históricos, sí puede afirmarse que su efecto fue **abrupto, disruptivo y sistémico**, especialmente si se considera el esquema contractual que Swiss Medical mantenía con las Obras Sociales. Un esquema que, durante más de veinte años, había sido el principal mecanismo para canalizar aportes hacia las empresas de medicina privada.

El cambio fue absoluto. Los convenios de triangulación con Obras Sociales dejaron de existir y el sistema mutó en su totalidad. La mayoría de las EMP operábamos bajo acuerdos que permitían derivar aportes a través de una Obra Social, bajo la modalidad de **RED DE PRESTADORES**, donde la empresa de medicina privada ofrecía su red prestacional para cubrir el PMO -o parte de este- a los afiliados que derivaban sus aportes. Ese modelo dejó de ser viable de manera inmediata.

El impacto fue directo sobre las Obras Sociales trianguladoras y, en términos de servicio, alcanzó también a las empresas de medicina privada con convenios activos. La Resolución 1/25 vino a poner fin a un sistema de derivación que había estructurado el funcionamiento del sector durante más de dos décadas, obligando a las Obras Sociales a reconfigurar su formato operativo y su rol dentro del sistema.

Cuando hablamos de Swiss Medical, hablamos inevitablemente de nuestros clientes. Y cuando hablamos de clientes, no nos referimos únicamente a los afiliados, sino también -y muy especialmente- a los **equipos de Recursos Humanos de las empresas**, que se convirtieron en actores centrales y protagonistas en la gestión de esta coyuntura.

La resolución modificó de manera abrupta los padrones, el direccionamiento de los aportes y desarticuló contratos entre Empresas de Medicina Prepaga y Obras Sociales con más de treinta años de vigencia. Todo ocurrió en un plazo extremadamente corto, sin esquemas de transición ni mecanismos de gradualidad que amortiguaran el impacto.

Desde una mirada prestacional, el impacto fue profundo. El modelo previo se basaba en un **PMO compartido**: Swiss Medical operaba bajo contratos de red prestacional de una Obra Social, cubriendo una parte del PMO, mientras que las Obras Sociales administraban el resto. En particular, estas gestionaban las prestaciones vinculadas a **Integración** y aquellas con recupero vía **S.U.R.G.E.**, financiadas a través del Fondo Solidario de Distribución (FSD). El resto del PMO quedaba bajo la responsabilidad de Swiss Medical.

Para graficar lo vivido desde lo prestacional, podría compararse con una obra teatral de género indefinido. No fue COMEDIA ni TRAGEDIA clásica. Hubo DRAMA, MISTERIO, ACCION y SUSPENSO. DRAMA, por la ausencia de respuestas claras durante semanas; MISTERIO, porque la interpretación normativa se iba construyendo en tiempo real; ACCION, por la necesidad de resolver múltiples situaciones críticas en simultáneo; y SUSPENSO, porque muchas soluciones se implementaban sin certeza inmediata sobre su efectividad. No hubo espacio para la liviandad ni para la pausa.

En ese contexto, el compromiso estratégico fue claro: **estar siempre al lado del cliente**. Acompañamos día a día a los equipos de "Recursos Humanos" de las empresas, que fueron verdaderos **socios estratégicos** en la gestión de la crisis. El equipo Corporate de Swiss Medical tuvo un rol clave, con presencia permanente y actitud proactiva, incluso en escenarios donde las respuestas aún estaban en construcción.

Puertas adentro, múltiples áreas realizaron un trabajo extraordinario detrás de escena. Discapacidad, Gestión de Prestaciones, Centro de Clientes y Operaciones sostuvieron el sistema, priorizando la resolución concreta de los problemas y respaldando al frente comercial en un contexto de altísima exigencia operativa.

Mención especial merecen los equipos de "Recursos Humanos" de las empresas clientes. Fueron quienes enfrentaron de primera mano la angustia, la incertidumbre y situaciones personales extremadamente complejas de sus colaboradores. Su rol fue determinante para contener, ordenar y acompañar en un escenario de máxima tensión.

Al cierre de 2025, podemos afirmar con convicción que el sistema se encuentra **prácticamente regularizado** y que este capítulo empieza a quedar atrás. Hoy estamos **jugando otro partido**: uno que nos permitirá, a partir de 2026, volver a poner foco en desarrollo, creatividad y propuesta de valor, con una agenda renovada donde el **cliente vuelva a ocupar el centro de la estrategia**, ya no desde la emergencia, sino desde la construcción. ■

(*) Director – Dirección Comercial Corporativa – Swiss Medical Group

SANCOR SALUD: UN MODELO HUMANAMENTE INTELIGENTE



Por el Dr. Fernando Werlen (*)

La salud atraviesa uno de los procesos de cambio más profundos de los últimos años. Los avances tecnológicos, el nuevo comportamiento de los usuarios y la velocidad con la que evoluciona el sistema, plantean un escenario desafiante, pero también lleno de oportunidades para quienes puedan adaptarse y ofrecer respuestas inmediatas, asertivas y, por sobre todo, humanizadas.

En 2025 convivieron dos realidades: por un lado, una incipiente estabilidad macroeconómica que permitió planificar con más previsibilidad luego de varios años de incertidumbre monetaria; por el otro, tensiones estructurales del sector que tienen más que ver con nuevas regulaciones, y a la par las exigencias y la mirada cada vez más personalizada. En ese equilibrio se encuentra hoy el sistema de salud argentino, que necesita avanzar hacia modelos más colaborativos y menos fragmentados, capaces de sostener calidad y accesibilidad en un país diverso y geográficamente extenso.

Desde SanCor Salud entendemos que esta etapa requiere de nuestro liderazgo, innovación y sensibilidad. Nuestro rol es marcar ese camino, al mismo tiempo que cuidamos a más de 860.000 personas con coberturas que evolucionan al ritmo de sus necesidades, manteniendo la cercanía que nos caracteriza y fortaleciendo una propuesta de valor que combina tecnología, experiencia y presencia territorial. La salud es vínculo, y por eso trabajamos para que cada interacción (digital o presencial) sea más simple, más clara y más humana.

La transformación tecnológica está marcando un antes y un después. Hoy tenemos recursos para tener más previsibilidad y solidez. La big data, la inteligencia artificial y las soluciones digitales permiten agilizar procesos, anticipar necesidades, obtener una historia más individualizada y brindar una experiencia más integrada. Pero la tecnología no es un fin en sí mismo: es una herramienta que, bien aplicada, amplía posibilidades y mejora la vida de las personas. En nuestro caso, su valor reside en hacer más accesible algo, en conocernos más para cuidarnos mejor, en reducir tiempos, potenciar la trazabilidad, y acompañar de una manera más cercana a las personas en los momentos en los que realmente necesitan acompañamiento.

La otra gran transformación es cultural. Los asociados ya no son solo receptores de servicios: son usuarios más informados, con nuevas demandas y más involucrados en su propio cuidado.

Esto exige equipos preparados, flexibles y con una visión interdisciplinaria que permanentemente piense en nuevos productos y nuevas formas de acompañar. La formación, la escucha activa y la capacidad de adaptación se vuelven centrales para cualquier organización que quiera proyectarse con diferencial.

También hay una necesidad creciente de fortalecer capacidades profesionales en todo el ecosistema. La salud avanza hacia modelos más coordinados, donde las competencias digitales, la capacidad analítica y el trabajo colaborativo se vuelven tan relevantes como el conocimiento clínico. Desarrollar talento, atraer especialistas y ofrecer entornos de trabajo preparados para nuevas prácticas será un factor determinante para la sostenibilidad del sistema de salud.

Mirando hacia 2026 vemos un año bisagra. No solo porque se espera que la estabilidad económica se consolide, sino porque el sector tiene la oportunidad de dar pasos firmes hacia modelos más integrados y más sostenibles. En nuestro caso, 2026 es un nuevo escalón hacia el desafío que nos proyecta al 2030: continuar siendo la punta de lanza en el cambio cultural y seguir con los pasos hacia el millón de asociados, con un modelo de bienestar integral robusto, moderno y centrado en la experiencia, siendo líderes de servicio y a la vanguardia en innovación.

Estos objetivos no se limitan a crecer en escala: implica fortalecer la calidad. Aspiramos a mejorar continuamente los procesos que determinan la satisfacción y la confianza, profundizando la digitalización, ampliando la autogestión y fortaleciendo la articulación con nuestra red prestacional.

El sistema de salud argentino enfrenta desafíos estructurales que requieren sí o sí un salto avalado por el diálogo, la colaboración y la planificación de largo plazo, que tenga como meta la sostenibilidad y el equilibrio. Costos crecientes, inequidades regionales, regulación en revisión permanente y una demanda social cada vez más diversa, exigen una coordinación efectiva entre los sectores público y privado. La estabilidad y calidad del sistema depende de esa articulación y de la capacidad de generar acuerdos que trasciendan coyunturas.

No obstante, hay razones para mirar el futuro con optimismo. Argentina cuenta con talento, con instituciones sólidas y con una sociedad que valora la salud como prioridad. Si logramos sostener un marco de previsibilidad, invertir en capital humano y aprovechar las oportunidades que brinda la tecnología, podremos construir un sistema más moderno, más integrado y equitativo.

Desde SanCor Salud nos ponemos al frente de este deseo y elegimos transitar ese camino con convicción. Tenemos la responsabilidad, y el compromiso, de mejorar cada día la experiencia de quienes confían en nosotros, pero también de impulsar una evolución que combine innovación, accesibilidad y una mirada humana del bienestar a lo largo de todo el sistema.

La salud del futuro será colaborativa, digital, predictiva y centrada en las personas. Y no solo vamos a ser parte de esa transformación: vamos a liderarla. El desafío es grande, pero también lo es la oportunidad: redefinir la manera en que acompañamos a las personas y construir una red de salud que esté verdaderamente a la altura de sus necesidades y expectativas. ■

(*) Director General del Grupo SanCor Salud

PRESCRIPTORES: LA PARÁBOLA DEL GASTO EN MEDICAMENTOS



Por el Lic. Carlos Candiano (*)

El gasto en medicamentos en la Argentina ya supera el 25% del gasto total del sistema de salud argentino, según el especialista en Economía de la Salud, **Martín Morgenstern**. **Se trata de un porcentaje muy superior al de la mayoría de los países desarrollados. Dinamarca destina apenas el 6,2%.**

Un estudio de la consultora Prosanity aporta otra dimensión del tema: “el 44% del gasto de las empresas financiadoras de salud corresponde al segmento de medicamentos. Además, si se suman los pagos directos de los pacientes, la proporción llega al **52% del gasto total**”.

Este fenómeno no es coyuntural. Responde a un crecimiento exponencial del gasto en medicamentos en la última década. Pero no implica que se haya extendido en igual proporción el acceso a los tratamientos, sino que este aumento del gasto está impulsado principalmente por los tratamientos de alto precio y las nuevas tecnologías, que son demandados por un grupo limitado de pacientes. De acuerdo a un informe del Observatorio de la Unión Argentina de Salud (UAS) de julio de 2022, la participación de los medicamentos de alto costo dentro del gasto total en medicamentos pasó de aproximadamente 8% en 2010 a cerca de 60% en años recientes.

Este avance sostenido de los tratamientos genera alarma en los sistemas sanitarios de todo el mundo. En la Argentina ya desde hace años los gastos vienen escalando a partir de la judicialización de los casos. Solo el Ministerio de Salud de la Nación registraba en el año 2023 más de 400 juicios vinculados a la cobertura de medicamentos de alto costo de no probada efectividad y fuera del PMO.

La magnitud del problema ha llevado al Ministerio de Salud, la Seguridad Social y al sector privado a trabajar en diversas estrategias tendientes a mitigar su desequilibrante impacto, como la reducción de otros gastos, compras conjuntas entre ministerios provinciales, importación directa y el impulso a una agencia de evaluación de tecnología sanitaria, entre otras iniciativas. Son medidas que ayudan, pero no resuelven de raíz el problema.

Los ingresos del sector salud no son ilimitados y existe un costo de oportunidad al realizar u otorgar estas coberturas en medicamentos, en detrimento de otros rubros que se deben financiar para cubrir el PMO. De esta manera podríamos concluir que este incremento del presupuesto para financiar el rubro medicamentos generó una transferencia de recursos que afectó a otros componentes del costo prestacional. Basta ver que años atrás, los honorarios profesionales representaban cerca de un tercio del gasto total, y hoy explican apenas el 15%. En contraste, los medicamentos, que en 2012 representaban el 15-18%, hoy concentran alrededor del 40% del gasto.

Esta reconfiguración del gasto impacta de manera directa sobre los prestadores y, especialmente, sobre el honorario de los profesionales médicos.

La paradoja es que el origen del gasto en medicamentos surge de una prescripción médica.

El desafío para el sistema -y para la sociedad- es lograr sostenibilidad frente a un crecimiento exponencial de estos gastos, que continuará acelerándose en los próximos años, impulsado por la propia dinámica de las ciencias médicas y el envejecimiento poblacional. Ya no se trata únicamente de enfermedades alto costo y baja incidencia, ya que cada vez hay más patologías que se cronifican. Además, están próximos a incorporarse nuevos tratamientos ultra costosos que hoy están en diferentes etapas de experimentación, estimulados por la industria más grande del mundo. Cada vez será más difícil lograr su cobertura.

La clave está en poder encontrar un equilibrio entre la incorporación de las nuevas tecnologías y la sostenibilidad del sistema, de modo que todos los actores puedan satisfacer sus necesidades: el médico con su honorario y el paciente con acceso a un tratamiento seguro y costo-efectivo, que resuelva su patología de la mejor manera.

La adopción de tecnologías con criterios de costo-efectividad es el elemento decisivo. En este punto, los médicos tienen la herramienta más poderosa del sistema: la lapicera.



El profesional que realiza la prescripción debe considerar el impacto que genera con la misma en el sistema en su conjunto, buscando siempre la decisión más costo-efectiva.

Debe considerar que existe un “pagador” de lo que está prescribiendo. Esos pagadores son los propios beneficiarios del sistema, tanto en el subsector público, como en la Seguridad Social y también en la medicina privada, en cuyo servicio tiene impacto el eventual desfinanciamiento del sistema.

Cada profesional debería constituirse en un virtual componente de la agencia de evaluación de tecnología, a través de sus propias decisiones al momento de la prescripción. Es decir, una **AGNET en el origen del gasto, en “la lapicera”**.

Como bien señalaba el Dr. Alberto Agrest, en su libro *Ser Médico, ayer, hoy y mañana*, “... Hasta hace algunas décadas, el médico vivía la pauta cultural de la entrega generosa y la sabiduría, que hoy debe cambiar por la de la efectividad y la eficiencia. El esfuerzo debe apuntar, entonces, a conciliar ambas culturas; el desafío es cómo hacerlo”.

Por otra parte, agregaba que las nuevas tecnologías surgen y cambian con gran velocidad y esa vertiginosidad en algunos casos dificulta su evaluación por parte de los médicos. Por ello su incorporación debe ser rigurosamente analizada.

La sostenibilidad solo será posible en la medida en que todos los actores asuman este compromiso.

En CEMPRA, cámara federal que representa a más de un millón y medio de personas a través de 40 entidades de medicina privada que brindan cobertura en todo el país, existe una profunda preocupación por esta situación. Se trabaja permanentemente para eficientizar la gestión del gasto, con el objetivo de garantizar la cobertura y la accesibilidad a los servicios de salud. Muchas de estas entidades, hoy constituidas como Agentes del Seguro de Salud,

cumplen, además, un rol clave en las comunidades locales y regionales del país.

En el ámbito de CEMPRA funcionan comisiones técnicas que desde hace años analizan este contexto y desarrollan estrategias de sostenibilidad. En particular, la Comisión Médica y Farmacéutica trabaja en el estudio y la generación de propuestas para optimizar el gasto en medicamentos. Entre otras acciones, se avanza en una gestión conjunta con la Superintendencia de Servicios de Salud para optimizar los costos de compra en una gestión articulada de los medicamentos de alto precio más frecuentes.

De la misma manera, se trabaja junto a los médicos prescriptores para consensuar criterios, especialmente en lo referido a las indicaciones de tratamientos de alto precio.

Las comisiones técnicas, contable, jurídica y de tecnología interactúan con la comisión médica aportando herramientas de análisis y medición del impacto económico de las decisiones terapéuticas.

Desde CEMPRA mantenemos una interacción permanente con las autoridades sanitarias nacionales y provinciales, articulando soluciones y acciones que permitan fortalecer la sostenibilidad del sistema y trabajar en beneficio de la salud de toda la comunidad.

Estamos en un momento crítico y trascendental de ordenamiento del sistema, que es responsabilidad de todos, y que requiere buscar eficiencias, hacer foco en lo importante, trabajar colaborativamente, y alinearnos en el propósito de garantizar la accesibilidad al sistema de salud a toda la población desde cada uno de los sectores en los que participamos. ■

(*) Presidente de la Cámara de Entidades de Medicina Privada (CEMPRA)



CHK

Consultores de Salud



**Atención
especializada**

- ✓ **Auditoria de Terreno y Facturación**
- ✓ **Optimización del Gasto**
- ✓ **Desarrollo de Redes Prestacionales**
- ✓ **Consultoría informática**
- ✓ **Consultoría en gestión de Sistemas de Salud**

Contacto:

Teléfono + 54 11-3698-6400

**Correo electrónico a
chkconsultores@gmail.com**

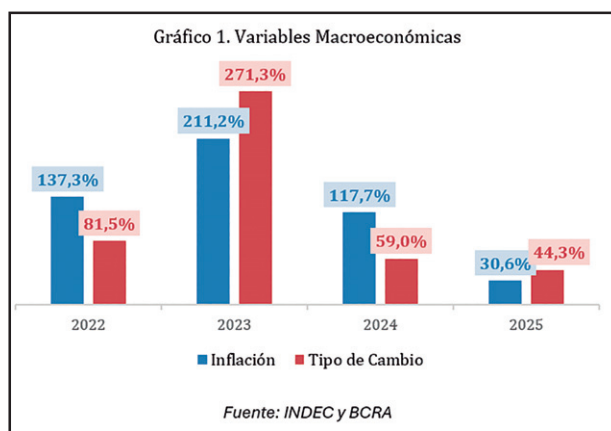
SITUACIÓN ACTUAL DEL SECTOR PRESTADOR DE LA SALUD



Por el Dr. Jorge Cherro (*)

Para comprender la dinámica actual del sector prestador de la salud resulta clave analizar, en primer lugar, las principales variables macroeconómicas (Gráfico 1). En 2025, la inflación se mantuvo en niveles significativamente más bajos en comparación con los últimos tres años. El relevamiento de expectativas de mercado del BCRA (REM) estima que en diciembre alcanzará una variación anual cercana al 30,5%. Un valor muy por debajo de los registrados en los años 2022 a 2024, período en el que la inflación fue de tres dígitos y llegó incluso al 200% en 2023.

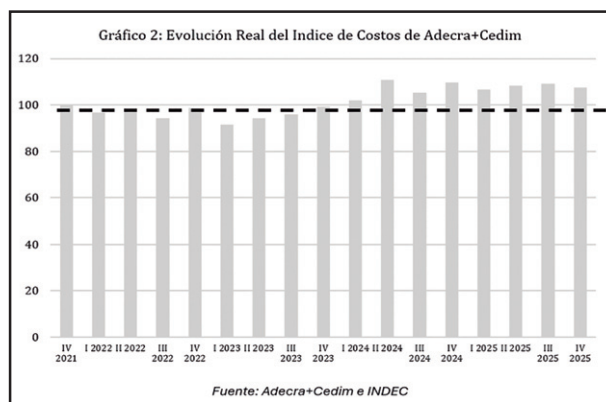
En paralelo, la moneda extranjera -tomando como referencia el dólar mayorista del BCRA- se devaluó a lo largo del año en torno al 40%, según el último REM disponible. Si bien se trata de un valor elevado, muestra una desaceleración respecto de 2023, cuando la devaluación superó ampliamente el 250%.



Ambas variables resultan especialmente relevantes para el sector, dado que aproximadamente el 14% de la estructura de costos de las instituciones de salud corresponde a insumos médicos y cerca de un 6% a insumos no médicos. Los dos rubros están fuertemente vinculados tanto al comportamiento del IPC general como por la evolución del tipo de cambio.

Al analizar las variables específicas del sector prestador de la salud, se destaca que el total anual de paritarias alcanzó el 26,7%, considerando las sumas no remunerativas otorgadas desde mayo, que fueron desde \$25.000 en ese mes hasta \$70.000 en diciembre. Al incorporar las contribuciones patronales, este porcentaje asciende al 42,4%. Este incremento se explica, en parte, porque la no contributividad de los aumentos se mantuvo solamente hasta abril de 2025 y porque el monto mínimo no imponible continúa sin actualización desde su implementación, fijado en \$17.509. Dado que alrededor del 75% de la estructura de costos de un establecimiento de salud corresponde a los recursos humanos, puede afirmarse que los costos del sector crecieron por encima de la inflación general de la economía.

Al analizar el Gráfico 2, que presenta la evolución real -ajustada por IPC- del Índice de Costos Adecre+Cedim, se observa que desde el primer trimestre de 2024 el índice registra un crecimiento real positivo, tendencia que efectivamente se mantuvo a lo largo de 2025.



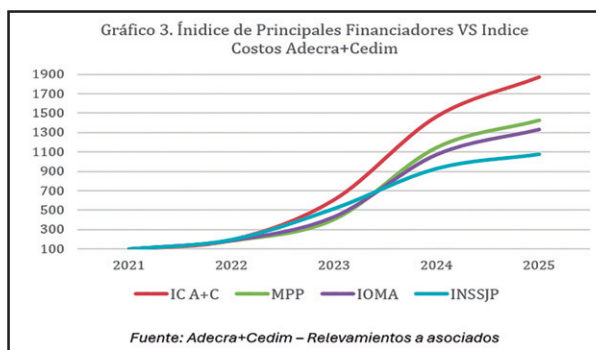
Hasta aquí se analizó la evolución de los costos. Pero... ¿qué pasó con los ingresos?

En el caso de la medicina prepaga, la Superintendencia de Servicios de Salud exige que las empresas informen los aumentos a sus afiliados en función al IPC. Durante todo el 2025, las empresas de medicina prepaga trasladaron a los prestadores un incremento acumulado del 24,5%. A lo largo del año, el ajuste mensual se ubicó alrededor de 0,5 puntos porcentuales por debajo de la inflación del mes previo, lo que genera un atraso sostenido en los aranceles.

Representado a las obras sociales provinciales, IOMA, otorgó distintos incrementos a lo largo de 2025. En marzo, mediante la Resolución 871/2025, se aplicó un aumento del 9%. En junio, la Resolución 1991/2025 aprobó un incremento del 5% sobre la base de febrero de 2025 para las prestaciones médicas y un adicional del 5% para el galeno quirúrgico. Ese mismo mes, la Resolución 1993/2025 estableció un aumento del 10%-calculado sobre diciembre de 2024- para prestaciones vinculadas a hogares para personas con discapacidad e instituciones con prestaciones educativo-terapéuticas. En julio, la Resolución 1994/2025 dispuso un incremento lineal del 10% sobre los nomencladores vigentes, también tomando como referencia diciembre de 2024. Finalmente, en septiembre y octubre se otorgaron incrementos acumulados del 1,7% y 2,5%, respectivamente. En conjunto, durante todo 2025, los aumentos de IOMA alcanzaron un valor similar al de la medicina prepaga, con una variación anual cercana al 24%.

En cuanto al INSSJP (PAMI), mediante la Resolución 446/2025 se otorgó un aumento del 1,9% en febrero y, a través de la Resolución 686/2025, un incremento adicional del 3% en marzo, este último limitado al segundo nivel de atención y a algunas prácticas odontológicas. Ambos ajustes se calcularon sobre la base de diciembre de 2024. Durante el segundo trimestre se aplicaron aumentos en los valores de cápita y en el Nomenclador Común del Instituto: 2,9% en abril (Resolución 798/2025), 2% en mayo, 1,5% en junio y 1,5% en julio (estos tres últimos según Resolución 1347/2025), siempre tomando como base diciembre de 2024. Asimismo, la Resolución 2574/2025 otorgó incrementos adicionales del 1,5% en noviembre y otro 1,5% en diciembre. En total, PAMI acumuló aumentos del 15,8% en todo 2025.

“ Al analizar el *Gráfico 2*, que presenta la evolución real -ajustada por IPC- del Índice de Costos Adecra+Cedim, se observa que desde el primer trimestre de 2024 el índice registra un crecimiento real positivo, tendencia que efectivamente se mantuvo a lo largo de 2025. ”



Para los prestadores del instituto, la situación se vio agravada por la implementación de cupos en las prestaciones, lo que redujo la facturación efectiva de los prestadores, y por demoras en los pagos, asociadas a problemas de financiamiento del organismo. En este contexto, resulta relevante el Decreto 849/2025, que dispuso el incremento de los créditos presupuestarios que la ANSES transfiere al Programa de Asistencia Médica Integral, en función de las retenciones a los haberes previsionales.

A modo de cierre, el análisis conjunto de costos e ingresos (*Gráfico 3*) muestra un escenario de fuerte tensión para el sector prestador de la salud. Mientras los costos crecieron por encima de la inflación -como se detalló en el *Gráfico 2*-, los ingresos evolucionaron a un ritmo claramente insuficiente para compensar ese aumento. Esta brecha persistente compromete la sostenibilidad económica de los prestadores. ■

(*) **Presidente de ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina).**



www.sanidad.org.ar

REFLEXIONES SOBRE UN AÑO DE CAMBIOS NORMATIVOS EN SALUD



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

El año que finaliza ha sido particularmente intenso en materia de producción normativa vinculada al sistema de salud. Decretos de necesidad y urgencia, resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, modificaciones en los mecanismos de financiamiento y nuevos procedimientos administrativos han configurado un escenario dinámico, complejo y, en muchos aspectos, controvertido.

A lo largo de este año, en diferentes artículos publicados, intenté acompañar ese proceso de cambio con una mirada crítica, técnica y reflexiva, orientada a analizar no solo el contenido formal de las normas, sino principalmente su impacto real sobre la cobertura de salud, la sustentabilidad del sistema y el equilibrio entre los distintos actores que lo integran.

Este cierre anual no pretende ser un inventario exhaustivo de normas ni una reiteración de los análisis ya realizados, sino una reflexión integradora sobre el recorrido efectuado.

Un intento de responder una pregunta central que atraviesa todo el debate: ¿las reformas normativas impulsadas durante el año lograron mejorar efectivamente la cobertura y la calidad del sistema de salud, o continúan sin resolverse los problemas estructurales de fondo?

Uno de los ejes centrales del debate normativo durante el año estuvo dado por el tratamiento de los aportes y contribuciones de la seguridad social y su destino dentro del sistema. La Resolución 1725/2025 de la Superintendencia de Servicios de Salud vino a reordenar criterios que habían sido objeto de controversia con anterioridad, especialmente tras la vigencia de la Resolución 2400/2023.

El nuevo enfoque normativo puso el acento en la transparencia, la trazabilidad y el uso específico de los recursos provenientes del salario del trabajador. Se reafirmó la idea de que dichos aportes deben aplicarse exclusivamente en beneficio del afiliado, reflejándose en la facturación y evitando su apropiación como excedentes por parte de las entidades financiadoras. El objetivo resulta incuestionable: garantizar que los fondos de la seguridad social cumplan su finalidad sanitaria.

Sin embargo, este cambio normativo también evidenció algunos otros aspectos que quizás fueron efectos no deseados: la redefinición del destino de los aportes no vino acompañada de

un fortalecimiento paralelo de los mecanismos de financiamiento del sistema, entre otros.

La mayor transparencia, sin un correlato en mayores recursos, dejó expuestas a muchas entidades a dificultades operativas y financieras, particularmente en un contexto de costos crecientes y salarios retrasados.

Este panorama parece profundizarse con el proyecto de ley de reforma laboral enviada por el Ejecutivo al Congreso sobre el cierre de esta edición, donde -en caso de prosperarse atenuaría la contribución patronal en un 1%, pasando del 6 al 5%, cuyo impacto en la recaudación total del financiador podría superar el 12% total.

Otro aspecto relevante en este análisis anual, fue el relacionado con el funcionamiento del denominado *Mecanismo de Integración*, concebido como una herramienta de apoyo financiero a los Agentes del Seguro de Salud para la cobertura de prestaciones vinculadas a la discapacidad.

En su origen, este esquema representó un avance significativo, al permitir una transferencia directa de recursos desde el Fondo Solidario de Redistribución hacia las obras sociales. No obstante, con el correr del tiempo y especialmente durante este último año, quedaron en evidencia sus limitaciones estructurales.

El crecimiento exponencial del número de beneficiarios con *Certificado Único de Discapacidad*, la actualización de aranceles y el aumento sostenido de la demanda prestacional, generaron una presión cada vez mayor sobre el Fondo. A ello se suma la existencia de numerosas prestaciones que, aun siendo necesarias y exigibles judicialmente, no se encuentran contempladas en el nomenclador nacional financiado por el mecanismo referido.

Esta situación ha colocado a muchas obras sociales en una encrucijada: afrontar con recursos propios prestaciones no financiadas o exponerse a reclamos judiciales. El resultado ha sido un incremento de la judicialización, retrasos en los pagos a prestadores y un deterioro progresivo de la previsibilidad financiera del sistema.

En materia de control y reclamos, la Resolución 951/2025 introdujo modificaciones relevantes en los procedimientos administrativos aplicables a las obras sociales y entidades de medicina prepaga. Se redujeron plazos, se reforzó el rol del organismo de control y se incrementó el rigor sancionatorio ante incumplimientos.

Estas medidas buscaron agilizar las respuestas y fortalecer la protección de los derechos de los beneficiarios. Sin embargo, hay algunas alarmas que preocupan sobre manera a las entidades, en especial las vinculadas a la cuantía de las multas aplicadas.

Las respuestas brindadas por los financiadores no siempre son validadas por la autoridad de aplicación, lo que deriva en sanciones económicas de magnitud considerable. En un contexto de recursos escasos, esta lógica genera una disyuntiva compleja: o se destinan fondos al pago de multas o se aplican a la cobertura de prestaciones.

En los hechos, las sanciones no han redundado en una mejora efectiva de la cobertura de salud, sino que han contribuido a debilitar aún más la situación económica de las entidades, restando recursos que podrían haberse destinado a la atención de los beneficiarios.

A ello, hay que adicionarle un alto grado de judicialización de estas resoluciones antes el fuero federal y el laboral, con los consecuentes costos y costas. En este sentido, la creciente judicialización del sistema fue otro rasgo distintivo del año. Los amparos en materia de salud continúan siendo una herramienta recurrente para garantizar prestaciones, medicamentos y tratamientos, especialmente frente a negativas o demoras administrativas.

En este contexto, resultó particularmente relevante el pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que puso de relieve que el derecho a la salud, aun siendo un derecho fundamental, no es absoluto. El Tribunal reafirmó la necesidad de interpretar su alcance de manera razonable, considerando la normativa vigente, la disponibilidad de recursos y la sostenibilidad del sistema en su conjunto.

Este criterio jurisprudencial introduce un elemento de equilibrio necesario en un escenario donde la satisfacción de derechos individuales, sin consideración del impacto sistémico, puede comprometer la cobertura de otros beneficiarios. El desafío radica en encontrar un punto de armonía entre la tutela judicial efectiva y la viabilidad económica del sistema.

Otro de los temas abordados a lo largo del año fue el impacto del desmantelamiento de mecanismo de hospitales públicos de gestión descentralizada. Tal como se advirtió oportunamente, estas decisiones repercutieron negativamente en el sistema, generando atrasos, fragmentación, pérdida de eficiencia y una sobrecarga administrativa significativa. Esta decisión, no solo afectó la calidad de las prestaciones brindadas por los efectores naturales del sistema, sino que también alteró la lógica de financiamiento.

Paradójicamente, las obras sociales comenzaron a encontrar mejores condiciones contractuales en el sector privado, tanto en términos de calidad como de precio y plazos de pago, invirtiéndose una lógica histórica que hoy impacta negativamente en la situación financiera del sistema público, pero que sobre todo se volvió una amenaza en cuanto a la subsistencia de las obras sociales.

Llegados a este punto, resulta inevitable concluir que el principal déficit del proceso normativo analizado es la ausencia de una discusión profunda y realista sobre el financiamiento del sistema de salud y sobre la calidad de la cobertura médico-prestacional que reciben los beneficiarios.

Se han dictado normas que reorganizan procedimientos, redistribuyen responsabilidades y refuerzan controles, pero sin abordar de manera integral cómo se fortalecerán los recursos de los dadores de salud, ni la mejora de la salud de la población.

Si el objetivo declarado es mejorar la calidad de la cobertura, resulta indispensable pensar en nuevas fuentes de financiamiento, en esquemas que protejan la liquidez de los financiadores y en mecanismos que garanticen previsibilidad económica. Sin ello, cualquier marco regulatorio, por más bien intencionado que sea, corre el riesgo de convertirse en una construcción formalmente sólida pero materialmente inviable.

En suma, las reformas de 2025 mostraron buenas intenciones que aún no se han traducido en mejoras tangibles en la salud de la población, el fin último perseguido.

Queda claro que se necesitan nuevas fuentes de financiamiento y esquemas que protejan la liquidez de los financiadores si se pretende un marco regulatorio viable que fortalezca el sistema y una mejora en la calidad de las prestaciones de salud; es decir, acciones que combinen regulación inteligente, financiamiento suficiente y una gestión eficiente.

Solo conjugando derechos con recursos, las políticas de salud dejarán de ser enunciados voluntaristas para convertirse en mejoras reales. ■

(*) Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la Superintendencia de Servicios de Salud.



UCA

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2026

GRADO - MARZO 2026

- Medicina
- Odontología
- Licenciatura en Nutrición
- Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría
- Licenciatura en Enfermería
- Licenciatura en Criminalística
- Licenciatura en Fonoaudiología
- Farmacia - **NUEVA**
- Bioquímica - **NUEVA**
- Ciclo de Licenciatura en Gestión de Servicios de Salud
- Ciclo de Licenciatura en Hemoterapia e Inmunohematología

MÁS
INFORMACIÓN



EL PROYECTO DE REFORMA LABORAL LA REDUCCIÓN DE UN PUNTO DE LA CONTRIBUCIÓN



"Veo un museo de grandes novedades"
(El tiempo no para)
Cazuza (Agenor de Miranda Araújo Neto)

Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados

El proyecto enviado por el Poder Ejecutivo al Congreso Nacional denominado "LEY DE MODERNIZACIÓN LABORAL", fue ingresado por la Cámara de Senadores con fecha 11 de diciembre de 2025. No es intención de este artículo opinar sobre la reforma laboral en particular, sino de sus implicancias en el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Específicamente en lo que respecta al Sistema de Salud, el proyecto en cuestión contiene un artículo que impone una sustancial modificación al financiamiento del sistema. En el Título XXI denominado "beneficios al empleo ya registrado", se incluye un artículo que se transcribe textualmente:

ARTÍCULO 161.- Sustitúyese, con efecto para las contribuciones que se devenguen a partir del segundo mes inmediato siguiente al de la entrada en vigencia de la presente ley, el inciso a) del artículo 16 de la Ley N° 23.660 y sus modificaciones, por el siguiente: "a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al CINCO POR CIENTO (5 %) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia".

Actualmente, el financiamiento previsto por el artículo 16 de la ley de obras sociales, está establecido por ese artículo 16 que establece una contribución (a cargo del empleador) equivalente al seis por ciento (6%) del salario, y un aporte del trabajador del tres por ciento (3%). No es objetivo de este trabajo discurrir sobre la naturaleza jurídica de ambos, pero es necesario hacer saber que el decreto reglamentario de la ley de obras sociales ha dispuesto expresamente que tanto la contribución como el aporte es salario diferido y solidario.⁽¹⁾

Este articulado representa la reiteración de una disposición reglamentaria que ya se tomó en otra oportunidad. En efecto, el decreto 492/95 del 22 de septiembre de 1995, en su Anexo II, dispuso una disminución de la contribución al 5%. En ese momento, y por delegación del Congreso Nacional al Poder Ejecutivo mediante la ley 23.696, las disposiciones sobre cuestiones impositivas podían ser tomadas por el PEN. Los considerandos del decreto 292/95, antecesor del citado anteriormente, explicaron los fundamentos de esa medida en "que es imprescindible generar mecanismos adicionales que incentiven el cumplimiento de las obligaciones impositivas y de la Seguridad Social en el marco de la lucha contra la evasión y del fomento del empleo".

Hagamos un alto aquí: ¿NO SUENA CONOCIDO? Sin entrar a considerar el concepto de remuneración ni la condición de agente de retención que ostenta el empleador, vale citar a esta altura algunos párrafos de la obra "REGIMEN LEGAL DE LAS OBRAS SOCIALES AGENTES DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD" del jurista Julio Aren que textualmente expresó que "muchas veces los empresarios, periodistas, algunos economistas y ciertos políticos nacionales y extranjeros, así como los organismos de crédito internacional aludieron al Elevado costo laboral argentino refiriéndose a las contribuciones patronales que en nuestro país se vierten al financiamiento de la seguridad social. Ello atentaría contra la competitividad de la producción nacional, frente un proceso de globalización de la economía y de las finanzas"⁽²⁾ ¿NO SUENA CONOCIDO? Huelga aclarar que nada de lo vaticinado en los considerandos de la norma ocurrió en la realidad, y la Argentina atravesó una de las más grandes crisis de su historia. En particular, los datos oficiales indican que, con posterioridad al dictado del decreto en análisis, la evasión no disminuyó y el desempleo fue en aumento mes a mes.

Es importante aclarar que por el artículo 80 de la ley 25.565 (aprobación del presupuesto Nacional para el año 2002) fue restituido al financiamiento de la salud el punto de la contribución patronal.

Volviendo a la actualidad, la situación que atraviesa la salud en general, especialmente la seguridad social, estamos atravesando una evidente crisis del financiamiento del sector que es reconocida por los prestadores, los financiadores, los usuarios y también por los funcionarios del gobierno.⁽³⁾ El Ministro de Salud de la Nación, expresamente reconoció en el Congreso de la COSSPRA que el financiamiento de salud está en crisis.⁽⁴⁾

Entonces, analicemos desde esa perspectiva el impacto que la normativa puede tener tanto en los recursos de la seguridad social como en la medicina privada. Ya hemos explicado en otros artículos que la medicina privada hoy puede revestir el carácter de "Agente del Seguro de Salud", pero con reglas diferentes (mejoradas) que las obras sociales. Ya lo explicamos en un artículo que se tituló "NO SE PUEDE JUGAR AL FUTBOL CON LAS REGLAS DEL RUGBY".⁽⁵⁾ Analizamos el impacto sobre ese sector, porque hoy también es receptora de aportes y contribuciones.

Si tomamos información pública que cualquier ciudadano puede chequear en la web de ARCA,⁽⁶⁾ la recaudación de la seguridad social para el mes de agosto de 2025 (última publicada) fue la siguiente: la del Fondo Solidario de Redistribución fue de 148,358 en miles de millones, y la del Sistema fue de 859,833. Tomando como base ese dato conocido, la reducción de un punto en la recaudación representa en estimación para el FSR 16.018 millones de pérdida y las Obras Sociales perderían, a su vez, 91.346 millones mensuales. Ese número hay que multiplicarlos por trece (13), ya que también tributa el Sueldo Anual Complementario. Aclaremos que en la estimación se ha incluido también la recaudación correspondiente a los pequeños contribuyentes (ley 24.977), cuyo aporte al FSR es equivalente al diez por ciento (10%).

Además de la reducción en la recaudación real de los agentes del seguro, este punto de disminución de la contribución patronal va a tener otras consecuencias. Algunas de ellas podemos citar en este trabajo:

- Para los agentes de salud que tengan planes que se financian exclusivamente con aportes y contribuciones, esa reducción redundará en menos prestaciones. Es obvio. Nadie en su casa gasta más de lo que le ingresa.
- Para los agentes de salud que tienen planes que recurren a un componente de bolsillo que abona el afiliado, el plan seguirá costando lo mismo. Pero al recibir menos fondos mediante los aportes y contribuciones, aumentará en consecuencia el gasto de bolsillo. A ello, habrá que adicionarle los incrementos mensuales que se seguirán aplicando sobre la base del IPC o de otro índice.

- c) También, como dijimos, implicará una reducción de la recaudación del FSR. Esto conllevará que habrá menos recursos para solventar las prestaciones de discapacidad que normativamente se financian exclusivamente por ese fondo a través del programa Integración,⁽⁷⁾ que habrá menos recursos para solventar los subsidios de SUMA (beneficiarios totales), SUMARTE (pequeños contribuyentes monotributistas) y SUMA 65 (mayores de 65 años), ya que todos ellos son variables porque representan un porcentaje de la recaudación.
- d) Esta situación se agrava si consideramos la vigencia (ahora suspendida por 90 días) de la Resolución N° 1725/25 de la Superintendencia de Servicios de Salud. En ella, específicamente en su Anexo, se detallan las CLÁUSULAS MÍNIMAS que deben contener los contratos individuales. En el punto 13, se señala que en el detalle de las cuotas deben contabilizarse tanto los aportes y contribuciones como el importe de los subsidios liquidados. Si bien ya nos hemos pronunciado críticamente sobre su contenido,⁽⁸⁾ el proyecto se contradice con el objetivo tenido en mira al dictar la norma, pues al reducir la contribución será menos los que percibirán los beneficiarios nominativizados.

Nos parece importante destacar que, prácticamente en todo el mundo -gobiernos de todos los colores políticos e ideológicos-, están analizando y aplicando fuentes alternativas de financiamiento, pues el sistema contributivo resulta insuficiente para solventar la seguridad social en general. Es indiscutible que tener sistemas de salud, previsional y de riesgos de trabajo robustos, mejora de modo directo la calidad de vida de la población. Después podemos discutir sobre la pertinencia de tal o cual medida política; pero sobre los tres pilares de la seguridad social, no debería existir disenso alguno.

Por ello, sugerimos analizar profundamente los alcances que tiene este tipo de medidas sobre la cobertura de salud que debe recibir nuestro pueblo.

Las mismas soluciones para los mismos problemas

Esta receta ya fue aplicada y no funcionó. La frase “*las mismas soluciones para los mismos problemas*” es una advertencia contra la **rutina ineficaz**, popularizada por Albert Einstein (“*Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo*”), que subraya que **repetir acciones idénticas** ante desafíos recurrentes solo perpetúa el problema, ya que la mentalidad o estrategia original no cambia, llevando a la frustración. La clave es analizar, identificar la causa raíz y generar nuevas estrategias para lograr un cambio, rompiendo el círculo vicioso.

En tiempos de crisis, se impone buscar soluciones innovadoras. Reducir en un punto la contribución, cuando todos sabemos que el sistema de salud ajusta a la baja, no parece ser la receta adecuada.

Entonces, tomemos las palabras del Ministro de Salud de la Nación en su discurso de cierre del Congreso de la COSSPRA ya citado, en donde llamó a repensar las prácticas y a innovar en las soluciones: “**Les pido, por favor, que sean disruptivos, que no sigamos pensando igual que como pensamos hasta ahora, porque la solución no es más de lo mismo**”. ■

Referencias:

- 1) Art. 16, del Anexo I del decreto 576/93.
- 2) Régimen Legal de las Obras Sociales, Julio Aren. Ed. Lexis Nexis, pág. 287.
- 3) <https://www.femecon.com/nota251202.html>
- 4) <https://www.cosspra.com.ar/cosspra-cerro-su-iv-congreso-con-un-llamado-a-la-integracion-federal-en-salud/>
- 5) https://www.revistamedicos.ar/numero141/opinion_bustos_cochlar.htm
- 6) <https://www.arca.gob.ar/institucional/estudios/>
- 7) Decreto 904/2016 y ley 24.901.
- 8) https://www.revistamedicos.ar/numero_actual/opinion_bustos_cochlar.htm



LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACIÓN

La Pampa 1517 · 2° piso C · Ciudad de Buenos Aires · Tel. 011.4783.8197 / 011.4896.2614

www.prosanity.com.ar

LIBERTAD, IGUALDAD, FRATERNIDAD... EN EL MUNDO DEL REVÉS UNA VISIÓN ESTRATÉGICA DE LA SALUD EN UN MUNDO DESIGUAL



"En una sociedad no deben ni pueden existir clases sociales definidas por índices económicos. El hombre no es un ser económico. Lo económico hace en él a su necesidad, no a su dignidad".

Dr. Ramon Carrillo

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

El mundo del revés...

Muchos científicos en lugar de escribir sobre el futuro lo están haciendo realidad, orquestando el mayor experimento no controlado de la historia mediante "pruebas beta". **Las pruebas beta** son una fase crucial en el desarrollo de software o productos, donde una versión casi final se entrega a usuarios reales -de sus teorías- en poblaciones que no consienten voluntariamente o no entienden lo que significa.

Hay una ironía cruel en ver cómo las ideas que una vez sirvieron para desenmascarar al poder ahora son citadas por quienes lo ejercen sin pudor. Han descubierto que los conceptos filosóficos más refinados pueden convertirse en los instrumentos más eficaces para remodelar el mundo según sus intereses.

Sin embargo, por mucho que se busque, no hay nada Adomiano⁽¹⁾ en la "realpolitik para optimistas" que promueve. Es la Escuela de Frankfurt condimentada con Nasdaq: allí donde Adorno y Max Horkheimer veían **la racionalidad de la "Ilustración"** como un velo que ocultaba la violencia. Además, hay mucho dinero que ganarse si se quiere contribuir a perfeccionar aún más su organización, esta vez con la ayuda de algoritmos, drones e inteligencia artificial.

Esta nueva especie, que Morozov llama "intelectuales-oligarcas",⁽²⁾ está socavando la taxonomía bien ordenada a la que nos hemos acostumbrado. Los magnates de la era industrial crearon fundaciones dedicadas a su visión del mundo o financiaron organizaciones sin fines de lucro. Los reyes-filósofos de Silicon Valley han ideado híbridos mucho más corpulentos: carteras de acciones que sirven de argumentos filosóficos, posiciones de mercado que operacionalizan sus convicciones, fondos de inversión que son también fortalezas ideológicas.⁽³⁾

Antes de que la teoría de los sistemas inflara su prosa y la introducción de matices amortiguara su ira, el joven Habermas se apresuró en señalar al culpable: la erosión del debate crítico y

transparente se debía a la influencia corruptora de la concentración de poder. Y dio en el clavo. Pero, curiosamente, en una actualización de su libro de 1962 publicada en 2023, el aristócrata académico opta en cambio por detenerse en temas como la "conducción por algoritmos", más bien como alguien que se afana en enderezar los marcos que cuelgan de las paredes de una casa a punto de derrumbarse.⁽⁴⁾⁽⁵⁾

El principal peligro al que nos enfrentamos reside menos en las plataformas dirigidas por algoritmos, que en los oligarcas que las poseen.

¿Por qué? Porque tienen en sus manos tres instrumentos mortíferos: la gravedad plutocrática (fortunas tan inmensas que distorsionan hasta las propiedades físicas de la realidad), la autoridad oracular (visiones tecnológicas presentadas como profecías ineludibles) y la soberanía sobre las plataformas (control de los foros donde tiene lugar la conversación pública): todos han colonizado el medio y el mensaje⁽⁶⁾, el sistema y el "mundo vivido" de Habermas.⁽⁷⁾

Comencemos con la salud en Sudamérica y en la Argentina

"La escuela es siempre un espacio político, aunque algunos se esfuercen en ocultarlo o condenarlo. No se trata de una elección o de una decisión. La escuela es un espacio inherentemente político porque es la institución que las sociedades democráticas consagran al ejercicio de un derecho tan esencial que su garantía potencia, amplía y vuelve efectivos otros derechos humanos fundamentales. Por eso, los conservadores siempre desconfían de la escuela pública, la atacan y tratan de desprestigiarla. Porque, ejerciendo su politicidad, la escuela es un laboratorio de participación y de formación ciudadana. Un espacio de construcción colectiva de la emancipación y de las libertades humanas".⁽⁸⁾

La Universidad es la continuación del ejercicio de la potestad democrática. Allí se forman los profesionales de la salud. De esa formación resultarán los engranajes que conformarán el sistema de salud argentino. De la comprensión de cómo funciona ese sistema serán entonces, actores activos o pasivos. Por esto congelar su presupuesto es hundirnos en el pasado y eliminar el ascenso de las clases medias.

Tenemos que agregar ahora el proyecto oprobioso de reforma de la nueva *Ley del Trabajo*: un retorno al tiempo de la esclavitud, eliminada de la legislación argentina en 1813 por la ley de vientos. ¿Se los entrena de cómo funciona el sistema? ¿Comprenden los estudiantes de la facultad de medicina su rol en la sociedad?⁽⁹⁾

La democracia argentina aún no ha resuelto las desigualdades que reproduce el propio sistema de salud. Si bien la población en su conjunto tiene la posibilidad de acceder a los servicios ofrecidos por el sector público, aún persisten brechas importantes y asignaturas pendientes, especialmente en lo relativo a su calidad. Por un lado, el gasto total en servicios de atención de la salud supera el 8,5% del PIB, uno de los niveles más elevados de Sudamérica. *Por el otro, existe una deuda social con las poblaciones más pobres.*

El sistema de salud en la Argentina es uno de los más fragmentados y segmentados de Latinoamérica. Está compuesto por los sectores público, privado y del seguro social. Uno de cada

tres argentinos cuenta solo con el primero, que está conformado por los ministerios nacionales, provinciales y municipales y la red de hospitales y centros de salud que prestan atención gratuita a toda persona que lo necesite.

El privado incluye a más de un centenar de entidades de seguro voluntario llamadas empresas de medicina prepaga. Por último, el seguro social obligatorio está organizado en torno a las obras sociales, nacionales y provinciales, que es una cobertura solo para los empleados registrados.

Cada una de las provincias retiene su autonomía en materia de salud. A su vez, coexisten unas 300 obras sociales. La desigualdad queda manifiesta cuando se observa que en la capital del país hay 10,2 médicos y 7,3 camas por cada 1.000 habitantes, frente a 1,2 y 1,1 respectivamente para la provincia de Misiones.

El 100% de la población argentina, los ciudadanos, los residentes, incluso las personas en tránsito, tiene derecho a atenderse en cualquier establecimiento del sistema público del país. Pero esto no significa que no existan barreras geográficas o culturales que dificulten la atención oportuna. Tampoco garantiza la calidad.

Existen diferencias muy importantes en los resultados entre las provincias más pobres y las más ricas. Hay más clínicos que especialistas y están mal distribuidos. Los recursos son diversos y variados.

En la capital argentina, Buenos Aires, el 20% cuenta solamente con el sistema de salud público. En los barrios del sur se encuentra la mayor cantidad de personas cubiertas exclusivamente por este, mientras que, en el norte, la mayor parte tiene obra social o prepaga mediante contratación voluntaria.

Uno de los objetivos más importantes sería ampliar la cobertura universal de salud con efectividad, equidad y calidad...

Esta estrategia tiene tres ejes: la cobertura territorial con equipos de salud familiar; el fortalecimiento de los sistemas de información como la historia clínica electrónica; *la construcción de estadísticas fiables* y **comenzar a definir entre el ministerio nacional y las provincias cuáles son las cuestiones en las que no están dispuestos a tolerar disparidades sanitarias.**

Los ejemplos internacionales muestran que los sistemas universales de salud son los que mejor pueden resolver estas problemáticas. Sin embargo, una reforma de ese tipo en nuestro país chocará con un conjunto heterogéneo y poderoso de intereses que incluyen a laboratorios farmacéuticos, empresas de medicina prepaga, sindicatos, corporaciones de la salud, entre otros.

Por otro lado, los sectores de menores recursos son quienes en menor medida realizan estudios y consultas médicas preventivas, consultas odontológicas o consultas de salud mental. Como además son los sectores con mayor carga de morbilidad, en muchos casos se da la situación paradójica de que quienes más necesitan utilizar los servicios son quienes menos lo hacen.

Las dificultades en el acceso se traducen en diagnósticos tardíos, la falta de acceso a medicamentos en tiempo y forma, los tiempos de espera para acceder a una cirugía, las dificultades para acceder a algún tipo de tratamiento oncológico... son todas formas en las que se manifiesta la inequidad.

Sin embargo, se ha estimado que, para recuperar y poner los hospitales en condiciones, será necesario sostener la inversión durante por los menos ocho años, lo cual subraya la importancia de contar con programas de inversión permanente.



Esto es algo que no se comprende bien: la inversión en infraestructura posee ecuaciones matemático-físicas que fijan la renovación de infraestructura en un tiempo dado y que si no se hace el deterioro afecta a todo el sistema. Los algoritmos de atención de los pacientes se alteran.

Enfermedades vinculadas a la pobreza

La desigualdad en la salud de los argentinos también se puede comprobar con la distribución de las enfermedades que típicamente se ensañan con la pobreza, como la tuberculosis o el mal de Chagas. En la Argentina se calcula que más de un millón y medio de personas padecen este último, o sea, un 4% de la población.⁽⁹⁾

Entre las distintas provincias también se observan profundas desigualdades en relación con la tuberculosis. Salta, Jujuy y Formosa tienen tasas de 47,8, 47 y 39,2 por cada 100.000 habitantes, más del doble de la media nacional.

La forma de lograr un menor impacto con estos males es aumentando la inversión en prevención.

Es muy importante la detección temprana y democratizar el acceso a la prevención: mantener el esquema de vacunación es fundamental y el concepto erróneo de que hasta que no fabriquemos acá las vacunas quizás no se importaran, nos costará muy caro a los argentinos. Esto ya se expresa con los brotes de sarampión y coqueluche, según nos informa la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría). Además de la falta de programas de promoción de la vacunación, que descendió a su menor incidencia histórica.

Impacto de la COVID-19 en la Argentina

Nuestro país tuvo una estrategia adecuada para la emergencia. Se materializó a través de una cuarentena estricta y prematura, cuando aún no había vacunas. Se fortaleció el número de camas de internación sobre todo las de UTI con el monopolio estatal de distribución de respiradores. Esto redunda en una equitativa política en este aspecto. También la población estuvo a la altura de los acontecimientos.

La llegada de vacunas y su inoculación prematuramente fue un acierto de la conducción sanitaria, pese a los agoreros y antivacunas, que sin fundamentos científicos se opusieron a la estrategia, la oposición por la oposición misma. Las manifestaciones en contra de la política sanitaria lindaron con el ridículo y no hay que olvidarlas.

Impacto económico de la COVID-19 en Sudamérica

La región ha soportado el 28% del total de muertes por COVID-19 en el mundo, pese a que sus habitantes sólo representan el 8,4% de la población mundial. Desde el comienzo de la pandemia, el número de personas que viven en la pobreza representa 14 millones mayor que en 2019.

América Latina y el Caribe fue la región que experimentó el descenso más drástico del empleo desde 2020. Las mujeres, las personas jóvenes y las personas que trabajan en el sector informal han sido las más afectadas.

Casi el 60% de los niños que perdieron un curso escolar completo en el mundo estaban en Sudamérica. 44 millones de personas pasaron a sufrir inseguridad alimentaria, de los cuales 21 millones se hallaban en situación de inseguridad alimentaria severa. ⁽¹⁰⁾

La COVID-19 agravada por la desigualdad

La región de Sudamérica sigue siendo la más desigual del mundo. En 2022, el 20% de las personas más ricas de la población concentraba casi la mitad del total de ingresos, mientras que el 20% más pobre disponía de menos del 5% de ese total. El 1% de las personas más ricas de la región concentra casi la cuarta parte del total de ingresos.

Existe una relación entre los niveles de ingresos más altos, la desigualdad y el impacto de la pandemia en términos de pérdida de vidas. Los países más desiguales de la región (como Perú, México, Brasil, Chile, Colombia y Paraguay) tuvieron cifras muy altas de muertes por COVID-19 por millón de habitantes.

En 2019, el 30% de los hogares de la región eran considerados hogares hacinados. El 50% de los hogares de personas que vivían en la pobreza tenían condiciones de hacinamiento. Menos de un tercio de los hogares vulnerables tienen acceso a una computadora en casa.

Respuestas de protección social y salud durante la COVID-19

En 2019, sólo el 47,2% de las personas empleadas estaban afiliadas o contribuían a sistemas de pensiones. Una de cada cuatro personas de más de 65 años no percibía una pensión. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, las medidas de protección de emergencia social adoptadas cubrían a menos de dos tercios de la población.

Un total de 64 programas de transferencias monetarias se implementaron en 24 de los 33 países. Sin embargo, más de la mitad de las intervenciones beneficiaron directamente a menos del 10% de la población, y consistieron en transferencias de ingreso inferiores al salario mínimo mensual.

En América Latina y el Caribe, el 30% de la población no tiene acceso a atención de la salud pública gratuita debido a la falta de cobertura de seguro de salud. Exceptuando Cuba, cuyo sistema es de cobertura universal y gratuita.

Ningún país de la región de América Latina y el Caribe amplió el seguro de salud o habilitó un seguro de emergencia durante la pandemia. Excepto Argentina, Cuba y Uruguay, ningún otro país de la región gasta el 6% de su Producto Interno Bruto (PIB) en salud pública, cantidad ésta considerada mínima para asegurar la atención de la salud universal establecida por la Organización Panamericana de la Salud. Además, la cobertura de salud en Argentina es universal. ⁽¹¹⁾

Fiscalidad y desigualdad en América Latina y el Caribe

Los países de América Latina y el Caribe recaudan menos impuestos en porcentaje del PIB que los países con un nivel de desarrollo semejante. Por término medio, la región sólo recauda el 22% del PIB en impuestos, frente al 33% de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

En América Latina y el Caribe, la recaudación depende en gran medida de los impuestos indirectos, como son los que gravan el consumo, que afectan de forma desproporcionada a los sectores de ingresos bajos y otros grupos que están sobrerrepresentados entre las personas pobres.

El sistema impositivo es de carácter regresivo y castiga por igual a pobres y ricos: por ejemplo, el IVA. ⁽¹²⁾ En 2022, los países de la región recaudaron, por término medio, el 46% de sus ingresos totales mediante impuestos indirectos, frente a sólo un tercio de los impuestos directos.

La evasión fiscal en América Latina y el Caribe ha dado lugar a la pérdida de cientos de miles de millones de dólares de ingresos públicos. En 2022, los países de América Latina y el Caribe perdieron aproximadamente 350.000 millones de dólares, el 6,1% del PIB de la región. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Esta cantidad sería suficiente para cubrir los recursos mínimos destinados a asegurar la salud universal en la región. Se calcula que los países de América Latina y el Caribe pierden anualmente 40.100 millones de dólares debido a fraude tributario de las empresas. Se estima que con los ingresos que se han perdido en los últimos 10 años, la región podría haber garantizado el acceso a agua potable de 492.632 personas o haber impedido la muerte de 42.281 niños.

La propuesta es que pensemos distinto, que la fragmentación en aumento nos conduce a un precipicio donde pierden todos.

Asimismo, la OMS visualiza los distintos actores que lo componen al explicar que “sistema es el conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada, que debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios. Integrado por todo el personal de la salud disponible, los procedimientos de formación de este tipo de personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que por cualquier motivo u origen se pongan al servicio de la salud y el dispositivo oficial y no oficial existente”.

Y añade que “todo este conjunto debe armonizarse en un sistema homogéneo que permita utilizar los recursos habilitados para el logro de la máxima satisfacción de los objetivos prefijados: **garantizar el derecho a la salud no sólo como un derecho humano y universal, sino como un recurso para el desarrollo social, económico e individual de una persona y de su comunidad**”. ⁽¹⁵⁾ ■

Bibliografía:

1. Theodor Ludwig Wiesengrund Adorno; (11 de septiembre de 1903 - 6 de agosto de 1969) fue un filósofo, musicólogo y teórico social. Fue un miembro destacado de la Escuela de Frankfurt de Teoría Crítica.
2. Del pensamiento a la acción-tecnocrática/Reimaginando la socialdemocracia para el siglo XXI. Evgeny Morozov. /Harvard Press / 2024.
3. Los grandes logros socialdemócratas del siglo XX... /Por Evgeny Morozov/ Harvard Press/2025
- 4.5. Revista de las Cortes Generales N.º 117, Primer semestre (2024): pp. 383-394/HABERMAS, J. (2023). A new structural transformation of the public sphere and deliberative politics. Cambridge: Polity Press.
6. The global village/Marshall McLuhan & Bruce Powers/New York University Press/1989.
7. La Crisis del Estado - Providencia y el agotamiento de las energías utópicas/Jürgen Habermas/Instituto Cervantes/Cuadernos del pensamiento/Madrid/2020.
8. Pablo Gentili. Despreciar la vida. El país. Septiembre 2018.
9. Dr. Mauricio Klajman. El sistema de salud argentino. Revista Médicos. 2024.
10. Informe del INDEC/2020.
11. CEPAL/2020.
12. Liliana Chertkoff. Conversaciones. 2024.
13. Tomas Piketty. El capital en el siglo XXI. 2020.
14. Tomas Piketty. Una breve historia de la igualdad. 2023.
15. Organización Mundial de la Salud /Geneve/Declaración de la Presidencia.

(*) Docente libre - Departamento de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina/UBA.

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD

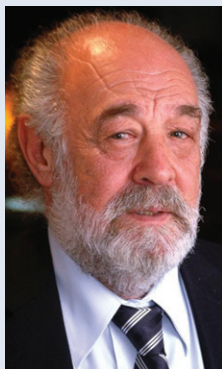


Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

ENCAUZAR LA SALUD PÚBLICA



"La mejor manera de predecir el futuro es creándolo".
Peter Drucker

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

El devenir sanitario argentino puede graficarse como un río. No puede detenerse por pura voluntad o revertirse a fuerza de regulaciones del tipo que fueran; pero tampoco podemos permitirnos limitarnos a generar olas superficiales y mucho menos a remar contracorriente. Se trata de planificar y construir una represa que *contenga y resignifique* las fuerzas en curso de manera sostenible.

La realidad no debe ser leída solamente como un conflicto irresoluble entre fuerzas, sino como el requerimiento de un **dispositivo** que insuma esfuerzo y templanza que la finalidad justifica. Entendiendo al dispositivo en su función esencialmente estratégica: responder de manera organizada y eficaz al devenir cotidiano en un contexto determinado.

Como eje o matriz conceptual estructurador adoptamos como dupla primaria multiplanar al Estado y al Mercado. Se trata de una *relación co-constitutiva*, es decir, una formación mutua en la que ambos elementos se definen simultáneamente y no pueden comprenderse por separado.

Esta interdependencia permite analizar cómo Estado y Mercado se configuran uno al otro en un mismo proceso histórico y social. Una dupla social co-constitutiva, base de la conducta comunitaria, supone interacción consciente, cooperación y un "nosotros" que se reconoce como tal. Se basa en vínculos recíprocos y en la construcción de un orden simbólico y material que sostiene la vida colectiva.

Los actores involucrados en el área sanitaria (principales y secundarios) sostienen *valores e intereses* que conjugan un delicado equilibrio que exige un proceso de armonización. Ello no ocurre espontáneamente, al contrario, requiere construir un conjunto de dispositivos: una **red** que se establece entre los elementos que la componen, de manera tal de constituir una especie de **formación** (como tal, dinámica) que, en determinado momento histórico, tiene como función esencial responder al devenir cotidiano. El dispositivo tiene, entonces, una función esencialmente estratégica frente al conflicto.

Ante el *equilibrio dinámico e inestable*, propio de todo devenir comunitario, resulta imprescindible buscar una "homeostasis" (noción acuñada por el biólogo Claude Bernard) que otorgue coherencia y continuidad al proceso. Esta dinámica dialéctica exige superar el dualismo entre teoría y práctica

mediante una praxis transformadora capaz de articular y renovar ambos planos. Para lograr la sincronización regular entre innovación, adopción y rentabilidad podríamos referirnos a autores como Carlos Matus y Karl Polanyi.

Así como para **Matus** la gobernanza estratégica asigna al Estado una **responsabilidad ineludible como garante intransferible** en la conducción del proceso social, esta no puede pensarse como una capacidad homogénea ni neutral. La formulación estratégica exige una apreciación crítica de la situación, que identifique problemas, causas y actores en conflicto, y un diseño de cursos de acción. La programación, la presupuestación y la reorganización institucional no son actos técnicos, sino arenas de poder donde se juegan prioridades.

Solo desde esta praxis el Estado puede orientar sin subsumir, de manera tal que la economía sirva a la sociedad y no al revés.

Desde la perspectiva de **Polanyi**, lo económico está siempre incrustado en relaciones sociales y políticas, la articulación entre Estado y Mercado no puede pensarse como un equilibrio entre esferas separadas, sino como una relación co-constitutiva. El mercado autorregulado nunca fue un fenómeno espontáneo: se asentó sobre un Estado sano que lo planificó, lo garantizó jurídicamente y lo impuso como forma de organización social.

Pero ese mismo despliegue generó una reacción defensiva de la sociedad, el "doble movimiento", que obligó al Estado a limitar los daños del mercado y reencuadrar la economía dentro de la vida social. En esta clave, **la cuestión no es optar por más Estado o más mercado**, sino definir qué instituciones saludables hacen posible un mercado compatible con la reproducción social.

En el sector sanitario nos enfrentamos a un conjunto de problemas que se desplazan como en un laberinto permanente. En este laberinto conceptual nos enfrentamos a continuas encrucijadas, que se nos presentan como dilemas-y no problemas-, que requieren discernir y decidir.

Evoquemos, dentro de la historia de la medicina, a Paracelso que abogaba por una terapéutica "verdadera y causal", al mismo tiempo que sostenía que "todo diagnóstico preciso contiene la terapéutica". Como señalaba el médico e historiador español Pedro Laín Entralgo, el diagnóstico y el tratamiento no son momentos meramente sucesivos, sino parte de un proceso en el que el médico está siempre explorando posibilidades terapéuticas, incluso más allá de lo conocido al momento.

La articulación entre Estado y Mercado, entonces, especial pero no únicamente para el ámbito sanitario, requiere *reconocer el desajuste e innovar con responsabilidad*, donde se conjuguen valores ético-morales con intereses materiales que aseguren su sustentabilidad. La discusión sobre realidad sanitaria y viabilidad financiera suele quedar obturada por la denuncia permanente de carencias dinerarias, cuando la verdadera insuficiencia radica en la *falta de conocimiento-comprensión y de responsabilidad pertinente* para conducir el sistema.

Más que recursos adicionales, se requiere una estrategia, una táctica y una logística adecuadas, sostenidas en un *co-liderazgo* eficaz dentro de la gobernanza sanitaria. La viabilidad financiera depende de *políticas que no sean acciones deshilvanadas*, sino intervenciones coherentes diseñadas según las necesidades reales y las particularidades de cada territorio; de lo contrario, la vulnerabilidad del sistema persiste porque no está pensado en función de su propia realidad sanitaria. Para eso es necesaria la elaboración de programas vinculados con agendas concretas y una *estrategia indirecta* de esfuerzos graduales y sostenidos que logren momentos transformadores.

“Esta interdependencia permite analizar cómo Estado y Mercado se configuran uno al otro en un mismo proceso histórico y social. Una dupla social co-constitutiva, base de la conducta comunitaria, supone interacción consciente, cooperación y un “nosotros” que se reconoce como tal. Se basa en vínculos recíprocos y en la construcción de un orden simbólico y material que sostiene la vida colectiva.”

En una realidad difícil por el **sufrimiento**, se impone un pragmatismo obligado que responda a una estrategia hilvanada y concatenada. Frente a la vulnerabilidad que genera la falta de información veraz y oportuna, que evite sesgos interesados, es imprescindible proponer un sistema de trazabilidad y monitoreo de todas las acciones del sistema de salud -operaciones, tratamientos, procedimientos y gestiones- que permita registrar, seguir y evaluar cada intervención.

Sólo con un flujo confiable de datos, que lectores idóneos permanentes puedan transformar en información útil, es posible garantizar calidad, continuidad de cuidados y responsabilidad institucional en todos los niveles.

Los avances informáticos actuales brindan una oportunidad innegable en ordenar y jerarquizar dicho flujo, bajo una guía profesional colegiada que priorice según decisiones éticas, además de técnicas. La clave pasa por aprender a interpretar la información disponible, cuestionarla y usarla con responsabilidad.

Los datos (*big data*) se convierten en un nuevo lenguaje que debemos saber leer, descifrar e interpretar con la indispensable herramienta informática (*algoritmos*), pero sin caer en la delegación moral que implica el desentenderse de su fabricación y regulación.

En este sentido, la educación y la formación (médica en particular y toda en general) no debe claudicar en el espíritu crítico que busque apoyarse en herramientas como la Inteligencia Artificial para avanzar en el conocimiento (teórico y práctico), en lugar de cobijarse bajo esas facilidades desligándose de los saberes acumulados y conjugados que podrían potenciar una comunidad no sólo más desarrollada, sino también más humana. ■

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Director Académico de la Especialización en “Gestión Estratégica en organizaciones de Salud”, Universidad Nacional del Centro - UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconagua - Mendoza; Director de la Comisión de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Concepción del Uruguay - UCU. Coautor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de “Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza” (2020). Autor de “Una vida plena para los adultos mayores” (2024); “La Salud que no tenemos” (2019); “Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud” (2004-2018); “Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” (2012); “En búsqueda de la salud perdida” (2009); “La Fórmula Sanitaria” (2003).

U UNIVERSIDAD
ISALUD

CARRERAS DE GRADO

+ POSGRADOS

+ CURSOS

**SISTEMA DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL**

ECONOMÍA Y GESTIÓN

**ADMINISTRACIÓN
HOSPITALARIA**

AUDITORÍA

MEDICINA LEGAL

Inscribite ahora!

isalud.edu.ar

Instagram Facebook Twitter LinkedIn

LA SALUD EN LA ERA DEL CAMBIO ANTROPOLÓGICO DIGITAL



Por la Dra. Liliana Chertkoff (*)
dralilianachertkoff@gmail.com



Qué impacto tiene en nuestras vidas, las memorias emotivas, la familia, la sociedad y tiempo dónde crecimos? ¿Por qué la medicina es arte y ciencia? ¿Qué es posible hacer en el aquí y ahora?

El arte como talismán

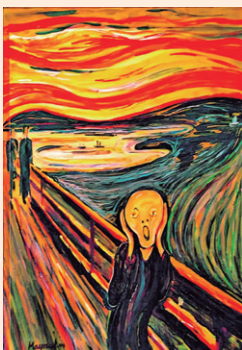
Edvard Munch (1863/1944) nació en Noruega, crece en Kristiania (Oslo) en el contexto de una comunidad de contradicciones, cambios políticos, culturales, rígidas normas religiosas.

En ese horizonte comienza a emerger un romanticismo nacionalista, la fundación de instituciones educativas, universidades junto a revueltas artísticas y sociales, que irían eclosionando hacia finales del siglo XIX y principios de XX (Belle Époque) hasta su transformación en la kristiania bohemia.

Su padre Cristian Munch fue un médico militar de magro salario, rígidas creencias religiosas e inestabilidad emocional y su madre Laura, sensible al arte y la naturaleza, muere de tuberculosis, y años después también su hermana, signadas por la pobreza.

Estas tragedias familiares marcaron para siempre su carácter y modo de ver el mundo, atravesado por la mala relación con su padre, pero aliviado por la crianza de su tía Karen, hermana de su madre que se hace cargo del hogar y lo estimula a ingresar en 1880 en la Real Escuela de Arte y Diseño de Kristiania.

“El Grito” lo pintó luego de un paseo sumergido en el más grande dolor de su existencia, muchos años después, cuando logra estabilizarse con su vida, la Universidad de Oslo le pide una serie de lienzos gigantes para el salón de actos, “El Sol” deslumbrado por los amaneceres en los fiordos y su esperanza por el conocimiento académico. ⁽¹⁾



Edvard Munch, pionero del simbolismo y el expresionismo alemán, prohibido por los nazis que quitaron sus obras de todos los museos, por ser emblemáticas de manifestar el sentir humano, el dolor y la muerte, también

nos legó el magnetismo de la belleza, la luz del Sol, el amor a la naturaleza y el respeto a las instituciones académicas, un patrimonio esclarecedor en nuestro tiempo de “algofobias”.

Algofobia

En la Argentina, quienes hoy escribimos en *Revista Médicos* o leemos sus artículos, *llegamos vivos a diciembre 2025*, para esta hazaña, hemos logrado superar el nacimiento, los 5 primeros años de vida, la adolescencia, la juventud, la edad adulta, recibimos las vacunas de un calendario institucional, egresamos de la universidad donde la mayoría de nosotros, estudio en un ámbito académico público, gratuito y federal en contextos de tragedias dictatoriales y alegrías democráticas, decepciones y anhelos republicanos.



Los mayores de 60 años somos testigos presenciales de logros extraordinarios en la ciencia, el arte, la república y de la pérdida de los derechos fundamentales de todo ser humano. Las opiniones, sentimientos, ideas y aspiraciones están marcadas por memorias emotivas en el arco del tiempo.

Nuestras familias, y sociedades *acuñaron nuestro modo de percibir, administrar y proyectar nuestras vidas*. De un modo u otro somos herederos del legado genético familiar, de luchas de trabajadores, científicos, poetas, filósofos, artistas, que construyen la humanidad, víctimas y victimarios en sus permanentes ciclos generacionales.

Byung Chul Han, define la Algofobia

¡Cuéntame qué es para ti el dolor y te diré quién eres! “Esta frase de Ernest Jünger se puede aplicar al conjunto de la sociedad. La relación que tenemos con el dolor revela el tipo de sociedad en que vivimos. Los dolores son señales cifradas. Contienen la clave para entender la respectiva sociedad. Por eso toda crítica social tiene que desarrollar su propia hermenéutica del dolor. Se nos escapa el carácter de signo en clave, si dejamos solo que la medicina se ocupe de él. Hoy impera en todas partes una “Algofobia” o fobia al dolor, un miedo generalizado al sufrimiento. También la tolerancia al dolor disminuye rápidamente. Se trata de evitar todo estado doloroso. Entre tanto las penas de amor resultan sospechosas. La algofobia se extiende al ámbito social. Cada vez se deja menos margen a los conflictos y controversias...” ⁽²⁾

¿Qué comprensión académica tenemos de la salud, frente a la violencia, cambio climático, epidemias (Europa, Gripe H3N2) pobreza, inequidad, intoxicación digital de las infancias?

Los algoritmos marcan opiniones del público, dirigentes políticos, periodistas, autoridades gerenciales, financieras, jóvenes que se manifiestan con un lenguaje mono crómico que banaliza el

mal (Hannah Arent) y dictamina como votar y a quién votar, no vacunarse, pasarla bien, una tragedia colectiva .

Pensar en salud exige pensar en procesos y sistemas interconectados e interdependientes, sistemas humanos familiares, sociales, políticos, culturales, ambientales. Todo es invisible a la inmediatez de la urgencia y el resentimiento de la impotencia...

La inteligencia artificial debe ser un instrumento para la inteligencia humana, articulada por un sentimiento ético, y un pensamiento crítico. Aún no estamos equipados para esta mutación antropológica. ⁽³⁾

Nuestros modos de representación son ineptos para la impregnación triunfal de la presión digital, en realidades disímiles, contradictorias, que imprimen la ilusión de fórmulas mágicas y manipulaciones a funcionalidades sobrevaloradas...

La medicina arte y ciencia de prevenir y curar, hoy no puede ser ejercida en el corsé cartesiano, la autocracia digital, la manipulación financiera o la *sórdida comodidad de los feudos de poder*.

Episteme

Estesaber fundamentado, comprobable, sistemático y universal se constituye en una demanda insoslayable cuando debemos definir los problemas que son posibles de abordar desde cada una de nuestras dimensiones y complejidad del impacto en la salud nuestra y de la población. ⁽⁴⁾ Para esto necesitamos acordar sobre nuestra concepción epistemológica, es decir, cuáles son los paradigmas (modelos que dan lugar a matrices conceptuales, estrategias y prácticas (Thomas Kuhn).

La tragedia argentina signada por la pérdida de derechos constitucionales no es percibida por la mayoría de una población anestesiada por la decepción, la ignorancia, la manipulación digital, y la indiferencia de una gran parte de dirigentes políticos, económicos, gremiales y académicos.

La atención primaria de la salud, la medicina familiar, la integración, de los tres subsistemas (privado, obras sociales y

públicos) podría ser una puerta de entrada para conciliar voluntades e intereses en **regiones de no más de 300 mil habitantes**. Invitar a universidades, asociaciones científicas, organizaciones no gubernamentales. ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾

Estudiar, investigar, publicar, integrar, acciones reales de una transformación por etapas sucesivas, son evidencias en regiones como en Manchester R.U. y los países nórdicos. ⁽⁶⁾

Los problemas de salud no pueden ser solo tratados por el sistema de salud, deben ser definidos y abordados con equipos interdisciplinarios, en contextos intersectoriales diversos y acotados a municipios pequeños, con experiencias multiplicables y eficientes, nutridas por una epidemiología social crítica y herramientas metodológicas académicas, y tecnología digital.

Necesitamos encontrar respuestas a la toxica fragmentación, conocimientos académicos donde **“La Salud Patrimonio de la Humanidad”** representa una idea inspiradora, un *Episteme* integrador, un aliento vital, una oportunidad estratégica. ■

Bibliografía:

1. <https://www.munch.no/en/edvard-munch/edvard-munch-timeline/>
2. Byung Chul Hang. La sociedad paliativa. ISBN 968432042. Ed. Octaedro 2021.
3. Eric Sadin. La Vida Espectral. Ed. Caja Negra. ISBN97898782177. Bs. As. 2023.
4. Jaime Breilh. Epidemiología Crítica. ISBN978959892147 Ed. Bs. As. 2020.
5. Looking Back, Looking Forward, Integrated Care Systems as the Platform for Reform of Health and Social Care – <https://healthdevolution.org.uk/wp-content/uploads/2024/01/Health-Devolution-Report-2024-FULL-REPORT-WITH-LINKS34.pdf>
6. Diálogos con el Dr. Rafael Bengoa.
7. J.E. Burucúa. Civilización. Ed. Fondo de Cultura Económica. 2024. ISBN9789877194975.
8. P. Boucheron. Fechas que hicieron historia. Ed. Anagrama. 2024. ISBN978843392732.

(*) Médica Epidemióloga. Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas U.B.A



La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional
www.lamutual.org.ar



Praxis | Médica

Más de 400 clínicas y más de 2000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro Valor

La prevención y gestión del riesgo médico legal. El asesoramiento especializado ante el conflicto. La cobertura económica de una aseguradora.

Nuestras publicaciones





Tucumán 1668, 3º piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar

¿EXISTEN MEDIDAS GENERALES PARA REFORMAR LOS HOSPITALES?



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Al menos desde la década del 50, los sanitarios venimos discutiendo tenazmente la mejora del desempeño de los hospitales públicos y su mayor incorporación como prestadores de servicios a la Seguridad Social. La preocupación fue magnificada por el llamado “Plan Previsch”⁽¹⁾ que, en los inicios de la “Revolución Libertadora”, recomendó un agudo plan de austeridad estatal, que incluía la reducción de las funciones de prestación de servicios por parte del Estado Nacional y del gran impulso de construcciones sanitarias de Ramón Carrillo. Esa orientación fue ratificada por una consultoría solicitada a la OPS en 1957, que coordinó el sanitarista brasileño Odair Pedroso, donde fundamentó la transferencia de los hospitales a sus respectivas provincias. La ejecución de esa estrategia fue particularmente dificultosa: la *provincialización* de los nosocomios de la jurisdicción nacional ocupó desde 1957 a 1992, 35 años. El problema no era sólo económico o de gestión estatal: los rasgos del vínculo de los usuarios y del personal hospitalario, con las instituciones donde son asistidos o donde trabajan, son *culturales* en el sentido más amplio de la palabra.

Este vínculo tiene un alto grado de incertidumbre, de opiniones parciales y contrapuestas. Recientemente, en el 4° Congreso de COSSPRA⁽²⁾ (Salta, 5 y 6/nov/25), un asistente -cuando se discutía la integración entre hospitales y obras sociales provinciales- comentó: “en el modelo europeo los hospitales públicos tienen gestión privada”. Sintetizó -casi con un oxímoron- la percepción que los argentinos tienen del Estado y de los servicios que de ahí dependen. La gestión eficiente de una institución no es inherente a su condición patrimonial, sino a las normas jurídicas que la regulan. La tradicional escasez presupuestaria de los servicios asistenciales deriva de la asignación de los recursos: la autoridad superior los asignó a otras prioridades. La frecuente falta de personal es consecuencia de un régimen laboral obsoleto, extremadamente rígido y cautivo de una inapropiada estabilidad del empleo estatal. La carencia de insumos básicos es atribuible a una deficiente estimación del consumo o de demandas imprevistas. ¿Qué es lo que permite suponer que muchos países europeos implementen una gestión “privada” para sus servicios estatales?

La gestión de Carrillo ocupó el período 1946 a 1954. En 1946 la cantidad de camas estatales era de 42.540 (el 64,2% del total). Al final del período era de 106.265 (el 79,2% del total).⁽³⁾ Es decir, la enorme expansión de la capacidad instalada hospitalaria se realizó sobre todo a expensas de camas públicas. Este excepcional crecimiento de dotación asistencial -junto con miles de centros de salud-, no contó simultáneamente con un modelo de gestión apropiado. Los nuevos nosocomios eran administrados como unidades ministeriales descentralizadas; regían para ellos las mismas normas que para las oficinas que estaban a pocos metros del despacho del Ministro, aunque su operatoria estuviera sometida

a una gran cantidad de variaciones de demanda y de imprevistos administrativos. No tenían personería jurídica, es decir, no tenían capacidad de *adquirir derechos y contraer obligaciones*. No podían reclamar pagos por los servicios prestados, sólo *contribuciones* solidarias. No había regímenes especiales para los profesionales y trabajadores asistenciales: todos los cargos y normas se adaptaban al régimen escalafonario general: tenían estabilidad obligatoria, no existían protocolos de evaluación del desempeño, no se contemplaban modalidades reducidas de dedicación según necesidades eventuales, ni retribuciones especiales fuera de escalafón. El financiamiento era exclusivamente de fuentes presupuestarias; los pasos administrativos eran fiscalizados *pari passu* por el Tribunal de Cuentas. No existía un plan de inversiones al comienzo del período contable, según la demanda esperada, con fiscalización de resultados al final del ciclo. Tanto el presupuesto, como el plantel de personal y la liquidación de las erogaciones, eran ejecutados por el área económica de la jurisdicción, no por la autoridad sanitaria.

Este modelo fue predominante en los países latinoamericanos y en los países europeos de la órbita socialista, hasta avanzada la década del 90.⁽⁴⁾ Países donde el impulso estatal dominaba la mayoría de los emprendimientos con objetivos sanitarios. Esta actitud difiere de la de los países europeos -e incluso de los hospitales públicos norteamericanos-, donde las iniciativas hospitalarias son acompañadas por una intensa participación de las empresas y entidades vecinas. El incentivo de las conductas proactivas en servicios de salud fue promovido durante la gestión de Arturo Oñativia (1963-66), pero fue sancionado mediante la Ley 17.102 de los SAMIC⁽⁵⁾, en 1967. Se procuraba que los establecimientos tuvieran personería jurídica y que las “fuerzas vivas” de la comunidad tuvieran una participación determinante en impulsar los servicios sanitarios. Aquel emprendimiento participativo fue paulatinamente desmantelado, y la intervención de la comunidad fue reemplazada por organismos estatales o gremiales, no por los líderes de la comunidad de usuarios. Esos hospitales, a pesar de haber adquirido la modalidad SAMIC, hoy tienen los mismos problemas que debían resolver.

Hospitales y centros ambulatorios, deben ser considerados *empresas públicas de servicios*. Es un error suponer que la eficiencia deriva de que la gestión sea “privada”. No implica justicia distributiva, que los trabajadores estatales gocen de estabilidad en sus cargos si tienen un mal desempeño, mientras sus colegas del sector privado están sometidos a evaluaciones coherentes. No hay razón que justifique que los empleados de nosocomios públicos no mantengan cuidadosamente el patrimonio estatal, una prolija indumentaria y tengan una conducta autoritaria con los pacientes, cuando por la tarde esos mismos agentes trabajan en establecimientos privados con actitudes diferentes. No nos explicamos por qué la población concurre a servicios públicos como última instancia: es la *dignidad del paciente*, en los servicios privados son tratados como *clientes*. Es habitual que los empleados de hospitales públicos -en tanto beneficiarios de la obra social provincial-, concurren a servicios privados -que a veces tienen menor calidad que los públicos-, procurando un trato más digno. Tampoco hay razón para que en servicios públicos se formen “colas” a la madrugada para obtener turnos, cuando en los privados pueden lograr turnos telefónicos o por *WhatsApp*.

Una organización empresarial debe tener un balance anual y una comparación de resultados económicos al principio y al final del ejercicio. En la Argentina se hacen esos controles contables, pero los hacen las autoridades financieras superiores. Esa información no *desciende* hasta el nivel donde ocurren los hechos. En la guerra, el registro y recuento de los recursos los hacen los

jefes de Estado Mayor, no las trincheras combatientes. La atención de la población está en los terrenos del combate y también de la asistencia. Lo que define su naturaleza es la propiedad del patrimonio, no la modalidad de gestión: estos servicios son públicos porque los *bienes de capital* (edificios, instalaciones, equipamiento durable) son propiedad del Estado. Pero las *erogaciones corrientes* (salarios, honorarios profesionales, insumos) forman parte del funcionamiento operativo de la institución; estos recursos tienen un alto grado de movilidad y deben ser administrados permanentemente por quienes deben tomar las decisiones cotidianas. Pero también en la gestión del patrimonio nuestras normas atrasan. Los bienes patrimoniales (equipamiento médico y administrativo, mobiliario, mantenimiento edilicio, vehículos) deben formar parte de los bienes de capital mientras estén en pleno uso. Si están obsoletos o con deterioro irreparable, la autoridad ejecutiva debe tener facultades para darlos de baja y disponer su eliminación. No tiene sentido que los predios hospitalarios estén abarrotados de elementos en desuso, que podrían habersido revendidos o derivados por las cooperadoras.

Que los nosocomios funcionen como *empresas públicas de servicios* parece revulsivo para la percepción prebendaria -y tradicionalmente filantrópica- que los argentinos tenemos del Estado. ¿Cuál es la razón para que admitamos con naturalidad que otras empresas públicas de servicios sean fiscalizadas en forma diferida por la SIGEN ⁽⁶⁾, como Aerolíneas Argentinas, YPF y otras? Que tengan *personería jurídica* implica que cuenten con un estatuto propio, y con un escalafón de personal adecuado a sus necesidades y a la población del *área programática*. Que la fiscalización sea diferida al final de cada ejercicio, en términos de producción y resultados, permite que las autoridades sanitarias distribuyan los recursos en base a regímenes de *premios y castigos*. Frente a la población usuaria que acude a la prevención y tratamiento de sus problemas de salud, la institución sanitaria es una entidad responsable para ejercer las soluciones. No para enfrentarse a un catálogo de carencias operativas y de reclamaciones

gremiales, dirigido a las autoridades de las que dependen: los pacientes son ajenos a sus carencias. La Ley 17.102 es un excelente instrumento jurídico para encaminar las reformas de los servicios nosocomiales, pero se enfrenta a la inercia de una cultura “adolescente” de entidades que tienen títulos y honores benéficos, así como prestigio científico ante la comunidad, pero se manifiestan en una permanente posición de reclamo ante la benevolencia de sus tutores.

Es necesario revisar los recursos jurídicos con que cuenta cada provincia, y adoptar el curso legal más adecuado a sus circunstancias y posibilidades. Sin duda, la *sociedad civil* tiene que tener un papel prioritario, no como contribuciones *caritativas*, sino como *emprendimientos comunitarios* de alto vuelo, como muchas veces se ponen en evidencia para enfrentar problemas colectivos o catástrofes. ■

Referencias:

- 1) Raúl Previsch, economista. Ministro de Economía en la Presidencia de Pedro Aramburu. Fundador de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), dependiente de la ONU, con sede en Santiago de Chile.
- 2) COSSPRA: Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina.
- 3) Veronelli J., Rodríguez Campoamor N.: La Política Sanitaria Nacional. Cuaderno de Salud Pública, Nº 6/7, Ed. ESPUBA, Buenos Aires, 1970-71: 11-23.
- 4) Bogue R., Hall C., La Forgia G.: Hospital Governance in Latin America; Results from a Four Nation Survey. The World Bank, Human Development Department, Latin America and Caribbean Region, Washington D.C., 2007.
- 5) SAMIC: Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad, es el caso de los hospitales Garrahan, El Cruce, Posadas, los departamentales de Misiones, y los SAMCo de Santa Fe.
- 6) SIGEN: Sindicatura General de Empresas Públicas.

(*) Médico sanitarista. Doctor en Ciencias de la Salud. Director de la Maestría en Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló. Miembro del Grupo PAIS.



Toda la información imprescindible sobre el
Sistema de Salud en Argentina

 www.saberensalud.com.ar  @saberensalud  [saberensaludarg](https://www.instagram.com/saberensaludarg)

EL ADN DEL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO Y LA AUSENCIA DEL GEN DE LA PREVENCIÓN



Por Carlos Vassallo Sella (*)

Construimos durante más de 50 años un sistema de salud que adolece de varios problemas que no comenzaremos a describir en este artículo, solo me quiero referir a un sesgo que comparten los tres subsistemas de este intrincado organismo. Me estoy refiriendo al sesgo hacia la enfermedad que atraviesa el sistema, contrapuesto al principio de cuidar y mantener la salud de la población que constituye el núcleo duro de los sistemas sanitarios con mejores resultados.

Este trípode que conforman el público estatal, la seguridad social en sus diferentes expresiones y el privado (asegurador) comparten algunas lógicas e incentivos perversos que conspiran en la construcción y funcionamiento de un entramado de prevención y promoción de la salud. De manera muy sucinta podemos referirnos de manera puntual a cada uno de ellos de la siguiente manera:

- **Sector público (estatal):** históricamente centrado en hospitales y guardias, con presupuestos atados a la lógica del gasto histórico y la demanda espontánea.
- **Seguridad social (obras sociales nacionales y provinciales + PAMI):** modelo centrado en la atención de patologías declaradas y en la provisión de prestaciones “a demanda” de los afiliados, sin financiamiento explícito para promoción y prevención.
- **Sector privado/prepagas:** incentivos a captar y retener afiliados mediante acceso rápido a especialistas y diagnósticos de alta complejidad, escasa **inversión en prevención** más allá de marketing.

El resultado de esta anomalía congénita es la convergencia hacia un macrosistema de reglas y comportamiento construido sobre el eje de “**recuperación de la enfermedad**” y que tiende a ver a la prevención como gasto y no como inversión. Los mecanismos perversos con los que conviven las diferentes coberturas conspiran para la mejora en una asignación de recursos más costo efectivo.

El marco jurídico que hemos sabido construir en los últimos 20 años no aminoró, sino que agigantó el problema. Tanto los fallos de los jueces como la reforma constitucional o las legislaciones de ampliación de derecho han construido un modelo que promete de manera amplia pero que convive con una operatoria limitada por falta de recursos. El que llega primero o está mejor relacionado o tiene dinero consume en tanto el resto queda rezagado, mostrando la peor cara en materia de equidad. Incluso cuando los recursos abundan el mecanismo actúa de manera perversa y clasista relegando.

La reforma constitucional de 1994 se constituyó en un extraordinario multiplicador de los derechos a partir de la jerarquización constitucional de los pactos internacionales de derechos humanos y donde el derecho a la salud paso a tener en las declaraciones un rango supremo.

La construcción de una amplia panoplia de derechos, con una jurisprudencia expansiva que habilitó el acceso a prestaciones, medicamentos y tratamientos de alta complejidad se ve ampliada por la inexistencia de una política preventiva robusta y sin financiamiento explícito. En consecuencia, la promesa de cobertura universal se vuelve **incongruente con la capacidad fiscal** existente además de los costos de transacción que tienen las prestaciones para llegar al paciente.

La Argentina figura entre los países que más prometen **en el papel**, pero que **menos cumplen en la práctica y en la operatoria del derecho en la vida real**. El ajuste aparece siempre por algún lugar y toma la forma de: listas de espera, acceso desigual entre provincias o litigiosidad creciente.

Las consecuencias de no reconocer el rol central de la prevención terminan repercutiendo en las diversas áreas que conforman la salud organizada:

- I. **Financieras:** los recursos se absorben en complejidad creciente, sin contrapeso de ahorro en carga de enfermedad evitable.
- II. **Clínicas:** pacientes ingresan al sistema en etapas avanzadas, aumentando mortalidad y discapacidad evitables.
- III. **Culturales:** tanto médicos como pacientes ven a la prevención como “extra” y no como parte del cuidado.
- IV. **De gobernanza:** la rectoría nacional queda reducida a apagar incendios en medicamentos de altísimo costo y litigios, en lugar de orientar estratégicamente la salud poblacional.

Se constituye de esta manera un círculo vicioso que conspira para alcanzar mejores resultados con los recursos que destinamos a la cobertura de salud de la población, que suman un 10% del PBI (se estima entre un 25/30% que se pierden por gestión inapropiada) y obtenemos como resultado:

1. **Esperanza de vida al nacer:** 77,4 años en 2023.
2. **Tasa de mortalidad infantil** (muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos): 8-8,4 por 1.000 nacidos vivos en 2022.
3. **Tasa de mortalidad materna:** se estima en 37 por cada 100.000 nacidos vivos.

Esta simple relación muestra una ineficiencia importante si la comparamos con países de la Región como Chile, Uruguay o Costa Rica. La inequidad en la distribución explica muchas cosas, pero también la falta de una política continua y sostenida de prevención.

Mortalidad infantil: los datos de 2022 muestran que **TMI más alta** fue Formosa -alrededor de **15,1 %** y en el otro extremo la **TMI más baja** fue Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur- cerca de **3,9%**. Un estudio reciente (2025) confirma persistentes desigualdades: las provincias del norte y nordeste tienden a tener tasas más altas, mientras que provincias del sur (o con mejores indicadores socioeconómicos) aparecen con tasas bajas.

Esperanza de vida: hay estimaciones de “esperanza de vida al nacer” por provincia, aunque muchas provienen de estudios con datos de unos años atrás. Por ejemplo, en un relevamiento de 2018: la esperanza de vida varía considerablemente: desde 72,9 años en Chaco hasta 77,3 años en Neuquén. Esa variabilidad evidencia desigualdades regionales estructurales en salud, condiciones socioeconómicas, acceso a servicios y otros determinantes.

Mortalidad materna: si bien hay trabajos académicos que han analizado diferencias provinciales en mortalidad materna, las series disponibles públicamente son parciales o agregadas, con períodos anteriores, y **no hay una base pública reciente consolidada** (2022–2023) con mortalidad materna por provincia y que además incorpore contexto sociodemográfico de forma homogénea. Un dato puntual: análisis de desigualdades 1990-2010 **muestran que hubo diferencias importantes entre provincias.**

Círculo vicioso de la falta de prevención en el sistema

El paciente demanda cuando la enfermedad ya avanzó.	Los hombres tienen peores resultados que las mujeres porque se creen inmortales y carecen de una actitud más preventiva.
Hospital o Centro de Atención	Especialista orienta la cobertura y fija la agenda terapéutica (alto costo, alta complejidad).
Las instituciones hospitalarias	Absorben recursos sin incentivos para prevenir reingresos o complicaciones. Pagados por modalidades anacrónicas que favorecen los peores vicios y que no premian la eficiencia y la innovación organizativa.
El gasto crece por la cola más pesada del sistema.	No por intervenciones de alto valor.
El sistema judicial	Expande derechos caso por caso → presión adicional al gasto reactivo.

El círculo gira en falso y terminamos atrapados por una educación y una cultura olvidada del cuidado individual y familiar de la salud y de un sistema sanitario preparado solo para reparar. Una vez perdida la salud es cuando se pone en marcha el sistema y lo que se ha privilegiado a lo largo de los años es la complejidad por encima de lo sencillo y eficaz que son las prácticas preventivas y el acceso de la población a los centros de salud cercano y bien preparados.

En algunos países estos centros ya se están reconvirtiendo en centro de la comunidad para poder atender 360 grados toda la problemática del envejecimiento y todos los problemas sociales que aparecen estas nuevas sociedades donde vivimos. Los EBAIS en Costa Rica son un buen ejemplo, así como la estrategia de Saude da Familia implementada por Brasil en los últimos 20 años.

Uno de los caminos para tener una estrategia de abordaje del problema es transitar hacia un modelo basado en el valor. Lo que significa utilizar el valor como brújula del sistema. El objetivo último del sistema no es producir **servicios**, sino **maximizar resultados de salud que importan a los pacientes por cada unidad de costo.**

Para ello es necesario recorrer un camino que implica construir las columnas vertebrales que van a sostener la estrategia y que se pueden resumir de la siguiente manera:

- I. Construir métricas de resultados en salud poblacional.**
- II. Introducir incentivos económicos** para la prevención y el mantenimiento de la salud (capitación por riesgo, bonos por resultados, pagos por desempeño).
- III. Promover y fomentar el cambio cultural en salud pública** para cambiar la visión de una APS como “lo pobre para los pobres”.
- IV. Terminar con la cultura política del “corto plazo”** donde el rédito está en inaugurar hospitales, y no en sostener políticas de prevención silenciosas.

Pero este primer paso requiere después un programa por donde avanzar, definir las áreas y los temas por atacar para torcer una historia de baja inversión en prevención y promoción:

- I. Reorientar el financiamiento:** destinar un % fijo de transferencias sanitarias nacionales y provinciales a programas de prevención y promoción (con resultados medibles: vacunación, controles prenatales, tamizajes, salud escolar).
- II. Introducir Pagos por desempeño:** remunerar a provincias, obras sociales y prestadores por metas de cobertura preventiva (ejemplo: % de diabéticos con HbA1c controlada, % de hipertensos con presión normalizada).
- III. Construir un Plan de Beneficios Federal (PBSF):** donde se incluya explícitamente prestaciones preventivas y promoción de salud como **derechos garantizados**, no como anexos.
- IV. Marco legal corrector:** incorporar en la legislación sanitaria la obligación de invertir en prevención y promoción como política de Estado (con blindaje presupuestario).
- V. Cambio cultural:** campañas nacionales y formación profesional que posicionen la prevención como el “**primer nivel de valor**” del sistema.

El sistema argentino **promete demasiado** en derechos y cobertura, pero **invierte muy poco en prevención**. Esto termina generando un sistema **orientado a la enfermedad y alejado de la salud**, prisionero en una dinámica de gasto creciente, inequidad territorial y judicialización.

Quizás es momento de ensayar otras soluciones y la salida pareciera ser **reprogramar el ADN del sistema:** poner la **prevención en el centro, remunerarla, medirla y gobernarla como piso de valor.** ■

TALENTO, CAPITAL Y RECURSOS HUMANOS

DIFERENCIAS REALES

O PURO VERSO



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Hay algo llamativo en la política sanitaria argentina: los gobiernos cambian, las prioridades se redefinen, el tono público se endurece o se suaviza, pero el lenguaje sobre el trabajo en salud suele seguir una moda propia. Hoy, en un contexto de discursos contrapuestos, tanto el oficialismo como los adherentes al anterior gobierno insisten en hablar de "talento humano". La coincidencia sorprende, no por el concepto en sí, sino porque ambos se presentan como opuestos ideológicos. Sin embargo, como en la fábula de *El viento y el sol*, cada uno cree que su estilo será el que haga que el "viajero se saque el saco".

Y aquí se vuelve inevitable la pregunta: ¿Esta etiqueta mejora en algo la discusión sobre la crisis del trabajo en salud en la Argentina, o es apenas un ajuste cosmético? Porque mientras el lenguaje se desplaza del "recurso" y el "capital" al "talento", la realidad no espera: salarios que se deterioran, multiempleo, migración, burnout, guardias que no se cubren, especialidades críticas que pierden atractivo y un sistema que, por momentos, parece funcionar más por inercia que por diseño.

"Recursos Humanos en Salud": lo clásico, lo estable, lo operativo

La expresión "*Recursos Humanos en Salud*" no nació en un laboratorio de consultoría ni en del sector privado surgió en la salud pública de los años 70 y 80, cuando los sistemas sanitarios comenzaron a incorporar herramientas de planificación, proyección y análisis de necesidades. La lógica era clara y pragmática: Para que un sistema funcione, necesita personas en cantidad y calidad adecuadas, en el lugar correcto y en el momento correcto. Tanto la OMS y OPS consolidaron el término. Y aún hoy lo sostienen, no por falta de creatividad, sino por razones operativas muy concretas. Además de vincularse con la planificación es conceptualmente neutro. No depende de ideologías ni de narrativas de empresa. Por supuesto, no es un concepto inocente ni completo. Ha sido criticado por su tono tecnocrático, por la posibilidad de reducir el trabajo sanitario a un insumo más, por invisibilizar motivación, vocación o bienestar.

Pero tiene una virtud que permite dialogar en la marco internacional con absoluta claridad. En un país como la Argentina, donde la planificación del personal de salud fue intermitente, discontinua y más reactiva que estratégica, desechar este concepto es un acto más de voluntarismo que de innovación.

"Capital humano": cuando la salud adopta el lente económico

La segunda gran familia conceptual proviene directamente de la economía. Gary Becker y Theodore Schultz, de la Escuela de Chicago, sintetizaron que la educación y el entrenamiento son inversiones que aumentan la productividad futura. Todo aquello que contribuye a la capacidad de trabajo o productiva inherente a la persona constituyen el capital humano. En este sentido este concepto busca darle sentido a que el desarrollo de las habilidades, conocimientos y competencias de los profesionales sanitarios es fundamental para la calidad y eficiencia del sistema de salud. El término entró al sector salud porque permite explicar fenómenos laborales complejos que no solo incluyen las acciones laborales concretas sino los procesos de desarrollo de esa fuerza laboral. En esta mirada, el profesional de la salud además de una inversión o un activo es también un agente económico racional, que calcula costos, beneficios y oportunidades y sus acciones impactan en la ecuación económica global del sistema. Para algunos este enfoque tiene el riesgo de mercantilizar un bien social, justificar el argumento de eficiencia, o ignorar la dimensión ética del trabajo sanitario. Para sus detractores la salud no es una fábrica ni un banco, y los profesionales de la salud no responden solo a incentivos económicos. Para otros esta mirada jerarquiza la capacitación y el desarrollo de competencias, en el supuesto de que profesionales más capacitados y competentes valorizan el sistema, y mejoran su calidad.

"Talento humano": la moda gerencial que conquistó el Estado

El último término en escena, *talento humano*, no surge de la salud pública ni de la economía, sino del *management* corporativo. A finales de los 90, las grandes empresas hablaban de "la guerra por el talento", convencidas de que su éxito dependería de atraer, retener y motivar a personas excepcionales. Ese discurso viajó a hospitales, gobiernos y ministerios, llegó a la Argentina envuelto en un tono progresista, moderno, y motivacional. Se supone que este enfoque revaloriza la motivación, la creatividad y el liderazgo; y enfatiza el bienestar y el clima de trabajo. Los entusiastas buscan rescatar la dimensión vocacional de la salud y plantean que las personas no son piezas intercambiables.

Es un lenguaje seductor en tiempos de agotamiento, burnout y desilusión profesional. El problema no está en lo que dice, sino en lo que no puede o no se quiere hacer. El concepto de talento es poderoso para la gestión micro, un hospital, o un servicio, pero es incapaz de sostener la planificación de un sistema provincial o nacional. Es amigable para el discurso, pero débil para la política pública. En especial cuando poco hay de estímulo, y entornos amigables en un sistema de salud fragmentado y hostil convertirlo en etiqueta puede dar la sensación de modernidad, pero no resuelve la ausencia de datos, normas, incentivos y coordinación que caracterizan la crisis argentina.

“La oscilación discursiva es casi caricaturesca, pasamos de hablar de “capital” cuando la economía aprieta, a hablar de “talento” cuando queremos motivación, para luego volver a “recursos” cuando necesitamos datos, números o normativa. Esta discusión tiene algo de verso. Un verso bonito, quizás necesario para ciertos discursos, pero sin impacto real si no se traduce en políticas.”

Tres lenguajes para un mismo problema: etiquetas en disputa y políticas ausentes

El debate no es gramatical. Cada término pertenece a un universo distinto y apunta a problemas diferentes. Recursos humanos suena a planificación, capital humano a la economía y talento a la motivación. Lejos de ser sinónimos, son tres formas de mirar la misma realidad, complementarias pero insuficientes por separado. El problema argentino no está en

cuál elegir, sino en que no hemos logrado articular ninguna en una política sostenida. Mientras discutimos nombres, la realidad se vuelve cada vez más clara. Las pocas vinculadas a la formación se están diluyendo, y en la organización, normativa y el financiamiento seguimos estancados. Una rápida mirada al sistema muestra que las especialidades médicas fundacionales pierden atractivo; que sigue faltando personal de enfermería; simultáneamente el multiempleo se naturaliza, los salarios quedaron por detrás de la inflación acumulada en los últimos años y cada provincia regula a su modo.

En este escenario, la oscilación discursiva es casi caricaturesca, pasamos de hablar de “capital” cuando la economía aprieta, a hablar de “talento” cuando queremos motivación, para luego volver a “recursos” cuando necesitamos datos, números o normativa. Esta discusión tiene algo de verso. Un verso bonito, quizás necesario para ciertos discursos, pero sin impacto real si no se traduce en políticas. Como en la fábula de Esopo, el viento y el sol discuten métodos para lograr que el viajero se saque el abrigo. Pero el abrigo sigue puesto. Y la crisis, también. En nuestro caso, cambiamos el nombre del trabajador de la salud como si eso, por sí solo, fuera a transformar el sistema.

La pregunta ya no es qué palabra usar. La pregunta es cómo construir una arquitectura de política pública que se sostenga más allá del ciclo político. ■

(*) Médico (MP 18877). Profesor Asociado. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Exdirector nacional de Capital Humano Ministerio de Salud.

Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

“Con más de 26 años de trayectoria en el mercado es hoy la revista más leída, consultada y difundida en su segmento”.

Seguinos en:

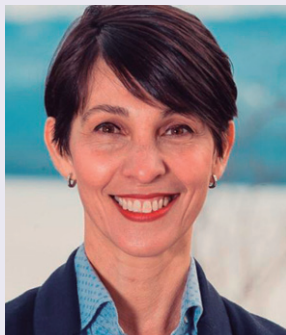
✉ @RevistaMedicos 📷 @revista_medicos

in Revista Médicos f Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar



TE ESTAMOS LLAMANDO TRANSFORMAR EL CONFLICTO DESDE ADENTRO: EL PODER DEL TERCER LADO



Por las Dras. Alicia Gallardo
e Ingrid Kuster (*)

Durante mucho tiempo, casi todo el siglo pasado, crecimos dentro de un modelo que entendía el conflicto como un combate, confrontación, batalla. Cuando algo se rompía en la relación entre personas o instituciones, la respuesta casi automática era llevarlo a los tribunales y dejar que un tercero decidiera quién ganaba y quién perdía. Esa lógica adversarial marcó la cultura, el modo de vincularnos y hasta la forma de entender el derecho. En su momento fue un avance respecto de la Ley del “ojo por ojo”.

Sin embargo, lo que esa confrontación dejó tras de sí no fue una sociedad más lúcida ni más justa, sino un clima de tensión creciente: menos diálogo, más litigios, más sensación de que nadie escucha al otro, más de aniquilar al otro directamente.

A finales del siglo XX, y con más fuerza en este nuevo siglo, empezó a emerger en distintos países otra forma de abordar los desacuerdos (incluso histórica pero poco difundida o legitimada): métodos que no se basan en la pelea sino en la conversación. La negociación, la mediación y otros recursos de resolución colaborativa comenzaron a instalar una pregunta distinta:

¿Y si en lugar de enfrentarnos, pudiéramos sentarnos a buscar juntos una solución?

Esos enfoques, los MASC, (Métodos Adecuados para la Solución de Conflictos) llegaron también a nuestro país hace tres décadas y desde entonces avanzan, a veces lentamente, pero siempre ampliando posibilidades. No solo porque alivianan la carga judicial, sino porque devuelven a las personas un lugar que parecía destinado exclusivamente a los abogados: la posibilidad de participar activamente en la construcción de un acuerdo. Suyo es el conflicto suya la posibilidad de solución.

En el sistema de salud -uno de los ámbitos más sensibles, por lo que toca al cuerpo, a la vida y a la vulnerabilidad humana- esta mirada colaborativa podría marcar una diferencia enorme. Las coberturas, interpretaciones de normas, protocolos médicos y decisiones administrativas generan tensiones que, sin un espacio de diálogo, terminan casi inevitablemente en la justicia.

Cuando falta la conversación, sobran los conflictos

Un ejemplo cotidiano que hemos visto con penosa reiteración lo muestra con claridad.

Una usuaria solicita un estudio de alta complejidad. Desde la organización le responden con tecnicismos, sin demasiada explicación. Ella siente que la están desamparando. Ellos sienten que ella no comprende los límites del programa. En pocos intercambios -y sin que nadie haya explicado nada en profundidad- la situación escala: la usuaria inicia un amparo, la institución responde con abogados, el malestar crece.

Recién en la mediación judicial aparece la verdad: había alternativas terapéuticas que la paciente desconocía y que nadie le explicó a tiempo. El acuerdo que se alcanza allí podría haberse re-

suelto en dos días, dentro de la organización, con una conversación oportuna, clara y humana.

Historias así no son la excepción. Y esto nos obliga a preguntarnos: ¿cuántos juicios existen solo porque faltó una palabra, un tiempo de escucha o una explicación sencilla?

La salud como encuentro, no como escenario de disputa

En el vínculo entre usuario y organización hay un contrato, sí. Pero también hay expectativas, temores, momentos de fragilidad y una necesidad profunda de ser escuchado. Por eso, cuando aparece una duda sobre la cobertura, lo primero no debería ser el expediente, sino la conversación: explicar con precisión médica, con claridad comunicacional y con sensibilidad humana qué se puede ofrecer y por qué.

Un gran porcentaje de conflictos judiciales no nace de la mala fe, sino de la mala comunicación. Sorprende saber que es más del 50%. No son números para mirar para otro lado.

Imaginemos organizaciones de salud donde los equipos interdisciplinarios -médicos, administradores, psicólogos, líderes institucionales- estén capacitados en negociación, escucha activa, comunicación clara y mediación preventiva. Organizaciones donde ante cada diferencia se habilite un encuentro antes que un expediente.

Los MASC no son herramientas exclusivas de abogados; son aptitudes que pueden aprenderse como capacidades humanas que fortalecen a cualquier profesional. Y en salud, donde el impacto emocional es enorme, estas habilidades son casi un deber ético.

Organizaciones que eligen crecer a través del diálogo

Los conflictos seguirán existiendo: forman parte de toda vida en común. Lo que diferencia a una organización madura de una que no lo es, es la forma en que decide transitarlos.

Las primeras construyen espacios donde el desacuerdo no se convierte en batalla sino en oportunidad: oportunidad de revisar procesos, de tomar decisiones conjuntas, de encontrar soluciones creativas y, sobre todo, de trabajar con el otro y no contra el otro.

Y no es menor tampoco destacar que este es un gran diferencial en cuanto a la identidad empresarial, el cuidado de la imagen, la huella de la organización.

Ese es el sueño que compartimos con nuestra colega, la Dra. Gloria Novel Martí, cuando habla de las “organizaciones del Tercer Lado”, inspiradas en el pensamiento de William Ury: instituciones que cuidan tanto a las personas que las integran como a los resultados que necesitan alcanzar.

En ese modelo, desde los directivos hasta los mandos intermedios forman parte de un mismo sistema de conversación y aprendizaje. Todos pueden adquirir herramientas para construir consensos, disminuir tensiones y evitar que los desacuerdos se transformen en conflictos judiciales innecesarios y dolorosos.

Un cierre, o más bien una invitación

Terminamos este 2025 con la sensación de estar acompañando algo que ya está en movimiento: una comunidad de salud que empieza a mirar el conflicto con otros ojos, no como amenaza sino como puerta de entrada a una relación más madura, más clara y más humana.

Y proyectamos un 2026 donde más profesionales, más organizaciones y más usuarios se sumen a este cambio cultural que, lejos de ser teórico, transforma la vida cotidiana de quienes están del lado del cuidado.

Quisiéramos encontrarnos en ese camino... ■

(*) Abogadas – Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria.



Tu tranquilidad es nuestro propósito

Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



SCIENZA

www.scienza.com



technology

Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.



Continuamos
ampliando
la estructura.

36 Bases Operativas propias que garantizan
nuestro alcance donde más nos necesiten,
en CABA, Zona Norte, Sur y Oeste de GBA.

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300
Comercial y Capacitación: 011 4588 5555



www.acudiremergencias.com.ar

 **acudir**
emergencias médicas
La calidad es nuestra actitud.