

# Mé<sup>o</sup>dicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida



## INNOVAR: LA CLAVE PARA LIDERAR Y TRANSFORMAR EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA SALUD

Adecra+Cedim llevó adelante la séptima edición del Congreso de Salud, el evento anual que se consolida como marca registrada en el sector. Expertos en liderazgo y gestión, innovación, IA y tecnologías analizaron las oportunidades para transformar y humanizar la atención y el cuidado. Autoridades políticas, economistas y directivos del ámbito abordaron la economía y política actual en Argentina y los desafíos político-empresariales del sector.

## “INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SALUD DIGITAL: TRANSFORMANDO EL SISTEMA DE SALUD”

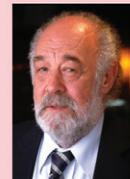
La Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria (SADAM) celebró su XIII Congreso bajo el lema “Inteligencia Artificial y Salud Digital: transformando el Sistema de Salud”. El evento se llevó a cabo el 13 de Agosto y convocó a 200 asistentes de manera presencial y a más de 500 participantes a través de streaming, contribuyendo de manera significativa al análisis del sistema sanitario y aportando valiosas ideas para su mejora.



**OPINIÓN**  
**HABÍA UNA VEZ UN SISTEMA LLAMADO RESIDENCIAS**  
Por el Dr. Marcelo García Dieguez



**DEBATE**  
**¿HACIA DÓNDE VA EL CAMBIO EN SALUD?**  
Por el Dr. Sergio Horis Del Prete



**COLUMNA**  
**SALUD: DEL ESTANCAMIENTO A LA TRANSFORMACIÓN**  
Por el Dr. Ignacio Katz

**GALENO**  
pyme

Contá con Galeno  
y respaldá tu PYME  
sumando **beneficios.**



Más salud  
para tu empresa

# Valorología

Cuidar el verdadero valor  
de tu empresa



La buena salud es todo

Conocenos en [sancorsalud.com.ar](http://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<sub>v</sub>

IONet

[www.sifeme.com](http://www.sifeme.com)

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

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.

**ACTUALIDAD**

MISIÓN CENTRADA EN LA EXCELENCIA: ACUDIR FORTALECE SU COMPROMISO CON LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD VIAL **6**

**COLUMNA**

ESTADO, CRISIS Y SALUD: ENTRE LA GOBERNABILIDAD Y LA EFICIENCIA

Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines **8**

**OPINIÓN**

LIMITACIONES DEL FEDERALISMO EN EL CAMPO DE LA SALUD

Por el Dr. Hugo E. Arce - Doctor en Ciencias de la Salud - Miembro el Grupo PAIS **10**

**COLUMNA**

LA BASURA (PERDÓN, EL GASTO BASURA) EN EL SECTOR SALUD... UNA VIEJA HISTORIA

Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA) **12**

**OPINIÓN**

INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y AUDITORÍA MÉDICA: DE LA REVISIÓN DEL PASADO A LA GESTIÓN DEL FUTURO

Por el Dr. David Aruachan - Médico. Especialista en Economía y Gestión en Salud **14**

**OPINIÓN**

LA TOMA DE DECISIONES EN INVERSIONES EN SALUD: ENTRE EL SISTEMA Y LOS DETERMINANTES SOCIALES

Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario **16**

**VOCES**

ACERCA DE LA INCONSTITUCIONALIDAD DEL DNU 70/23

Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados **18**

**COLUMNA**

SALUD: DEL ESTANCAMIENTO A LA TRANSFORMACIÓN

Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) **20**

**DEBATE**

GASTO EN SALUD Y POLÍTICAS EN CURSO. RELACIÓN E IMPLICANCIAS

Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Director Académico IPEGSA **22**

**OPINIÓN**

PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR EL MECANISMO INTEGRACIÓN Y SU IMPACTO EN LAS OBRAS SOCIALES

Por el Dr. Maximiliano Ferreira - Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la SSSalud **24**

**PRIMERA PLANA**

VII CONGRESO DE SALUD - ADECRA + CEDIM 2025

INNOVAR: LA CLAVE PARA LIDERAR Y TRANSFORMAR EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA SALUD **26**

**OPINIÓN**

CIVILIZACIÓN Y BARBARIE

Por el Dr. Mauricio Klajman - Docente Libre - Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina - U.B.A **30**

**OPINIÓN**

HABÍA UNA VEZ UN SISTEMA LLAMADO RESIDENCIAS

Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico. Profesor Asociado - Universidad Nacional del Sur **32**

**COLUMNA**

SALUD: AÑOS DE NAVEGAR A LA DERIVA Y SIN RUMBOS

Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB) **34**

**OPINIÓN**

UNA SALUD UNIVERSAL

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica Epidemióloga. Dto. de salud Pública y Humanidades Médicas U.B.A **36**

**VOCES**

PROMESA: UN NUEVO PARADIGMA PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN SALUD

Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria **38**

**INFORME ESPECIAL**

XIII CONGRESO DE SADAM: "INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SALUD DIGITAL: TRANSFORMANDO EL SISTEMA DE SALUD" **40**

**DEBATE**

¿HACIA DÓNDE VA EL CAMBIO EN SALUD?

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete - Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata **42**

**COLUMNA**

OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Por el Dr. Héctor Pezzella - Consultor en Gestión y Administración Sanitaria. Director de Prosanity Consulting **44**

**OPINIÓN**

LAS HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES EN SALUD

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Especialista Médico en Salud Pública - Presidente del Grupo PAIS **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.

# En el momento de la verdad.

osde

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](http://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](http://www.sssalud.gob.ar) - R.N.A.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 6-1408-1.

## Misión centrada en la excelencia: Acudir fortalece su compromiso con la calidad y la seguridad vial

**D**esde hace más de 20 años, **Acudir Emergencias Médicas** sostiene una misión clara: salvar vidas, mejorar la salud de los pacientes y brindar contención en situaciones críticas. Para cumplir con este propósito, la empresa ha consolidado una estructura operativa de gran alcance en CABA y GBA. Este año, la organización renovó nuevamente la certificación **ISO 9001:2015**, otorgada por TÜV Rheinland, que avala el compromiso de la empresa con la calidad en todos sus procesos.

### Alcance de la certificación

Acudir cuenta con el respaldo de la ISO 9001:2015 para la prestación de sus servicios prehospitalarios:

- Atención de emergencias y urgencias médicas.
- Consultas médicas domiciliarias.
- Traslados sanitarios de alta, mediana y baja complejidad en pacientes adultos, pediátricos y neonatológicos.
- Servicio de telemedicina.
- Gestión operativa y administrativa asociada a la atención médica prehospitalaria en todo el territorio argentino.

Esta acreditación constituye un eje fundamental para el trabajo en la **mejora continua** que la organización mantiene y que le permite seguir consolidando un **Sistema de Gestión Integrado**, que incluye calidad, seguridad laboral y compromiso ambiental.



### Un camino de desarrollo y perfeccionamiento

Si bien la continuidad de la certificación ISO 9001:2015 representa un logro en sí misma, en Acudir se la entiende como un punto de partida hacia objetivos aún más comprometidos: mantener y superar los estándares de calidad propios, innovar en la gestión de procesos y consolidar una cultura organizacional orientada a la excelencia, marcando un diferencial dentro del Sector.

En línea con esta visión, la capacitación permanente del personal también es un pilar fundamental. Sabemos lo importante que es llegar a tiempo, a salvo y que los conductores de ambulancias se exponen diariamente a los riesgos del tránsito. Por ello, con el objetivo de cuidar a nuestro personal y a los pacientes, recientemente los choferes y paramédicos de Acudir participaron en el programa de **conducción segura y maniobras defensivas** dictado por **CESVI Argentina**, institución de referencia en seguridad vial.

Las jornadas, que incluyeron prácticas en pista y entrenamientos en condiciones controladas, permitieron reforzar competencias claves para la prevención de accidentes y el control del vehículo en situaciones adversas que le brindan al conductor técnicas seguras para resolver situaciones límite y optimizar tiempos de arribo.



### Compromiso con la comunidad y el sector Salud

La combinación de un sistema de gestión certificado, una **estructura operativa sólida con 36 Bases Operativas propias en CABA y GBA**, y un equipo humano en constante capacitación reafirma el compromiso de Acudir con la excelencia en la medicina prehospitalaria. Estos logros no sólo fortalecen la confianza de clientes y pacientes, sino que también consolidan la posición de la empresa como un actor de referencia en el Sistema de Salud, innovando y trabajando para superar los desafíos que plantea la atención en contextos de urgencia y emergencia. ■

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](http://WWW.OSPAT.COM.AR)

# ESTADO, CRISIS Y SALUD: ENTRE LA GOBERNABILIDAD Y LA EFICIENCIA



Por el Dr. Carlos Felice (\*)

La relación entre Estado, crisis y salud constituye una de las tensiones más persistentes de la vida social y política en América Latina. Estos tres ejes se entrelazan en un entramado dinámico: la crisis aparece como variable independiente que impacta en las instituciones; la salud, como variable dependiente que refleja con crudeza sus consecuencias; y el Estado, lejos de ser un mero intermediario, actúa como escenario central donde se juega la legitimidad, la gobernabilidad y la capacidad de garantizar derechos básicos.

Históricamente, el Estado se consolidó como articulador de la vida social, apropiándose de funciones antes dispersas en asociaciones civiles, iglesias o gobiernos locales. Esa expansión fue vista como progreso: transformar intereses privados en bienes públicos permitió que la comunidad creciera bajo un marco de organización común. Sin embargo, ese proceso nunca estuvo exento de disputas. Las fronteras entre sociedad civil y sociedad política se configuraron como líneas porosas, constantemente negociadas y, muchas veces, vulneradas por la influencia de intereses sectoriales.

En tiempos de crisis, la pregunta sobre el “rol del Estado” reaparece con fuerza. La precarización de los servicios públicos, la desigualdad en el acceso a derechos básicos y la mercantilización de ámbitos como la salud no hacen más que evidenciar los límites de un modelo que ya no logra articular cohesión social. La ciudadanía, entonces, cuestiona no solo la eficacia del Estado sino también su legitimidad.

## ¿Debe, puede y quiere el Estado?

El debate actual sobre el Estado puede resumirse en tres verbos: debe, puede y quiere.

- **Debe:** ¿es legítimo que siga asumiendo funciones amplias en la economía y en la vida social, o debería limitarse a un rol subsidiario frente al mercado? La discusión sobre el tamaño del Estado y su intervención se ha instalado en todo el mundo, atravesando ideologías diversas y generando consensos insólitos incluso entre gobiernos de orientación opuesta.
- **Puede:** aun cuando se reconozca la necesidad de su intervención, ¿dispone el Estado de los recursos y la capacidad para hacerlo en medio de crisis estructurales, deudas externas y demandas sociales en aumento?
- **Quiere:** más allá de las capacidades, ¿existe voluntad política para transformar una burocracia atravesada por resabios autoritarios, demagogia y clientelismo en un aparato moderno, eficaz y transparente?

Estas preguntas no son meramente teóricas. Definen el presente y el futuro de nuestras sociedades, pues la transformación estatal no se limita a reducir personal o privatizar servicios: exige repensar su legitimidad, su capacidad de respuesta y su compromiso con valores democráticos.

## Gobernabilidad y crisis: la paradoja latinoamericana

En América Latina, la democratización de los últimos cuarenta años se produjo en medio de crisis económicas recurrentes. Ello dio lugar a una paradoja: cuanto más necesaria resulta la intervención estatal para mitigar los efectos de la crisis, menores son sus recursos para sostenerse y sostener a la sociedad.

La transición del autoritarismo a la democracia generó una “revolución de expectativas”: la ciudadanía exigió derechos, participación y redistribución, mientras que las instituciones recién reconstruidas carecían de la solidez para procesar esos reclamos. En países como la Argentina, donde la memoria autoritaria pesa fuerte, la burocracia heredada de sucesivos regímenes se convirtió en un obstáculo estructural: un cementerio de proyectos políticos inconclusos.

La pregunta de si el Estado “quiere” cumplir con su rol, entonces, no depende solo de las intenciones de un gobierno, sino de una transformación cultural más profunda que alcance tanto a las instituciones como a la sociedad que las sostiene.

## Reforma, recursos y eficiencia: hacia un Estado fuerte

En este marco, pensar la reforma del Estado es inevitable. Sin embargo, la clave no está en su tamaño, sino en su capacidad de gestión. Más que “hipertrofia”, lo que padece el Estado latinoamericano es una **deformidad estructural**: áreas saturadas de personal conviven con sectores críticos desfinanciados; marcos normativos contradictorios limitan la acción; y los recursos materiales resultan escasos o mal distribuidos.

La solución no pasa por un desmantelamiento indiscriminado, sino por alinear objetivos institucionales con los recursos disponibles, invertir en capacitación, modernizar infraestructuras y asegurar que cada función crítica tenga respaldo real. Un Estado fuerte no es necesariamente un Estado grande: es aquel que logra gestionar eficazmente sus recursos, adaptarse a las necesidades de la sociedad y proyectar desarrollo sostenible.

La eficiencia, en este sentido, no puede medirse bajo parámetros empresariales. El Estado cumple roles múltiples: provee servicios básicos, pero también actúa como amortiguador social, absorbiendo tensiones que de otro modo estallarían en conflicto abierto. Su eficiencia debe evaluarse por su capacidad de garantizar derechos, promover equidad y sostener la gobernabilidad democrática.

## Conclusión: un Estado al servicio de la sociedad

El recorrido entre crisis, gobernabilidad y reforma nos deja una lección clara: el debate no puede reducirse al tamaño del Estado ni a recetas universales. Cada país latinoamericano enfrenta realidades históricas, económicas y sociales particulares, condicionadas además por un contexto internacional que limita sus márgenes de autonomía.

Por eso, el verdadero desafío está en construir un Estado **fuerte, eficiente y democrático**, capaz de armonizar intereses internos y externos, responder a las necesidades de su ciudadanía y sostenerse como garante de derechos. Esto implica superar la lógica de ajustes superficiales y apostar a transformaciones culturales y estructurales que revaloricen su misión esencial.

Un Estado que se piense desde la salud como derecho, desde el compromiso social como horizonte y desde la eficiencia como medio, no como fin. Solo así podrá dejar de ser percibido como un gigante ineficaz o un actor desbordado por la crisis, para transformarse en un verdadero motor de cohesión y desarrollo. ■

(\*) 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).

GALENO  
pyme

Contá con Galeno y respaldá tu  
PYME sumando **beneficios.**



Amplia cartilla médica

Red de Sanatorios de la Trinidad

Video consulta médica

Asistencia al viajero

Gestiones on line

Beneficios exclusivos  
para pymes

 Más salud  
para tu empresa

# LIMITACIONES DEL FEDERALISMO EN EL CAMPO DE LA SALUD



Por el Dr. Hugo E. Arce (\*)

**A**unque nuestra Constitución Nacional define que la “Nación Argentina adopta una forma de gobierno representativa, republicana y federal”, tal como fue establecido desde 1853 a 1994, no siempre hubo total unanimidad sobre esta definición. En realidad, la declaración de la Independencia del Congreso de Tucumán de julio de 1816, lo hacía a nombre de las “Provincias Unidas de Sudamérica”, pero algunos de los congresales aspiraban a una forma de monarquía “atemperada” (o constitucional).

Lo mismo pensaban San Martín, Pueyrredón y Belgrano, temiendo una derivación anárquica, pese a que daban la mayor prioridad a liberarse de España y “de toda otra dominación extranjera”. El creador de la bandera incluso sugería coronar a una dinastía incaica. Por el contrario, Artigas, era intrínsecamente republicano y federal. Forzó una declaración un año antes, en agosto de 1815, en Arroyo de la China (hoy Gualaguaychú), con el apoyo de las provincias mesopotámicas, Santa Fe, Córdoba y, por supuesto, la Banda Oriental.

Cabe acotar que, el primer Presidente constitucional, Bernardino Rivadavia, asumió en nombre de una Constitución unitaria, sancionada en 1826. Las tensiones entre centralismo y federalismo nos determinan desde la propia Independencia, y fueron motivo de los enfrentamientos entre caudillos provinciales, la guerra civil entre unitarios y federales, así como el federalismo *absolutista* de Juan Manuel de Rosas hasta 1852.

En el campo de la Salud no hubo enfrentamientos bélicos, pero no estuvieron exentos de controversias. En principio, el enfoque centralista y estatal del Departamento Nacional de Higiene de la “Generación del 80”, compitió con las “damas de beneficencia” que administraban los hospitales públicos, y con las mutuales por nacionalidad migratoria, administradas por entidades sindicales.

Al término de la 2ª Guerra Mundial, se fue consolidando el Ministerio de Salud Pública, al mismo tiempo que las obras sociales heredaron las antiguas mutuales, entonces por rama de la producción. Estas dos líneas de desarrollo -servicios públicos hospitalarios y ambulatorios, administrados por el Estado- y entes de Seguridad Social -nacionales o provinciales, administrados por sindicatos u organismos autárquicos-, compitieron entre sí en los últimos 50 años.

Desde la década del 70, comienzan a crecer dos grandes protagonistas. Por un lado, empresas de medicina prepaga que ofrecen planes de salud integrales con servicios de *alta gama*. Por otro lado, la obra social de los jubilados y pensionados (el “PAMI”), que brinda cobertura a adultos mayores y discapacitados.

En números redondos, los afiliados de unas 300 obras sociales sindicales (o nacionales) constituyen el 35% de la población, los de las 24 obras sociales de empleados públicos provinciales el 15% y los beneficiarios del PAMI el 10%. El restante 40% de la población, que no cuenta con una cobertura formal, está constituido por usuarios de servicios públicos y afiliados *autónomos* de seguros privados. Este

último segmento que, a principios del Siglo XXI eran unos 2,5 millones de habitantes, se triplicaron al momento actual por la *tercerización* de los afiliados sindicales de mayor poder adquisitivo, hacia seguros privados.

Esta somera distribución parece racional a simple vista, si se la observa estáticamente. Pero analizando su dinámica funcional, aparecen un conjunto de distorsiones, que le restan eficacia a sus resultados e incrementan los costos del sistema. En primer lugar, una dispersión de los puntos de decisión, que dificultan la homogeneidad de las políticas, la conducción del sistema y la efectividad asistencial. Una permanente tensión entre atribuciones de orden nacional y provincial, que se expresa en la responsabilidad que cada jurisdicción asume en la conducción y financiamiento de las acciones, así como disparidad en la eficiencia de sus respectivas gestiones.

Cargas tributarias en el circuito administrativo de cobertura, que no se traducen en servicios adicionales (p.ej. en tratamientos de alto costo no actúan en forma complementaria). Conductas similares ocurren cuando pacientes complejos deben ser derivados a Buenos Aires y la obra social provincial no se hace cargo de complementar su tratamiento. Cuando se tercerizan afiliados sindicales a seguros privados, la obra social de origen retiene una comisión administrativa que sólo cumple función de “peaje”. Beneficiarios del PAMI que tienen poder adquisitivo para contratar un seguro privado, acuden a la prescripción de los médicos de cabecera para aprovechar la cobertura jubilatoria.

Por encima de los ejemplos administrativos señalados, está presente la permanente controversia de concentración decisoria entre centralismo o federalismo, en la gestión del conjunto del sistema. Si el poder está distribuido entre distintas jurisdicciones, el ejercicio de las decisiones no puede ser neutralizado mediante responsabilidades compartidas. Si el modelo de la organización sanitaria es predominantemente federal, los instrumentos principales de la ejecución deben estar en la órbita provincial. No tiene sentido que la Nación retenga la administración del PAMI, si sus beneficiarios representan el 10% de la población en cualquier escenario provincial.

Si durante más de 3 décadas han procurado equiparar las obligaciones de las obras sociales (compulsivas por ley), con los seguros privados voluntarios, no hay motivos para mantener la obligatoriedad de las primeras para acceder a las segundas. Si unos contribuyen a un fondo redistributivo y otros no, se acentúa la debilidad del sistema: los reaseguros de “gastos catastróficos” se fortalecen con la cercanía a la universalidad de los potenciales demandantes.

Así como hay distintos criterios de cobertura entre las provincias, según la ley local, debe admitirse la voluntad del usuario en la cobertura preferida. Si la facultad de fiscalizar la obligación de contar con una cobertura social está en manos de un organismo nacional (ARCA), no hay razón para que cada entidad de cobertura recaude por su cuenta: sólo debería haber pautas básicas para todos y una única entidad recaudadora, que equipare los criterios de calidad en salud.

Por último, si la responsabilidad primaria es provincial, la Nación debería transferir algunos resortes primordiales a las autoridades provinciales. Entre ellos, ceder la administración del PAMI a cada escenario provincial, para fortalecer la gestión de las contrataciones de las obras sociales (provincial o nacionales) con los prestadores públicos y privados.

Aliviado de los aspectos operativos de la gestión cotidiana, el Ministerio de Salud podría dedicar todos sus esfuerzos a las decisiones propias de la jurisdicción nacional y a vigilar el funcionamiento general del sistema. Si Uruguay -de histórica raigambre federal- logró unificar los fondos públicos y de sus “mutuales” en un único ente recaudador (FoNaSa), ¿podría acceder a esta utopía la Argentina? ■

(\*) 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.



Crece  
mos  
con vos



OSPE

*Dedicados a cuidarte*

[ospesalud.com.ar](http://ospesalud.com.ar)



# LA BASURA (PERDÓN, EL GASTO BASURA) EN EL SECTOR SALUD... UNA VIEJA HISTORIA



Por el Dr. Rubén Torres (\*)

**E**n el año 2013, en su libro *Democracia y secreto*, el recientemente fallecido Norberto Bobbio, uno de los más grandes filósofos contemporáneos de la política, hace mención de que, “en ocasiones, por debajo del poder visible se vislumbra un gobierno que opera en las sombras, un “sottogoverno” que actúa en la oscuridad más perfecta, un poder invisible que se forma y organiza para obtener beneficios ilícitos o recabar ventajas...”.

Después de muchos años de describir ante auditorios diversos, la actualidad de nuestro sistema de salud, la pregunta habitual al final de esas disertaciones es cual es la forma de solucionar los problemas, y más allá de las explicaciones técnicas, siempre queda flotando la necesidad de explicar ese “sottogoverno”, que maravillosamente descripto por el italiano, parece haber sido escrito para ser aplicado a nuestro sistema de salud.

Las complejas interacciones entre pacientes, proveedores, financiadores, legisladores y la política en general, hacen particularmente vulnerable a la corrupción del sector salud, debilitando su gobernanza y fortaleciendo su inequidad, y no es un fenómeno local, sino global, que, en las estimaciones mundiales del gasto sanitario, representaría al menos el 7%, unos 500.000 millones de dólares estadounidenses.

Y constituye, con la falla en la prestación de servicios, en la coordinación de la atención, el sobretratamiento o atención de bajo valor, la falla en los precios, y la complejidad administrativa, uno de los componentes del denominado “gasto basura”, que el Instituto de Medicina de EE. UU. describió en 2010, y fueron actualizados por Berwick y Hackbarth en el año 2012.

La OCDE, ha estimado que el derroche en el gasto en salud representa una cuarta parte del gasto total de los sistemas de salud de sus países miembros, sin embargo, en EE. UU. este llegaría al 50%, según un estudio de Price Waterhouse, y Shrank, Rogstad y Parekh estimaron en 2019, que fluctuaría entre 760 y 935 mil millones de dólares, lo que representa aproximadamente el 25% del gasto total en atención médica. De ellos, entre 58.500 y 83.900 millones de dólares al año corresponden a fraude y abuso.<sup>(1)</sup>

La corrupción puede ocurrir en cualquier nivel e involucrar a cualquier actor dentro del sistema, y se correlaciona con malos resultados en salud: tasas más altas de mortalidad infantil, menor esperanza de vida, tasas más bajas de vacunación y más altas de resistencia a los antibióticos.

Hoy estamos viviendo una importante catástrofe sanitaria en la Argentina, producida en apariencia por la manufactura incorrecta de un medicamento, al que además no se le requirió trazabilidad. Los productos de baja calidad pueden ser resultado de la in experiencia técnica o la capacidad regulatoria débil, o inadecuada para garantizar la autenticidad de estos productos.

La OMS, en 2017, estimo, que el 20% de los medicamentos contra la malaria, el 17% de los antibióticos y el 9% de los anestésicos/analgésicos que circulan a nivel mundial (en países de todos los niveles de ingresos) son de baja calidad o falsificados.

Producir y distribuir medicamentos con malas prácticas de manufactura representa una de las formas de corrupción, pero la capacidad de asombro no se agota, y aunque ya nada nos asombra ni asusta, las novedades sobre la “participación” de una droguería al comprador parece una cuestión casi de práctica habitual en el sector, y parte del programa de la política.

Las relaciones financieras inapropiadas entre actores del sistema de salud (funcionarios gubernamentales, médicos y otros profesionales de la salud, compañías farmacéuticas, de dispositivos médicos, de seguros) están motivadas por el enriquecimiento financiero por encima de la indicación médica, el bienestar del paciente y/o la salud pública, y tienen el potencial de resultar en intervenciones médicamente innecesarias o intervenciones más costosas que enriquecen financieramente a los proveedores a expensas de los pacientes o los financiadores.

Otra manifestación potencial de relaciones inapropiadas en el nivel más alto de gobierno incluye la desregulación del sector para beneficiar a grupos de interés específicos.

La facturación fraudulenta es otra forma de corrupción que consiste en obtener reembolsos por servicios o artículos que no se proporcionaron, que fueron más complejos que lo que se proporcionó o que fueron médicamente innecesarios; como el ausentismo frecuente o no autorizado, cuando los trabajadores del sector público eligen participar en actividades privadas durante sus horas de trabajo.

Entre los factores que impulsan el ausentismo, se incluyen salarios bajos en el sector público, falta de supervisión, rendición de cuentas, y entornos de trabajo deficientes. Los pagos informales a proveedores individuales e institucionales, que se realizan fuera de los canales de pago oficiales, tienen motivaciones subyacentes similares a las descritas para el ausentismo: los bajos salarios públicos o los insuficientes honorarios privados.

En su presentación en el AmCham Health Forum el Ministro de Salud hizo referencia a un sistema de salud “muy hipócrita...”, y coincido absolutamente con él. Despojarnos de esa hipocresía es condición sine qua non para sentarnos en una mesa de convergencia en búsqueda de una reforma que haga al sistema más eficiente y equitativo.

Esa misma hipocresía explica porque muchas veces los “que saben” o los más calificados no acceden a algunos cargos. Es muy probable que no lo hagan por su “ineficiencia” para facilitar algunos de estos intercambios, y en todos los gobiernos hay poco espacio para quienes no saben generar recursos para la política. ■

## Bibliografía:

1) Gee J, Button M, The financial cost of healthcare fraud 2014. PKF Littlejohn LLP and University of Portsmouth, estiman el costo del fraude en la atención médica en un promedio del 6,2% del gasto mundial (€ 5,65 billones), lo que asciende a € 350 mil millones en términos absolutos.

(\*) Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA).

# Nueva App UOCRA

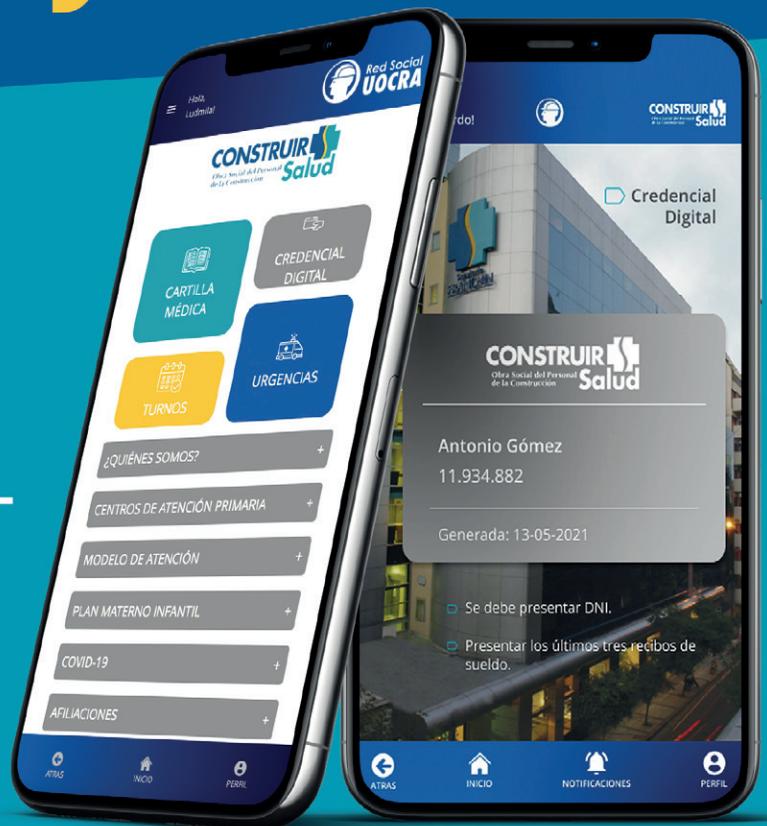
## La SALUD a tu lado

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



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

# INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y AUDITORÍA MÉDICA: DE LA REVISIÓN DEL PASADO A LA GESTIÓN DEL FUTURO



Por el Dr. David Aruachan (\*)

La auditoría médica ha sido, históricamente, un engranaje indispensable para el funcionamiento de los sistemas de salud. Garantizar que las prestaciones sean correctas, que la facturación refleje lo efectivamente realizado y que los recursos se utilicen con eficiencia ha requerido, durante décadas, un trabajo exhaustivo y manual.

Expedientes interminables, historias clínicas revisadas una a una y profesionales que, más que auditores, parecían corredores de resistencia. Ese modelo, que alguna vez fue el único posible, resulta hoy anacrónico frente a los avances de la digitalización y la irrupción de la inteligencia artificial (IA).

La salud digital constituye un ecosistema en el que confluyen historias clínicas electrónicas, plataformas de telemedicina, dispositivos portátiles, aplicaciones móviles y grandes bases de datos administrativas. Es allí donde la IA despliega todo su potencial: algoritmos capaces de procesar volúmenes masivos de información en segundos, identificar patrones invisibles al ojo humano, detectar anomalías y anticipar errores o fraudes antes de que se produzcan. En la práctica, esto significa pasar de una auditoría *ex post*-reactiva, parcial y tardía- a una auditoría predictiva y preventiva, que funciona en tiempo real y analiza la totalidad de los casos.

Los beneficios son evidentes. En primer lugar, la eficacia: tareas repetitivas como la validación de codificaciones o la búsqueda de inconsistencias pueden automatizarse, liberando al profesional para concentrarse en lo que realmente requiere juicio clínico y criterio ético. En segundo lugar, la calidad: la capacidad de la IA para procesar universos completos de información eleva la precisión, reduce el margen de error y permite descubrir situaciones inusuales que antes quedaban ocultas en los muestreos. Y, en tercer lugar, la economía: menos rechazos, menos reprocesos y mayor previsibilidad en los flujos financieros.

El impacto ya se observa en distintas latitudes. Empresas como Gebbs Healthcare han implementado auditorías automatizadas que no solo revisan el 100% de los registros, sino que también clasifican la gravedad de los hallazgos y proponen acciones correctivas. Casos similares muestran ahorros de miles de horas mensuales y reducciones de hasta el 40% en tiempos de documentación, con precisiones cercanas al 99,5%. En la Argentina, obras sociales y hospitales comienzan a integrar módulos de auditoría inteligente que permiten cruzar millones de datos en cuestión de horas, identificar recetas duplicadas o internaciones innecesarias y optimizar procesos clínico-administrativos.

Sin embargo, más allá de la fascinación tecnológica, conviene subrayar lo esencial: la IA no reemplaza al auditor, lo potencia. El algoritmo no interpreta matices clínicos ni pondera dilemas éticos.

Lo que hace es señalar dónde mirar, advertir sobre patrones anómalos y proponer alternativas. La última palabra, la que define la pertinencia de un procedimiento o la validez de un reclamo, sigue siendo humana. La verdadera transformación ocurre cuando la máquina descarga al profesional de lo rutinario y le permite enfocarse en la toma de decisiones estratégicas.

Ahora bien, la incorporación de IA en auditoría y facturación médica no está exenta de desafíos. La privacidad de los datos es un requisito ineludible: el manejo de información sensible exige estándares robustos de seguridad y marcos regulatorios claros. El sesgo algorítmico constituye otro riesgo: si los datos de entrenamiento reproducen desigualdades estructurales, los resultados también lo harán.

Además, la falta de capacitación puede transformar a la IA en una caja negra incomprensible para quienes la utilizan, debilitando su legitimidad. Y, en todos los casos, la supervisión humana sigue siendo obligatoria: automatizar sin control es una invitación al error.

La cuestión ética resulta particularmente relevante. ¿Quién es responsable si un algoritmo se equivoca y sugiere la aprobación de una práctica indebida? ¿Cómo garantizar la transparencia de los modelos? ¿Qué grado de autonomía otorgar a los sistemas de auditoría inteligente?

Estas preguntas, lejos de invalidar el uso de la IA, obligan a pensar en marcos de gobernanza que incluyan a profesionales de la salud, especialistas en datos, reguladores y usuarios. La tecnología, como todo instrumento poderoso, requiere reglas claras y controles adecuados.

Otro punto crítico es la elección del proveedor. No todas las soluciones de IA son iguales y un error en la selección puede tener consecuencias graves. Validar los modelos en poblaciones locales, exigir métricas sobre falsos positivos y negativos, conocer los mecanismos de actualización y garantizar el soporte técnico son pasos básicos. Igualmente, es necesario que los contratos establezcan con precisión la propiedad y el uso de los datos: la información clínica pertenece a los pacientes y a las instituciones, nunca al proveedor.

En este contexto, la auditoría médica deja de ser una actividad orientada a “cazar culpables” y se convierte en una herramienta para rediseñar procesos, capacitar equipos y prevenir errores. El foco se desplaza de la sanción a la mejora continua. Y esto no es menor: implica un cambio cultural profundo, donde la detección temprana de inconsistencias se transforma en una oportunidad de aprendizaje organizacional.

En definitiva, la IA es a la auditoría médica lo que un detector de metales es a un buscador: no reemplaza la experiencia, pero señala dónde excavar. Ahorra tiempo, evita esfuerzos innecesarios y multiplica las posibilidades de hallazgo. El valor no reside en la herramienta por sí misma, sino en la capacidad del profesional para interpretar lo que encuentra y tomar decisiones informadas.

Estamos ante una transición histórica. De la auditoría retrospectiva y manual a la auditoría predictiva, integral y en tiempo real. De procesos fragmentados a ecosistemas digitales interconectados. De un rol centrado en la revisión de expedientes a un rol estratégico en la gestión sanitaria. Y, sobre todo, de una práctica burocrática a una función que contribuye directamente a mejorar la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema de salud.

La pregunta, entonces, no es si la IA reemplazará al auditor. La verdadera cuestión es si los auditores -y los gestores de salud en general- estarán preparados para aprovechar las posibilidades que la tecnología ofrece. Porque la IA no sustituirá al profesional de la auditoría médica; sustituirá al que no sepa trabajar con ella. ■

(\*) Médico. Especialista en Economía y Gestión en Salud. Exviceministro de Salud de la Nación. Expresidente del Grupo Unión Personal. Exgerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.



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](http://www.prudenciaseguros.com.ar) » [prudencia@prudenciaseguros.com.ar](mailto: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](http://www.argentina.gob.ar/ssn)

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

## LA TOMA DE DECISIONES EN INVERSIONES EN SALUD: ENTRE EL SISTEMA Y LOS DETERMINANTES SOCIALES



Por el Lic. Ariel Goldman (\*)

La discusión sobre cómo y dónde invertir los siempre escasos recursos destinados a la salud es tan antigua como vigente. Cada ministro que asume el cargo enfrenta el mismo dilema: la salud de la población depende de múltiples factores, muchos de los cuales exceden el alcance del sistema sanitario.

Las condiciones de vivienda, la educación, el empleo, la alimentación y el entorno ambiental influyen de manera decisiva en los niveles de salud. Es lo que conocemos como determinantes sociales de la salud. Sin embargo, el rol de un ministro de salud - y, en consecuencia, la orientación de sus inversiones- tiene límites claros y definidos: administrar y mejorar el sistema sanitario propiamente dicho.

En los últimos años, la literatura en salud pública ha reforzado la idea de que el sistema de salud por sí solo no puede garantizar una mejora sustancial en los indicadores de bienestar. Un hospital mejor equipado no compensa una población que vive en la pobreza estructural, del mismo modo que un programa de vacunación no resuelve la falta de agua potable.

Reconocer esta realidad es fundamental. No obstante, de allí no se desprende que los recursos del sistema sanitario deban dirigirse a resolver cuestiones estructurales que corresponden a otros ministerios o instancias de gobierno.

El dilema es más político que técnico. Desde la gestión, un ministro de salud podría verse tentado a “ampliar” el alcance de sus políticas, impulsando proyectos en vivienda, educación o nutrición, bajo la justificación de que esas acciones impactarán más en la salud que una ampliación de consultorios o la compra de equipos de diagnóstico.

Si bien es cierto que la salud es interdependiente de todos esos factores, también es cierto que la asignación de recursos debe respetar competencias y responsabilidades. De lo contrario, corremos el riesgo de fragmentar aún más la acción estatal, diluyendo la capacidad de cada área para cumplir su mandato.

El sistema de salud, por sí mismo, ya enfrenta desafíos mayúsculos: cobertura universal, equidad territorial, calidad en la atención, fortalecimiento del primer nivel, modernización de hospitales, incorporación racional de nuevas tecnologías y sostenibilidad financiera.

Cada una de estas dimensiones requiere inversiones significativas, tanto en infraestructura como en capital humano. Si parte del presupuesto se redirige hacia cuestiones que, aunque importantes, son competencia de otros sectores, se reduce la capacidad del sistema para responder a las demandas más inmediatas de la población.

El argumento no implica desconocer el peso de los determinantes sociales. Todo lo contrario: implica reconocerlos y, al mismo tiempo, establecer con claridad que la política de salud debe articularse con otras áreas del Estado, no reemplazarlas.

Una estrategia nacional de salud debe sentarse a la mesa con educación, desarrollo social, vivienda, trabajo y medio ambiente. La clave está en la coordinación y en la generación de políticas intersectoriales, no en trasladar el presupuesto de salud a resolver problemas que requieren instrumentos y competencias que el ministerio no tiene.

Invertir en el sistema de salud no significa limitarse a lo hospitalario. También implica robustecer la atención primaria, mejorar el acceso a medicamentos esenciales, desarrollar sistemas de información, garantizar la formación y retención de profesionales, e innovar en modelos de cuidado que respondan al envejecimiento poblacional y a la transición epidemiológica. Estas son tareas indelegables, cuya postergación genera costos altísimos, tanto en vidas humanas como en recursos financieros.

El peligro de diluir responsabilidades no es menor. Cuando la salud intenta abarcarlo todo, corre el riesgo de no resolver nada en profundidad. Si un ministerio de salud invierte en construir viviendas porque la precariedad habitacional genera enfermedades respiratorias, ¿qué impide que otro ministerio decida comprar ambulancias porque la falta de transporte público impacta en el acceso a la atención? La lógica de Estado se pierde y se sustituye por la improvisación.

El verdadero desafío está en diseñar mecanismos de cooperación que trasciendan las lógicas sectoriales. Un buen ejemplo es la estrategia de “salud en todas las políticas”, impulsada por la Organización Mundial de la Salud.

Esta visión propone que cada decisión pública, desde la planificación urbana hasta la regulación alimentaria, tenga en cuenta su impacto en la salud. Pero para que esta idea funcione no se requiere que los ministros de salud se conviertan en ministros de todo, sino que tengan la capacidad de incidir y coordinar, defendiendo a la vez los recursos que corresponden a su cartera.

Los ministros de salud son responsables del sistema de salud. Su función central es garantizar que, cuando un ciudadano enferma, tenga acceso oportuno, equitativo y de calidad a los servicios que necesita. Eso no excluye el compromiso con los determinantes sociales, pero obliga a distinguir entre incidencia política y responsabilidad presupuestaria. Confundir ambos planos puede generar frustración, dispersión de esfuerzos y debilitamiento del propio sistema.

En síntesis, la inversión en salud debe reconocer la relevancia de los determinantes sociales, pero también respetar los límites de la responsabilidad institucional. La tarea de un ministro no es resolver la pobreza, la desocupación o la falta de vivienda, sino fortalecer un sistema capaz de brindar respuestas efectivas a la población y, a la vez, articular con otras áreas del Estado para que las políticas sociales integrales potencien el impacto en salud.

Definir con claridad este equilibrio es esencial para que los recursos -siempre insuficientes- se utilicen de la manera más eficiente posible, en beneficio de quienes, al final del día, son el verdadero centro de toda política: las personas, con sus historias, sus realidades y sus necesidades. ■

(\*) Profesor universitario.



# Expomedical 2025

20.º Feria Internacional de Productos  
Equipos y Servicios para la Salud

**24.25.26 | SEPTIEMBRE**

Centro Costa Salguero. Buenos Aires, Argentina

**PARTICIPE DEL MAYOR CENTRO  
DE NEGOCIOS Y CAPACITACIÓN**

EN CONJUNTO CON

**21.ªs JORNADAS**

DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA

ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN:

► **MERCOFERIAS S.R.L.**



(54-9-11) 3692-5890



info@expomedical.com.ar



expomedical

www.expomedical.com.ar

# ACERCA DE LA INCONSTITUCIONALIDAD DEL DNU 70/23



Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados

La Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, a través de sus Salas I y II, han declarado la inconstitucionalidad del controvertido Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 70/2023, en lo relativo a la medicina prepaga.

Concretamente, el pronunciamiento tiene relación con pedidos de particulares (usuarios de medicina prepaga) sobre los aumentos aplicados a las cuotas que perciben las empresas (conf. 10835/2024/CA2 - “MUGICA, TOMÁS GABRIEL c/OSDE s/AMPARO/SUMARÍSIMO VALOR CUOTA EMP-DNU 70/23” y “R.S. c/ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD - DNU 70/23 s/AMPARO/SUMARÍSIMO VALOR CUOTA EMP-DNU 70/23”).

Estos fallos constituyen un recordatorio de los límites del poder presidencial; y, a su vez, de la función de la justicia como guardianas de la Constitución.

El presente artículo desarrolla los fundamentos que sirvieron de base a la declaración de inconstitucionalidad y propone un marco para la reflexión sobre las reformas estructurales que necesita el sistema de salud.

El DNU 70/23 fue presentado como una herramienta para la “desregulación total de la economía” y la eliminación de “restricciones” a la actividad privada.

En el ámbito de la salud, esto se tradujo en la derogación de artículos clave de la ley N° 26.682 (Ley de Medicina Prepaga). En particular, los artículos 267 y 269 del DNU eliminaron la atribución de la Superintendencia de Servicios de Salud de aprobar los aumentos de cuotas, una potestad que había servido como dique de contención para los afiliados.

Esta decisión del Poder Ejecutivo desató una catarata de reclamos judiciales. Afiliados, en muchos casos jubilados y personas con enfermedades crónicas, que se vieron expuestos a aumentos exorbitantes en sus cuotas, los que en muchos casos superaron la capacidad de sus ingresos (promedio del 120 % en el primer trimestre el año 2024).

Fue en este contexto que las acciones de amparo se convirtieron en la principal herramienta de defensa. El caso analizado por la Sala I, por ejemplo, fue iniciado por un jubilado de 73 años, cuyos aumentos ponían en peligro el acceso a su cobertura de salud. En la Sala II, una afiliada presentó un amparo contra una mutual de salud con un argumento similar: el aumento unilateral e incontrolado de su cuota.<sup>(1)</sup>

La cuestión central que ambas salas mencionadas de la Cámara Civil y Comercial Federal debieron resolver no fue si los aumentos

de cuotas eran justos o no, sino si el DNU que los habilitaba era constitucional. La respuesta de ambos tribunales fue un rotundo no, y el razonamiento se centró en la ausencia de “necesidad y urgencia” para la emisión del decreto.

El artículo 99, inciso 3, de la Constitución Nacional es la base de todo el debate. Este precepto establece una excepción a la regla de que el Poder Legislativo es el único que puede dictar leyes. Solo en “circunstancias excepcionales” que hicieran “imposible seguir los trámites ordinarios previstos por la Constitución para la sanción de las leyes”, el Poder Ejecutivo podría emitir un DNU. Ambas salas encontraron que no existía tal imposibilidad.

La Sala I fue particularmente incisiva en su fallo. Argumentó que el Poder Ejecutivo no pudo demostrar que la modificación de una ley con años de debate y consenso parlamentario no podía ser abordada a través del procedimiento legislativo ordinario.

Es más, la propia conducta del Ejecutivo, al enviar al Congreso un proyecto de ley con contenido similar al del DNU, evidenció la ausencia de la “imposibilidad” que la Constitución exige. El DNU, en este sentido, se habría presentado como una suerte de atajo inconstitucional para eludir el debate democrático. La sentencia de la Sala I fue contundente: la supresión de las potestades de fiscalización de la Superintendencia no podía realizarse por un decreto presidencial.

Por su parte, la Sala II, al ratificar un fallo de primera instancia, se centró en las consecuencias de la desregulación. Afirmó que la derogación de los artículos de la Ley de Medicina Prepaga “ha dejado al afiliado en una situación de indefensión”. La eliminación del control estatal permitió a las empresas de salud modificar el valor de las cuotas de forma unilateral, sin una causa razonable y dejando a los usuarios a su suerte. La Sala II destacó que la ley 26.682, ahora derogada parcialmente por el DNU, tenía un claro objetivo social: tutelar la relación entre los usuarios y las empresas. La falta de este marco regulatorio constituía una amenaza directa al derecho a la salud.

Así, los fallos no solo se basaron en una cuestión formal (la falta de necesidad y urgencia), sino también en una de fondo (la afectación de derechos fundamentales). Las sentencias protegieron no solo a los demandantes, sino que sentaron un precedente que revalida el rol del Poder Judicial como garante de los derechos constitucionales.

Consideramos importante destacar, además, que la aprobación del DNU 70/2023 fue rechazada por la Cámara de Senadores de la Nación y aún no fue tratado por la Cámara de Diputados de la Nación. Cabe recordar que el art. 24 de la ley 26.122 prevé que los DNU recién quedarán derogados al momento en que sean rechazados por ambas cámaras del Congreso.

Consecuentemente, se necesita el rechazo de la Cámara de Diputados para que el DNU 70/2023 quede derogado. Sobre esta materia existen numerosos proyectos de ley -que a nuestro criterio respetan más cabalmente el espíritu de la Constitución Nacional- que establecen que los DNU deberían quedar derogados con el rechazo de una sola de las cámaras del Congreso Nacional, y no de las dos como lo prescribe actualmente la ley.

Los fallos de la Cámara Civil y Comercial Federal abren un espacio para una reflexión más profunda sobre el sistema jurídico y social del país.

A continuación, se proponen tres puntos clave para analizar esta situación.

- La protección de los derechos fundamentales frente a la desregulación económica: Los fallos reafirman que los derechos sociales, como el derecho a la salud, no pueden ser subordinados de manera acrítica a los principios de libre mercado. La Constitución Argentina, a través del artículo 42 y el 75, inciso 22, establece que los derechos del consumidor y el acceso a la salud son garantías que el Estado debe proteger. En este sentido, la justicia ha dejado claro que la búsqueda de una mayor

competitividad o eficiencia económica no puede justificarse a expensas de la vida y el bienestar de las personas. La desregulación, por tanto, debe encontrar un límite infranqueable cuando amenaza el acceso a servicios esenciales como la salud. Los fallos nos invitan a debatir si la libertad de empresa puede ser absoluta, o si debe estar siempre al servicio del bien común y de la dignidad humana; y, además, si la salud es una materia que deba ser regida por las reglas del “mercado”. Recordemos que Kenneth Arrow, premio Nobel de Economía del año 1972 por sostener, entre otras cuestiones, que “la salud no es un mercado”; pues el mercado no puede funcionar eficientemente para asignar recursos en el sector salud debido a las fallas inherentes del mercado en este sector, especialmente la incertidumbre, la información asimétrica y la relación médico-paciente.

● El rol del Poder Judicial como guardián de la Constitución y contrapeso del Poder Ejecutivo: En un contexto de alta concentración de poder en el Ejecutivo, no atribuible exclusivamente a este gobierno, estos fallos demuestran que el Poder Judicial no ha renunciado a su rol de contrapeso. Al declarar la inconstitucionalidad de los artículos del DNU, los jueces no están legislando, sino que están ejerciendo su función de control de constitucionalidad. Este es un principio fundamental en cualquier república democrática: los poderes se limitan entre sí para evitar la arbitrariedad y garantizar el respeto a la ley suprema. Los fallos reafirman que la Justicia, tiene el deber de proteger el sistema de división de poderes. El mensaje es claro: no se puede eludir el Congreso sin una justificación constitucional válida, y el Poder Judicial estará allí para recordarlo.

● La indefensión del consumidor en los contratos de adhesión y la necesidad de una regulación efectiva: Los casos de los jubilados y afiliados contra las empresas de medicina prepaga son un claro ejemplo de la vulnerabilidad del consumidor en las relaciones de adhesión. En este tipo de contratos, el usuario simplemente adhiere a un conjunto de cláusulas preestablecidas, sin tener la capacidad real de negociar. La eliminación de la fiscalización estatal deja a los

consumidores en una situación de indefensión total, donde los aumentos de precios pueden ser arbitrarios y sin justificación. Los fallos judiciales han reconocido esta asimetría y han subrayado la importancia de un marco regulatorio que proteja al más débil en la relación contractual. La sentencia no solo ordena la limitación de los aumentos y la restitución de lo cobrado en exceso, sino que también sienta un precedente fundamental para la defensa de los derechos de los consumidores en una sociedad donde los servicios esenciales son cada vez más mercantilizados.

Los fallos de la Cámara Civil y Comercial Federal, tanto de la Sala I como de la Sala II, nos obligan a reflexionar sobre el equilibrio entre la libertad de mercado y la protección de los derechos fundamentales, la importancia de la división de poderes y la defensa del consumidor en un sistema económico cada vez más complejo.

En síntesis, estos fallos no solo han protegido a los afiliados de la medicina prepaga, sino que han fortalecido las instituciones democráticas, recordándonos que, en un Estado de Derecho, nadie está por encima de la Constitución Nacional.

Por último, es importante señalar que los argumentos expuestos por ambas Salas que concluyen en la inconstitucionalidad de los artículos ya mencionados se aplican a otros artículos del mismo Decreto de Necesidad y Urgencia. Esta consecuencia, unida a la ya descrita “precariedad” de esa norma, obligan a tomar recaudos respecto de los próximos tiempos de vigencia.

Es indudable que el Sistema de Salud necesita reformas. Estamos convencidos que el camino del diálogo y el consenso es el más apropiado para llegar a un mejor puerto. ■

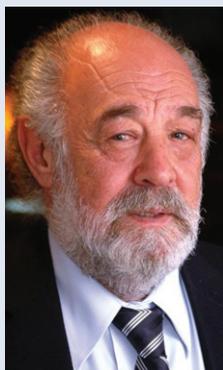
## Bibliografía:

1) Recordemos que la Secretaría de Comercio y la Superintendencia de Servicios de Salud promovieron acciones administrativas y judiciales, respectivamente, cuestionando colectivamente esos aumentos.



[www.sanidad.org.ar](http://www.sanidad.org.ar)

# SALUD: DEL ESTANCAMIENTO A LA TRANSFORMACIÓN



"El ojo ve sólo lo que la mente está preparada para comprender".  
Henri Bergson

Por el Dr. Ignacio Katz (\*)

**H**e abordado en el número anterior la importancia de las residencias en el sistema de formación médica y su actual y ya larga tergiversación. Vale la pena aquí ahondar en el trasfondo integral y complejo que requeriría la profunda transformación necesaria del sistema sanitario. Por supuesto que no se brinda un modelo de reforma acabado, lo cual, precisamente como me propongo señalar, sólo será posible bajo un proyecto a la vez decidido de **governabilidad operativa**, junto con la flexibilidad y amplitud de negociaciones en un marco estratégico sostenido a lo largo del tiempo.

Se trata, mucho más modestamente, de insistir en la vacuidad e incluso nocividad de reformas aisladas o incluso pretendidamente ambiciosas pero que prescinden de las variables indispensables a poner en juego. Y en advertir las causas que hacen que tales reformas, aun con las mejores intenciones, terminen en ramificaciones laberínticas que conducen a *vías muertas* o bien reingresan a los viejos cauces en lugar de trazar nuevos caminos alternativos.

Efectivamente, ¿por qué persisten los mismos vicios en el funcionamiento del área sanitaria a lo largo de décadas, incluso con deficiencias cada vez más marcadas? Pues, porque los resortes de funcionamiento efectivo -las corporaciones (y a veces incluso los nombres)- siguen siendo los mismos, a pesar del cambio de los elencos gubernamentales.

Año tras año y década tras década se señalan los mismos problemas porque no se alcanza a los verdaderos responsables. La crítica se reduce así a expresiones de *falsa conciencia*, esto es, un enfoque parcial: **separa el objeto de la totalidad a la que pertenece** y dentro de la cual subsiste. Reducir un problema a una manifestación, a una causa, a una solución; esto es lo que debe evitarse. Los problemas complejos, vitales, no se solucionan; sino que se los matiza, se les reduce la intensidad, se intercambian por otros menores. Los problemas reales no tienen soluciones mágicas. *Y quien distorsiona la realidad, anula la conciencia social.*

¿Cómo combinar la actividad de las corporaciones con la democracia? El desafío no es sencillo, y de su desarrollo depende buena parte de la *salud* de las instituciones y *las instituciones* de la salud. Se trata de acordar desde el sistema político, con el apoyo (o incluso reclamo) de al menos una parte de la ciudadanía, un *nuevo diseño* que alcance al conjunto de los centros neurálgicos

corporativos (estatales y no estatales, privados y de la sociedad civil), con los cuales se abriría un espectro de negociación diverso y necesariamente abierto, según el caso.

Desde los laboratorios y las empresas de medicina privada, a los entes gubernamentales que deben regularlos, las obras sociales y sus sindicatos, las agencias sanitarias que exceden incluso al Ministerio y alcanzan ámbitos de diversa autarquía como la Superintendencia de Sistemas de Salud, el PAMI, la ANMAT, y un largo etcétera, desde el ámbito nacional a los provinciales e incluso municipales.

El rol del Estado como **garante responsable** de la gobernanza sanitaria y de la salud pública resulta sencillamente indispensable e insustituible. Podemos y debemos exigir responsabilidad e idoneidad a los médicos, así como a otros actores del área sanitaria, pero no podemos pretender que se estructure una proyección de transformación superadora desde la voluntad de los agentes particulares. Son las políticas públicas las que trazan el camino a recorrer.

## Estrategia y cambio organizacional

Para terminar, apuntaré algunas cuestiones vinculadas a la gestión, que excede de todas formas a lo puramente técnico. Aquí resulta pertinente el "*principio de in-dirección*", por el cual ciertos resultados sólo se alcanzan de manera mediata, a través de pasos previos que carecen de valor en sí mismos, pero los hacen posibles. En este caso, supone un debate inicial fundado en una gestión rigurosa de datos, libre de sesgos.

Al nivel de la salud pública: falta una "**mesa de trabajo**" donde se diseñe un *plan estratégico*, con plazos y objetivos que respondan a una secuencia prioritaria. Pues no sirve discutir políticas sin disponer de órganos operativos idóneos, capaces de accionar en correspondencia con las finalidades requeridas. Al decir de Antoine de Saint-Exupéry: "*Un objetivo sin un plan, es solo un deseo*".

Toda estrategia comienza con un *cambio de organización*. Se trata de organizar nuestra experiencia -entendiendo que **organizar es estructurar**- bajo la lógica de la acción en permanente transición. A esta estrategia se adicionan modificaciones según las *pautas de autoridad* y las *características del contexto*. No se puede pensar estratégicamente si no hay una estructura y una cultura, preparadas para que este concepto fluya dentro de la organización.

Siguiendo a Carlos Matus, distinguimos cuatro tipos de autoridad, fundamentados en: 1) un *mandato*; 2) gestión y riesgo; 3) saber y previsión; 4) justicia y equidad. Asimismo, cuatro factores constituyen la estrategia: 1) percepción, visión y prospectiva; 2) posicionamiento en la *configuración social*; 3) Plan (programas concatenados); 4) Pautas Integradas de Comportamiento.

Desde una posición social -más que meramente institucional- es que se percibe una visión comprensiva del escenario a cambiar, haciendo posible configurar la visión estratégica que permita elaborar un Plan con Programas específicos. Estos solo prosperan si logran Pautas Integradas de Comportamiento en la práctica cotidiana de los actores. El éxito depende, en gran medida, de la autoridad de la propuesta y de quienes la gestionan -a partir del Estado, garante y responsable intransferible-

Además, la estrategia puede seguir un esquema de operación *horizontal, vertical*, o bien *transversal departamental*.

La **horizontal** contempla transformar todas las instituciones

“ El rol del Estado como garante responsable de la gobernanza sanitaria y de la salud pública resulta sencillamente indispensable e insustituible. Podemos y debemos exigir responsabilidad e idoneidad a los médicos, así como a otros actores del área sanitaria, pero no podemos pretender que se estructure una proyección de transformación superadora desde la voluntad de los agentes particulares. Son las políticas públicas las que trazan el camino a recorrer. ”

a la vez. Como *factor negativo* se presenta carente de autoridad frente a la adversidad: suele prevalecer una “*mediocridad ultraestable*”, no logrando cumplir con las metas del *presupuesto por programa*. La **vertical** transforma íntegramente *de a una* las instituciones, aceptando que la fragmentación del sistema sanitario lleva a la *dilución de responsabilidad* y a la *debilidad de las relaciones interinstitucionales*. La reforma vertical se asienta en el concepto de las *relaciones inter-sistémicas* pues son más fuertes que las interinstitucionales. La **transversal departamental** resulta particularmente productiva para distintas instituciones que buscan como soporte normas y sistemáticas departamentales comunes.

Todo cambio enfrenta resistencia por obstáculos exógenos y endógenos. Los exógenos -como falta de espacio, carencia de instrumental o exceso de demanda- se resuelven con una administración coherente de recursos. Los endógenos son inherentes a la aceptación misma de la idea y están ligados a **estereotipias**: conductas y conocimientos repetidos que fueron útiles en un momento histórico, pero que hoy dificultan el aprendizaje de nuevas pautas de comportamiento.

Estas resistencias adoptan la forma de *oposición franca* cuando se aferran a lo conocido, ya que así se siente más seguridad frente a la inseguridad de lo nuevo; y de *oposición sutil o adhesión aparente*, cuando por temor al enfrentamiento se instrumenta un cambio superficial sin modificación sustancial, que retoma al poco tiempo su conducta original. Pero ambos redundan en el mismo resultado: la *privación de un bien social* como lo es la salud.

Estas reflexiones podrían servir como insumo para el pensamiento crítico y la elaboración de un diseño concreto que eslabone aportes y necesidades, con el fin de revertir el oscuro rostro de la indefensión sanitaria deshumanizante que, a ojos vista, padecemos. ■

(\*) 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 Aconcagua - Mendoza; Director de la Comisión de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Concepción del Uruguay – UCU. Coautor junto al Dr. Vicente Mazzafero 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).

## ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2025

### DIPLOMATURAS - JULIO/AGOSTO

#### CARDIOLOGÍA

- Patología Cardiovascular

#### CRIMINALÍSTICA

- Investigación Multidisciplinaria en el Lugar del Hecho
- Técnicas de Investigación Criminal
- Tecnología y Salud: Ludopatía, dependencia digital y otras situaciones emergentes

#### CUIDADOS PALIATIVOS

- Cuidados Domiciliarios del adulto mayor

#### ENFERMERÍA

- Enfermería aplicada a la Salud Mental
- Enfermería en Gestión y Cuidados Progresivos

#### GESTIÓN

- Estrategias y Competencias en Comunicación de Diagnóstico Humanizado
- Redes Sociales para Especialistas en Cs. de la Salud

#### MEDICINA NUCLEAR

- Uso de radiaciones ionizantes y radioisótopos

#### NUTRICIÓN

- Ayurveda y Alimentación

#### OFTALMOLOGÍA

- Glaucoma

#### ONCOLOGÍA

- Conceptos Básicos y Aplicados de Biología Molecular Médica
- Oncoplastia Mamaria
- Reducción del Estrés en pacientes oncológicos mediante la técnica de la atención plena

MÁS INFORMACIÓN



# GASTO EN SALUD Y POLÍTICAS EN CURSO. RELACIÓN E IMPLICANCIAS



"La injusticia social mata a gran escala".  
Michael Marmot (2015)

Por el Dr. Mario Glanc (\*)

Recientemente circuló el Informe "Gasto en salud en Argentina. Análisis para 2017-2022" publicado por la Dirección Nacional de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. La iniciativa es ciertamente destacable, en la medida que la misma autoridad sanitaria, incluso hasta el día de hoy sigue mostrando en su serie de "Indicadores Básicos", datos relevados en 2019 y que no habían recibido actualización oficial desde entonces.

Es propicio entonces analizar la información recibida. Las siguientes líneas intentarán hacerlo desde una perspectiva político sanitaria, enfatizando en la relación e implicancias entre los datos comunicados y las políticas en curso.

El modelo utiliza la clasificación funcional de salud (ICHA-HC -SHA 2011) en la que tanto el gasto público como el de la seguridad social se registran como subcategorías asociadas ("esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios"), diferenciándose del gasto privado, integrado tanto por los esquemas de pago voluntario como por el gasto directo de los hogares, tomando información desde diferentes fuentes de datos cuyas definiciones y metodologías difieren.

Como bien se señala en el documento, esta heterogeneidad tiende entre otras cuestiones a omitir el gasto de capital por parte del sector privado y a excluir la participación de entidades no específicamente caracterizadas como EMP. Por tanto: "En este sentido podría considerarse que se establece una sobrevaloración de la participación del gasto público en detrimento del gasto privado". (Pág. 7)

Sin embargo, el dato más importante a destacar es que el modelo utilizado pierde cierta consistencia en la medida que tras el punto de corte del estudio (diciembre 2023) el aseguramiento contributivo obligatorio y el optativo que hasta entonces se vinculaban a través del mecanismo de derivación de aportes, a partir de la Resolución 1/2025 y otras resoluciones complementarias se fusionaron en un mercado de competencia desigual regulada por de reglas de juego diferentes según el origen de los recursos.

Dicho de otro modo, el sector salud de diciembre 2023 no es el mismo que el de agosto 2025. Y de ello se ocupa este artículo.

Los números no arrojan sorpresas. Con un gasto

total del 10,5% del PBI, el financiamiento proveniente de RR.GG se estima en 2,8%, el contributivo el 3,4% y el privado (sin discriminar) 4,4%. Y, por ende, con relación al gasto total en salud éstos representan el 26,3, 31,9 y 41,8 % respectivamente. En términos de gasto total como porcentaje del PBI, la Argentina lidera, de acuerdo con estos datos el gasto total en salud en América Latina, seguido por Brasil (9.5%), Uruguay (9.4%) y Chile (9%). (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)

Sin embargo, si se considera exclusivamente el gasto público procedente de RR.GG, se ratifica que, (con excepción de Haití, Guatemala y R. Dominicana), nuestro país muestra el gasto público más bajo de la región. Siguiendo la metodología elegida, si se deduce del gasto total en salud el componente público y el contributivo, (Codgs. HF.1 y HF.2 de la Clasificación SHA 2011) se accede a un proxy del gasto agregado de los hogares (gasto directo + pagos de seguros voluntarios), se obtiene que Argentina es el país de mayor gasto privado de toda la región, precedido sólo por Guyana. La relación gasto público - privado es 58.2 a 41.8%.<sup>(1)</sup>

Somos en la región, los que más gastamos en salud, los que menos lo hacemos desde el financiamiento privado y los que menos recurrimos a fuentes fiscales no contributivas para su financiamiento. Pero lo relevante es la relación de estos datos con las políticas en curso.

Ya se ha mencionado la posible subvaloración del gasto privado. Pero además de la metodología, deben considerarse también las políticas en curso. El debilitamiento de aranceles y honorarios ha llevado a un gasto de bolsillo encubierto e inverificable a través de la aplicación sistemática de copagos, coseguros, gastos operativos, bonos contribuciones, etc. todos los cuales - previstos o no por la normativa vigente-, incrementan de un modo sustantivo el gasto directo de las personas.

A ello debe sumarse el impacto en los bolsillos del incremento del precio de medicamentos, la desaparición de la cobertura al 100% de ciertas moléculas por parte del INSSJP, y el pase a OTC (Over The Counter) de un largo listado de principios hasta entonces parcialmente cubiertos por aseguradoras.

Si se suma también el significativo incremento experimentado desde diciembre 2023 en las cuotas de los seguros voluntarios la resultante es que es altamente probable que el gasto de bolsillo esté aún más subestimado que lo que alertan los autores, y que por tanto el gasto total sea mayor, y la participación del segmento privado (de bolsillo o pre datado) también lo sea. La informalidad de una parte de este gasto hace que sea muy difícil estimarlo, pero la mera observación del comportamiento del mercado lo sugiere fuertemente.

Por el lado del gasto público provincial: las cuentas públicas fiscales mostraron una condición de frágil equilibrio entre 2018 y

Figura Nro. 1. Gasto en salud por fuente de financiamiento como % del gasto total. Latinoamérica. Países seleccionados

País	Gasto Público	Seguro Social	Público + Seguro Social	Privado (OOP + Voluntario)
Argentina	26,3	31,9	58,2	41,8
Bolivia	48,9	25,1	74	26
Brasil	48,3	30,5	78,8	21,2
Chile	53,6	23,4	77	23
Colombia	54,7	28	82,7	17,3
Ecuador	48,7	25,3	74	26
Guyana	44	0	44	56
Paraguay	53,1	17,4	70,5	29,5
Perú	52,4	24,8	77,2	22,8
Surinam	50	20	70	30
Uruguay	54,2	29,6	83,8	16,2
Venezuela	48	20	68	32



Fuente: Argentina: Ministerio de Salud, 2025. Datos de 2022  
Resto: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en...> Datos de 2021

2024, atribuible, en gran medida al diferimiento del gasto salarial (administración pública, docentes, personal de salud, etc.) en relación con la inflación de esos años. (Cetrángolo y Folgar. Alquimias Económicas. Octubre 2024)

El resultado obtenido se logró incluso a expensas del derumbe de ingresos por caída de recursos coparticipables particularmente en 2023 - 2024. En 2024 las provincias mostraron superávit financiero agregado de 0,1 % del PIB, aunque con claras asimetrías entre ellas: déficit primario en Buenos Aires, Chaco y Catamarca y financiero en Entre Ríos, Río Negro, Tierra del Fuego. (F. Meditteránea mayo 2025)

El contexto de caída franca de las transferencias automáticas, y algo más errático de las discrecionales, condiciona de un modo determinante cualquier incremento para los recursos asignados a salud, por lo que la participación del gasto público provincial en el gasto sanitario total se mantendrá -en el mejor de los casos- en el mínimo comentado. (2)

La descripción es aplicable también a la seguridad social provincial. Mas allá de la caída del número de aportantes, se estima que a nivel país, los ingresos salariales del sector público se redujeron entre 2023 y 2025 un 20%-35%, como promedio, con rango variable según paritarias locales y recomposiciones parciales según cada jurisdicción. (INDEC Índice de Salarios, 24/07/25)

*La caída de la masa salarial del sector público provincial actúa obviamente como tope para la participación de la seguridad social provincial en el gasto total.*

Tampoco es previsible un incremento del financiamiento de la seguridad social nacional. El empleo privado permanece estancado desde 2012 (aumento 3% desde entonces, por debajo de la tasa de crecimiento demográfico) y ha migrado hacia la precarización vía de la incorporación o pasaje de trabajadores al universo monotributista, cuyo aporte a la seguridad social, particularmente en sus categorías más pobladas es aún más insuficiente que el de los trabajadores formales y que desde esa fecha ha crecido un 63% (INDEC 2025).

*La caída de ingresos resultante inviabiliza a aquella parte del subsector - casi el 80%- cuyos ingresos no alcanzan para financiar la canasta prestacional vigente (IPEGSA - Prosanity 2024). El INSSJP por su parte recibe los mismos condicionantes mencionados para el empleo registrado, pero agravado particularmente por la eliminación del impuesto PAIS en diciembre 2024, con la consecuente afectación de su sustentabilidad financiera. No es por tanto previsible un incremento en la participación de la seguridad social en el gasto sanitario total.*

### ¿Cuál es la consecuencia, entonces?

Dado que la relación entre las fuentes de financiamiento del sistema determina quien paga, qué paga, qué recibe cada uno, y con qué nivel de protección financiera esto se ofrece, resulta que *en el país que registra el mayor gasto privado y el menor gasto público (RR.GG) de la región, la política sanitaria consiste en la consolidación de mecanismos de mercado que generan un modelo de competencia desigual entre seguros obligatorios y voluntarios para aquella población con empleo privado y/o capacidad de pago, con enormes asimetrías en materia de acceso y calidad, y que aun así, en el mejor de los casos alcanzan a un tercio de la población.*

Mientras las provincias dejan de recibir aportes que constitucionalmente les corresponden, la seguridad social se desfinancia progresivamente, y se incentiva al ya precario sistema solidario a redireccionar los aportes y contribuciones más elevadas al asegurador privado, todas las acciones apuntan a un empeoramiento de las condiciones de equidad, y a un deterioro de lo que alguna vez conocimos como solidaridad y protección social, y todo en aras de una Libertad indefinida.

Según Amartya Sen (2002) "La equidad en salud es fundamental

Figura Nro. 2. Sistema de Salud Argentino 2025

Subsector	Aseguramiento mixto público privado		Seguridad Social "Residual"			Sector público provincial
	Aseguradoras Públicas (OO.SS.NN)	Aseguradoras Privadas	Otras OO.SS	OO.SS.PP	INSSJP	Provincias y Municipios
Financiamiento	Aportes 3% + Contribuciones 6% y/o Primas de Bolsillo + Copagos		Aportes y Contribuciones + Copagos + primas eventuales	Aportes y contribuciones trabajadores estados provinciales activos y pasivos + copagos	Aportes y contribuciones trabajadores activos sector privado y pasivos	Rentas Generales
Beneficiarios	Trabajadores privados formales y/o población con capacidad de pago		OO.SS "especiales", OO.SS.NN de "bajos ingresos", institutos, etc.	Empleados públicos provinciales activos y pasivos, familiares y adherentes.	Jubilados y pensionados OO.SS.NN, cónyuges, hijos a cargo, Vet. Malvinas	Toda la población, pero en la práctica aquellos sin cobertura explícita
Canasta prestacional	Si		No	No	No	No
Población (proxy s/datos MSal)	21.500.000		1.600.000	7.000.000	5.100.000	19.900.000

Fuente: Elaboración propia

*para la libertad real de las personas; sin ella, se limita su capacidad de vivir la vida que valoran". Entonces... ¿de qué Libertad hablamos?*

Aquel sistema fragmentado, imperfecto, ineficiente e incluso injusto, pero intra subsectorialmente solidario y esforzadamente mejorable, va migrando a un *modelo individualista de acceso, oportunidad y resultados según capacidad de pago.*

Un sistema mixto, fragmentado, de aseguramiento público - privado para población con empleo privado formal o capacidad de compra en el que la calidad de la prestación va asociada al tamaño de su billetera. Seguridad social "residual" (OO.SS. PP e ISSJP), y cobertura pública a cargo de las provincias. Algo así como un modelo a la chilena, pero sin FONASA. O a la USA, pero sin Medicaid, ni CHIP, ni ACA, ni Veterans. (3) Sólo las fuerzas del Mercado.

Mientras los sistemas de salud de los países más desarrollados progresan hacia modelos universales, centrados en el paciente, financieramente sustentables, con eje en la prevención, la digitalización, los modelos innovativos de contratación y pago, y con fuerte énfasis en equidad, calidad y gestión de enfermedades crónicas, la Argentina avanza en un modelo de exclusión, que no ofrece ninguna de aquellas virtudes, sino que consolida la inequidad y la injusticia.

La equidad se define como "*La ausencia de diferencias sistémicas, evitables y socialmente injustas en la salud entre grupos de población que se encuentran en situaciones desiguales*". - Whitehead, M. (1992).

Los datos presentados por la Dirección Nacional de Economía de la Salud, y su articulación con las políticas en curso, muestran que vamos en sentido opuesto. Un destino que sin embargo no está grabado en piedra. La voluntad política, la creatividad, la experiencia mundial y el consenso alcanzado desde la buena fe, pueden todavía transformarlo. ■

### Bibliografía:

- 1) Vale la comparación con países seleccionados de la OPEP: Alemania 75,2%/22,8%, Japón 83,5%/16,5%, España 72,4%/27,6%, Reino Unido 79,5/20,5%. Fuente: OECD Health Statistics 2024.
- 2) Hay que considerar que en términos de PBI transferencias automáticas representan casi el 7% y las discrecionales alcanzan entre el 0.3 y el 1% (opc.gob.ar)
- 3) Una analogía Medicare / INSSJP - PAMI es insostenible.

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

# PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR EL MECANISMO INTEGRACIÓN Y SU IMPACTO EN LAS OBRAS SOCIALES



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (\*)

**E**l Sistema de Salud en la Argentina, en particular el subsistema de obras sociales enfrenta desde hace años problemas y dificultades estructurales producto de crecientes demandas asistenciales y la disponibilidad limitada de recursos financieros.

Dentro de este escenario, el denominado “Mecanismo de Integración” creado por el Decreto 904/2016, se presentó como una alternativa o salvaguarda para las Obras Sociales del sistema, permitiendo que los recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) fueran distribuidos directamente a los agentes del seguro de salud para ser destinados al financiamiento de prestaciones básicas de discapacidad.

Como señalé en una nota previa, escrita para la revista en el mes de mayo, este esquema pronto mostró limitaciones. La cobertura efectiva que garantiza el mecanismo se restringe únicamente a aquellas prácticas incluidas en el nomenclador, dejando fuera algunas prestaciones que, aunque imprescindibles para los beneficiarios, deben ser afrontadas por las obras sociales con recursos propios, que cada vez son más exiguos.

Esta situación plantea algunos desafíos, por un lado, la creciente presión económica sobre los financiadores del Sistema; por el otro, el riesgo de desequilibrio del propio sistema de salud.

Como es sabido el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) se nutre de un porcentaje de las contribuciones y aportes de los trabajadores en relación de dependencia y cotizaciones de regímenes especiales (monotributistas, servicio doméstico). Con esos recursos se financian diversos conceptos: subsidios automáticos, el Mecanismo de Integración, apoyo a prestaciones de alto costo y baja incidencia a través del Sistema Único de Reintegro SUR, reemplazado por el ahora Sistema Único de Reintegros por Gestión de Enfermedades - SURGE.

En ese marco, el Decreto 904/16 dispuso que parte del fondo se destinara de manera directa a los agentes del seguro de salud, a través de un procedimiento de rendición de cuentas transparente.

En cuanto a lo estrictamente operativo, el procedimiento exige que las obras sociales presenten mensualmente, como declaración jurada, la facturación de prestaciones brindadas, para que luego la Superintendencia procese y liquide los montos a través de la ARCA. Este esquema, ágil inicialmente, se consolidó

como una herramienta de alivio financiero y de transparencia. Sin embargo, al analizar su evolución se advierte que los recursos resultan crecientemente insuficientes para atender la magnitud de la demanda.

Como lo señalé, existe un universo de prestaciones que no cuentan con apoyo financiero por parte de este esquema de adelanto de gastos propuesto por el Mecanismo de Integración, y que no parecería que puedan -en lo sucesivo- incorporarse, justamente por el desequilibrio que está provocando “el gasto” prestacional de las prácticas cubiertas, - como se dice habitualmente, “El Fondo no da para más”.

El problema central reside en las prestaciones no contempladas en el nomenclador de discapacidad y, por ende, no recuperables vía FSR. Entre ellas se incluyen tratamientos complementarios, tecnologías de rehabilitación avanzadas, transporte adaptado en ciertas modalidades, apoyos educativos, acompañantes terapéuticos y terapias alternativas.

Todas estas prestaciones deben ser financiadas con los ingresos propios de cada obra social, generando una carga que en muchos casos supera su capacidad presupuestaria.

La consecuencia inmediata ha sido el retraso en los pagos a prestadores y, en no pocos casos, la judicialización de reclamos por parte de beneficiarios y familias.

En este sentido, no puede dejar de mencionarse que el propio nomenclador de prestaciones básicas de discapacidad requiere una actualización profunda, ya que muchos de sus contenidos se encuentran en desuso, respondiendo más a una lógica pensada para los prestadores que para los beneficiarios. Esta desactualización genera un desfase entre la cobertura formalmente reconocida y las necesidades reales de las personas con discapacidad, lo que termina forzando a las obras sociales a financiar prácticas que, aunque esenciales, quedan fuera del esquema previsto. Una revisión integral del nomenclador, orientada a los beneficiarios y adaptada a los avances en rehabilitación, educación inclusiva y apoyos terapéuticos, sin dudas resulta una medida tan urgente como el rediseño del propio financiamiento del sistema.

Por otra parte, habrá que prestar especial atención a la evolución de la incidencia del Mecanismo en la distribución del Fondo Solidario, ya que se evidencia un crecimiento exponencial desde su implementación.

En 2021 representaba alrededor del 37% del fondo, en 2022 superó el 50% y en 2024 alcanzó picos cercanos al 60%, y hoy en día es casi un 70%. La concentración de recursos en un solo rubro deja poco margen para el financiamiento de prestaciones de alto costo o prolongadas.

Tal como ya advertí en análisis anteriores, en mi opinión el sistema no parece sostenible si su fuente de financiamiento se basa únicamente en los aportes y contribuciones de los trabajadores.

En un contexto de salarios deprimidos y costos de salud elevados, la recaudación del FSR crece a un ritmo muy inferior al de los aranceles y costos de las prestaciones. El incremento del número de Certificados Únicos de Discapacidad (CUD), que se cuadruplicó desde la instauración del mecanismo en 2016, y las actualizaciones periódicas de aranceles, agudizan la brecha financiera. Se confirma así que el modelo, en su configuración actual, empuja al sistema hacia un punto de desequilibrio.

Otra arista por contemplar es el reclamo judicial de prestaciones, toda vez que la Ley 24.901 obliga a las obras sociales a brindar cobertura integral a las personas con discapacidad, y los

“ Existe un universo de prestaciones que no cuentan con apoyo financiero por parte de este esquema de adelanto de gastos propuesto por el Mecanismo de Integración, y que no parecería que puedan -en lo sucesivo- incorporarse, justamente por el desequilibrio que está provocando “*el gasto*” prestacional de las prácticas cubiertas, - como se dice habitualmente, “*El Fondo no da para más*”.

tribunales han reafirmado sistemáticamente que dicha cobertura debe ser completa y sin dilaciones.

Ello genera que, frente a la insuficiencia del financiamiento vía FSR, las obras sociales sean igualmente condenadas a cubrir con recursos propios aquellas prestaciones que el mecanismo no contempla. La jurisprudencia, en definitiva, convierte en exigible un derecho cuya fuente de financiamiento resulta inestable.

El Mecanismo resultó una intromisión favorable financieramente para los Agentes del Seguro que, hasta ese entonces, abonaban las prestaciones de discapacidad con fondos propios y luego solicitaban el recupero a través del Sistema Único de Reintegro, cuyos tiempos estaban sujetos a la disponibilidad presupuestaria de los recursos del Fondo y la distribución por parte del Organismo del Control.

Sin dudas que este sistema introdujo mayor previsibilidad y un alivio en el financiamiento de las prestaciones básicas de discapacidad. No obstante, la dinámica del sistema muestra que dicho esquema no alcanza para garantizar la sustentabilidad global del financiamiento en el subsistema de obras sociales.

La creciente proporción del FSR absorbida por la discapacidad, el aumento sostenido de la población con CUD y la inflación de costos prestacionales dejan en evidencia que no es viable sostener el sistema exclusivamente con los aportes laborales.

Es necesario pensar en fuentes adicionales de financiamiento, ya sea mediante impuestos específicos, aportes de rentas generales o la inclusión de nuevos actores contributivos como las empresas de medicina prepaga, tal como se dispuso con el Decreto 600/24, que sustituyó el artículo.23 de la Ley 26.682.

Recién cuando se haya nutrido de otra forma al FSR, podremos asegurar no solo el financiamiento de las prestaciones que en la actualidad se encuentran cubiertas por el Mecanismo de Integración, sino también por todo el universo de prestaciones que la ley ampara, sin que ello importe el pago con fondos propios por parte de los financiadores, que en general resulta ser en desmedro de la cobertura de otras prácticas o prestaciones para el resto de la población beneficiaria.

De lo contrario, el riesgo de colapso no es un escenario hipotético sino una proyección probable, que amenaza con deteriorar no solo la cobertura de las personas con discapacidad, sino el equilibrio mismo del sistema de obras sociales.

En síntesis, la equidad y la inclusión requieren no solo de normas avanzadas y derechos reconocidos, sino también de un financiamiento realista y sostenible. El desafío es enorme, pero hay que estar alertas y proponer alternativas posibles y realizables, de lo contrario, el mecanismo que nació como un alivio puede transformarse en un factor de quiebre para el sistema y aun peor, en una deficiente cobertura de las prestaciones de discapacidad. ■

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

**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, X, LinkedIn

# INNOVAR: LA CLAVE PARA LIDERAR Y TRANSFORMAR EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA SALUD

**Adecra+Cedim llevó adelante la séptima edición del Congreso de Salud, el evento anual que se consolida como marca registrada en el sector. Expertos en liderazgo y gestión, innovación, IA y tecnologías analizaron las oportunidades para transformar y humanizar la atención y el cuidado. Autoridades políticas, economistas y directivos del ámbito abordaron la economía y política actual en Argentina y los desafíos político-empresariales del sector.**

**A**decra+Cedim (la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina y la Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio) organizó el pasado miércoles 20 de agosto en Pilar, con transmisión por *streaming* en simultáneo, el VII Congreso de Salud 2025.

Se trata del conversatorio que reúne cada año a líderes, empresarios médicos y otros referentes del área para tratar la agenda técnica, estratégica y política de la salud.

Los especialistas definieron a la innovación como principal “catalizador” para liderar la salud en base a gestión, calidad y seguridad, con la inteligencia artificial como gran motor de cambio.

El ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Fernán Quirós, junto a los ministros de la cartera de Córdoba y Neuquén, dialogaron sobre políticas y regulaciones en el sector y coincidieron en la importancia de la integración público-privada como oportunidad para potenciar la calidad de atención y la eficiencia del sistema.

Por su parte, el ministro de Salud de la Nación, Mario Lugones, expresó: “Estamos en un momento crítico, no solamente por la disminución de la tasa de mortalidad, sino porque el sistema se fue desfinanciando”.

Al cierre, el presidente de Adecra, Jorge Cherro, resumió: “Para nosotros, este Congreso de Salud es la expresión, en un solo día, de lo que hacemos durante todo el año en pos de representar a nuestros asociados”.



## BLOQUE TÉCNICO

“La inteligencia artificial es una herramienta valiosa que ayudará, pero no ocupará nuestros puestos en salud”, opinó Marcelo Kaufman, presidente de Cedim, para abrir el encuentro y agregó: “La aceleración tecnológica ha demostrado que puede comprimir siglos en décadas, aunque en salud ese cronómetro recién comienza”.

### “¿Qué significa innovar?”

En el primer panel, Martina Rúa, periodista del diario La Nación, especializada en innovación, definió el concepto como

“algo que va mucho más allá de lo tecnológico” y que “debemos poner en el centro de nuestras profesiones para seguir amplificando nuestros roles”.

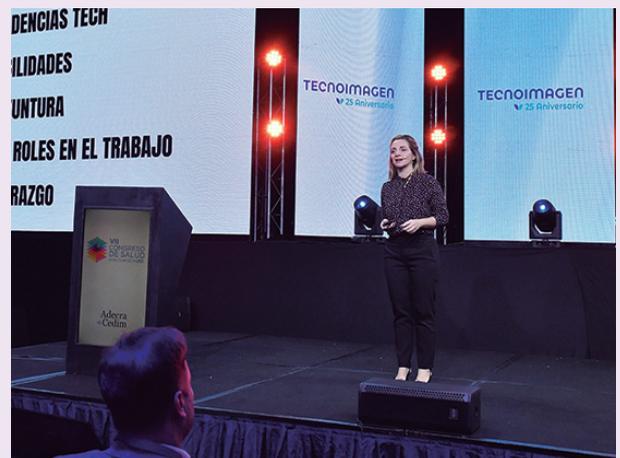
“Esta generación le toca gestionar un mundo Rubik. Tendremos que ser expertos en poder pensar futuros posibles, pasando de la cultura reactiva a la cultura proactiva”, sostuvo Rúa. “No se puede innovar sin pensar en todos los hilos, en colaboración”, recalcó.



### “Inteligencia artificial + inteligencia humana = inteligencia aumentada”

Enrique Díaz Cantón, médico especialista en oncología y profesor titular de Inteligencia Artificial en Medicina en el Instituto Universitario CEMIC, repasó la evolución de la “inteligencia artificial en medicina” y contó que “este año va a haber un avance gigantesco en la IA agéntica y robótica”.

Defendió a la “inteligencia aumentada” como “el futuro inmediato de la medicina” y puntualizó: “La IA en salud está en todo lo que se imaginen: diagnóstico, lectura de placa de tórax, colonoscopias, etcétera, por lo que no usarla en medicina, próximamente, será mala praxis”.



## “No hay estrategia de IA sin estrategia de datos”

Desde la mirada legal, Nicolás Bonina, consultor en PASBBA Abogados y especialista en derecho tecnológico, atendió el tema de la seguridad informática “frente al *boom* de los ciberataques”, que ponen especialmente en jaque al sector salud.

Resaltó que “el eslabón más débil y más fuerte son las personas en las organizaciones”, por lo que se hace indispensable trabajar en “programas de capacitación continua”, “simulacros sorpresa”, “una política de contraseña robustas” y “limitación de permisos de navegación”, entre otras herramientas.

“La privacidad y seguridad de datos ya no es un costo. El 96% de las organizaciones indica que los beneficios de la inversión en privacidad superan los costos”, señaló.

## “El futuro no se espera, se crea”

Mariano Battistotti, ejecutivo regional de RRHH y divulgador tecnológico, inspiró al público sobre lo que define como la “era de la potencialidad”. “En época de IA, es momento de liderar”, recalcó.



Opinó que “lo que realmente nos transforma no es la tecnología en sí, sino lo que hacemos con el tiempo que nos devuelve” y que es clave usar ese tiempo “para conectar con nuestra humanidad”. “El futuro no será de quienes más sepan de tecnología, sino de quienes más sepan de humanidad”, afirmó.

## Hospitales del futuro

Darío Cordenons, fundador y presidente Tecnoimagen, compañía argentina líder en el campo de las tecnologías médicas, habló sobre la construcción de los “hospitales inteligentes” y explicó que la tercera y última área es la que tiene que ver con el diseño centrado en el paciente, donde aparece la historia clínica electrónica integrada.

“Debemos ir hacia un ecosistema de tecnología médica que hable, se conecte y que eso nos sirva para tomar decisiones de diagnóstico y tratamiento”, dijo.

## “Somos enemigos del desperdicio”

En el panel “Innovación desde seguridad y calidad”, los expertos profundizaron sobre cómo la innovación, desde las personas, puede promover la eficiencia y eliminación del desperdicio.

Desde el foco asistencial, Viviana Rodríguez, coordinadora del Departamento de Calidad y Seguridad en IECS, señaló que “en el contexto actual de ansiedad, simultaneidad y no linealidad, la tecnología tiene que generar confiabilidad en el proceso de atención”.

En línea con esto, Mariano Benzadón, director de Calidad, Seguridad y Experiencia del Paciente y jefe de Innovación en ICBA Instituto Cardiovascular, opinó que “gestionar la calidad es mejorar resultados, reducir la variabilidad, acortar la brecha y agregar valor”.

Desde el enfoque de liderazgo, Rodolfo Bunge, catalizador de innovación y director de Nowhere Group LATAM, propuso pasar del paradigma de “equipos centrados en el líder” al de “líderes sosteniendo el espacio”. “El líder debe abrir oportunidades, promover seguridad psicológica, sostener la tensión creativa y catalizar la acción colectiva”, sostuvo.

“Somos enemigos del desperdicio”, definió Ezequiel García Elorrio, director del Departamento de Calidad en IECS y presidente de ISQua.

## “Nadie debería hacer a mano lo que se puede hacer con IA”

Así lo definió Luciano Tourn, CEO de Wúru y director en Grupo Gamma Rosario, en el panel “Innovación desde la gestión”, que compartió con Jorge Navone, director de Operaciones en Grupo Gamma Rosario y miembro de la Asociación Argentina de Gestión Operativa en Salud.

“Debemos liberar la burocracia, lo tedioso y la fricción; usar la IA para crear experiencias sorprendentes por lo simple; y lograr que el equipo de salud se enfoque 100% en el paciente y su técnica”, reflexionó Tourn.

## BLOQUE POLÍTICO-EMPRESARIO

En la segunda parte del día, se amplió la mirada hacia el contexto político-económico nacional y el panorama del sector de la salud privada en el sistema de salud en su conjunto.

### El mapa político-económico nacional

El reconocido periodista Jorge Liotti, secretario de redacción de la sección Política y columnista de La Nación, diagnosticó la gestión del Gobierno actual hasta esta altura y trazó proyecciones de cara al próximo escenario electoral en Argentina.

“Estamos en un momento de inflexión entre la primera etapa de Gobierno y la segunda”, dijo, y agregó: “Javier Milei encarnó eficazmente el mandato de ruptura con su llegada al Gobierno y rompió el tablero político. Las candidaturas actuales son la reverberación de este periodo de ruptura”.

Entre lo que considera “los tres principales activos del



Gobierno” destacó: “el ordenamiento macroeconómico”, “la figura exhuberante propia del Presidente” y “la expectativa que depositó la gente en él, que funciona como tolerancia al ajuste”. Y dejó a la audiencia tres consideraciones generales: “La economía define la política”, “Hay una fragmentación cada vez peor de la política, sobre todo en escenario electoral” y “la Boleta Única y el hecho de que no haya PASO son instrumentos que tendrán incidencia”.

“El Gobierno se enfrenta ahora a una indudable necesidad de relanzamiento, repotenciamiento y fortalecimiento político para la segunda etapa”, sostuvo.

Desde una mirada complementaria, el economista José Siaba

Serrate, titular del Estudio Siaba Serrate, analizó la macroeconomía. “El acuerdo con el FMI es un paraguas *extra large* que blindó a la Argentina para 2025 y es un punto clave en la estrategia electoral”, resaltó.

“La oferta electoral de Milei tiene que ver con la desinflación con crecimiento y la reducción de la pobreza”, opinó Siaba Sarrate y dejó un interrogante: “Estamos ante un escenario en el que el Presidente está en contra de todos (incluso, de propios y aliados) y ¿todos contra la estabilidad que se alcanzó?”.

**El nuevo panorama político-empresario en salud**

El surgimiento de nuevos modelos de negocios, el fin de la triangulación, el impacto de una inflación controlada frente a costos prestacionales atrasados, y el rol de prestadores y financiadores fueron los temas de esta mesa de debate.

“Pasamos de índices inflacionarios mensuales a valores equi-



valentes anuales en un período corto de tiempo”, contextualizó, como coordinador del panel, Pablo Paltrinieri, miembro de la Comisión Directiva de Adecra. Y mencionó algunas de las medidas, como la prescripción y comercialización de medicamentos y la reglamentación del DNU para la libre elección de obras sociales, como “medidas orientadas a un camino de simplificación y mayor eficiencia”.

También habló Alejandro Schroeder, director General de Leben Salud, institución ambulatoria referente de alta complejidad en Neuquén y Río Negro. Sobre un sondeo proyectado a los próximos 18 meses, que llevó adelante sobre 15 centros de salud del interior del país, concluyó: “Los prestadores definen el presente económico como estable, aunque con desafíos y un porcentaje importante de incertidumbre. El 100% de los encuestados va a invertir en equipamiento médico y un 75% va a apuntar a la digitalización y a la mejora técnica”.

En línea, José Reviglionio, director Ejecutivo del Grupo Hospital Privado Universitario de Córdoba, habló de “estabilidad de la inflación y mejora en los costos médicos”. “Esto nos permite ser más previsible, aunque todavía faltan medidas profundas para el sector, como el Proyecto de Ley de Crédito Fiscal no Computable”, puntualizó.

“Como prestadores, debemos empezar a pensar en unificarnos más para lograr los objetivos que tenemos como sector”, afirmó a modo de autocritica.

Representando la mirada del sector financiador, Patricio Pasmán, consultor independiente de obras sociales y empresas de medicina prepaga, graficó: “Hace 30 años, el gasto en salud en el mundo representaba, en los países desarrollados, un 4% o 5% del PBI. Hoy está en el orden del 9% o 10%”.

Planteó dos problemas fundamentales: “la mezcla en los modelos de financiamiento (el modelo solidario y el de libre elección)” y “los aumentos en los medicamentos, que se duplicaron en los últimos diez años”. “Pareciera que, con la estabilidad de la inflación, viene una época de más competencia, donde nos debería unir la eficiencia”, proyectó.



**“Políticas y regulaciones en el sector salud”: la mirada de los ministros de Salud provinciales**

Los ministros Ricardo Pieckenstainer (de Córdoba), Martín Regueiro (de Neuquén) y Fernán Quirós (de Ciudad de Buenos Aires) coincidieron en la importancia del modelo de integración público-privada y destacaron que “altos niveles de continuidad de atención, la implementación de la IA y la innovación en la telemedicina” son también desafíos para el sistema.

“Sobre la presión que tiene el sistema sanitario, buscamos la mayor eficiencia posible a través de esta interacción de efectores públicos y privados, potenciando recursos como hospitales y camas, entre otros, e invitamos a otras provincias a que se sumen a este paradigma”, resaltó Pieckenstainer.

Quirós también defendió la articulación, señaló que “el problema como sistema, desde hace 15 años, es que tenemos la misma inversión mientras van aumentando los costos” y propuso: “Frente al déficit de recursos económicos, es muy necesario encontrar espacios de complementariedad”.

“Somos uno de los sistemas más eficientes y, aun así, puertas adentro, tenemos que resolver muchas ineficiencias. Nos merecemos un debate muy profundo”, concluyó.

Por su parte, Regueiro explicó que “Neuquén está creciendo lo que no crecen otras provincias”, pero de manera “dispar”, lo cual incide en el financiamiento y la atención en el sistema de salud provincial.

“Nosotros medimos indicadores como barreras para el acceso a la salud, mortalidad infantil, suicidios y agresiones, entre otros y, a partir de ese diagnóstico, comenzamos a trabajar en líneas de cuidados”, comentó. “Lo que nosotros queremos es que el subsector privado pueda comprender para dónde vamos”, enfatizó.

**El cierre de Mario Lugones**

El ministro habló de “falta de recursos públicos”, como consecuencia de “años de despilfarro”, de un sistema de salud en crisis, y destacó: “Vinimos a cumplir con lo que hace la Constitución: la salud y la educación son jurisdiccionales”.

“Estamos en un momento crítico, no solamente por la disminución de la tasa de natalidad, sino porque el sistema se fue desfinanciando”, sentenció.

Se refirió al “problema de los colegios médicos”, a la situación del Hospital Garrahan, y a la “asimetría de la información” con la que se topan desde la estructura del Ministerio de Salud. “Nosotros vinimos a poner orden. Somos un ente rector y, para ordenarlo, hay que hacerlo de a poco”, dijo.

También habló de la necesidad de una reforma laboral y jubilatoria “para saber qué va a pasar con el sistema de salud en materia de financiamiento”. ■

Fuente: Adecra+Cedim



# COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud  
**inteligente**



Comunicación  
**que transforma**

**GPT** MARKETING

salud@gptcomunicacion.com.ar  
www.gptcomunicacion.com.ar

# CIVILIZACIÓN Y BARBARIE

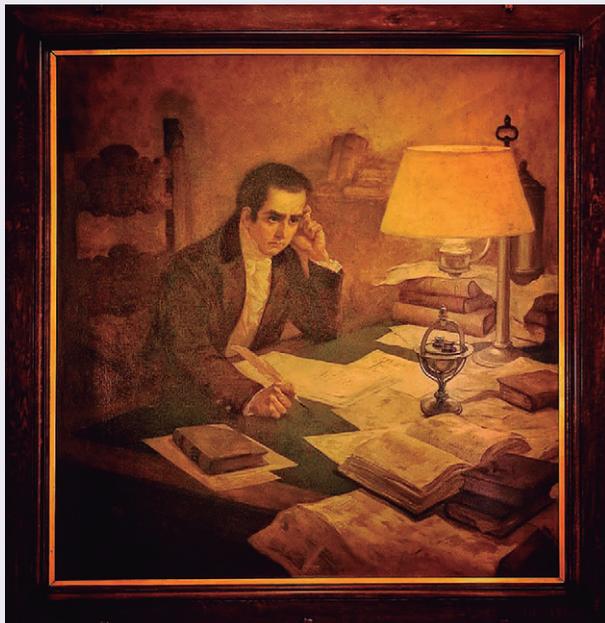


"La ilustración y fomento de las letras son las llaves maestras que abren las puertas de la abundancia y hacen felices a los pueblos" / **José de San Martín**  
(Al Cabildo de la Capital de Chile, Mendoza, 17 de marzo de 1817).

Por el Dr. Mauricio Klajman (\*)  
dr.mklajman@gmail.com

La idea de civilizar la barbarie, de integrar a las comunidades incivilizadas al proyecto de la *Modernidad*, es un concepto que atraviesa casi toda la historia de América, y que desde la *Colonia* y la *República* (y hasta la actualidad) se ha venido instalando como una columna vertebral en las múltiples estrategias de poder que pretenden clasificar y definir los cánones de lo "racional", de lo "cultural" o de lo "identitario".<sup>(1)</sup>

La barbarie es definida -en primera instancia-, como un espacio exterior escasamente comprendido por quienes tienen el poder de establecer límites (geográficos/políticos, epistémicos o subjetivos), y que implica necesariamente la condición de "subalternidad" de aquel "otro" colonizado. Por otro lado, el concepto de "civilización" (*Civilization* francesa, o *Civilization* inglesa) surge muy posteriormente en el siglo XVIII, tendrá sus antecedentes muy remotos y en aspectos muy puntuales.<sup>(2)</sup>



Nuestro país tiene durante el siglo XIX una batalla entre civilización y barbarie. Sarmiento publica en el exilio en 1845: "*Facundo o civilización o barbarie en las Pampas Argentinas*". Oscar Terán en un ensayo de 2007 hace hincapié en el estado real de la República<sup>(3)</sup> de mediados del siglo XIX:

"Un país bifronte, caracterizado por una fricción inédita entre lo civilizado y lo bárbaro". Obsérvese lo similar en este momento, en nuestro tiempo con la llamada "grieta". Que no es otra cosa que la lucha entre modernidad y atraso, entre desarrollo y subdesarrollo.<sup>(4)</sup>

Esto es hacer confluír la libertad, la igualdad de condiciones, además de la fraternidad social, lo que deberíamos hacer indefectiblemente. Pilares de la revolución francesa, que fueron adoptados por los Estados modernos a partir del siglo XIX y acentuados en el XX y XXI. Ciencia, derechos, cultura, educación y salud como pilares y cimientos incólumes de un país con futuro.

## La barbarie hoy es el tecnofeudalismo

Las dinámicas tradicionales del capitalismo ya no gobiernan la economía. Lo que ha matado a este sistema es el propio capital y los cambios tecnológicos acelerados de las últimas dos décadas, que, como un virus, han acabado con su huésped.<sup>(5)</sup>

Los dos pilares en los que se asentaba el capitalismo han sido reemplazados: los mercados, por plataformas digitales que son auténticos feudos de las *big tech*; el beneficio, por la pura extracción de rentas. Sumado a esto si prestamos atención, no nos costará ver que la mutación del capital en lo que se llama "capital en la nube" ha demolido los dos pilares del capitalismo: los mercados y los beneficios.

Por supuesto, ambos siguen estando omnipresentes -de hecho, también lo estaban en el feudalismo-, pero ya no ejercen el control de antaño. Lo que ha ocurrido en las dos últimas décadas es que el beneficio y los mercados han sido expulsados del epicentro de nuestro sistema económico y social, se han desplazado a sus márgenes y han sido reemplazados. ¿Con qué?

Los mercados, el medio del capitalismo, han sido sustituidos por plataformas de comercio digitales que parecen mercados, pero no lo son, y que se entienden mejor si los consideramos feudos. Y el beneficio, el motor del capitalismo, ha sido sustituido por su predecesor feudal, la renta. En concreto, una forma de renta que debe pagarse para tener acceso a esas plataformas y, en general, a la nube, la "renta de la nube".

Así, en la actualidad el poder real no lo ostentan los propietarios del capital tradicional, es decir, de la maquinaria, los edificios, las redes ferroviarias y telefónicas, los robots industriales. Éstos siguen extrayendo beneficios de los trabajadores, de la mano de obra asalariada, pero ya no mandan como antes.

Como veremos, se han convertido en vasallos de una nueva clase de señor feudal, los propietarios del capital en la nube. En cuanto al resto, hemos vuelto a nuestra antigua condición de siervos y contribuimos a la riqueza y el poder de la nueva clase dominante con nuestro trabajo no remunerado y cuando tenemos la oportunidad, con el trabajo asalariado que realizamos.

El regreso del rentismo, una forma parásita de organizar las sociedades, tanto en la época feudal, así como en los tiempos del colonialismo. Esto no tiene precedentes. Los empleados de General Electric, ExxonMobil, General Motors o cualquier otro gran conglomerado perciben en sueldos y salarios alrededor del 80 por ciento de los ingresos de la empresa.<sup>(6)</sup> Esta proporción aumenta en las empresas más pequeñas.

En cambio, los trabajadores de las grandes tecnológicas perciben menos del 1 por ciento de los ingresos de sus empre-

sas. La razón es que la mano de obra asalariada sólo realiza una fracción del trabajo del que dependen las grandes tecnológicas. La mayor parte lo realizan miles de millones de personas de forma gratuita.

Véase la similitud con el trabajo médico: pluriempleo casi siempre mal remunerado. Somos trabajadores que producimos mediante nuestro capital intelectual, reemplazamos a las grandes fábricas por empresarios de la salud o financiadores sujetos a los vaivenes del antiguo mercado.

Incluso se habla de la inteligencia artificial como sustituto de nuestra labor. Es verdad que la IA no le puede dar la mano a un paciente y sentir el intercambio de calor humano entre ambos. Pero si se equivoca en el diagnóstico o en la terapéutica a los dueños del capital no les interesa, ya que la ética de la humanidad no está en juego: no la conocen.

Estamos en el neofeudalismo, no hay diferencia entre la barbarie según pensaban los griegos con su definición de esclavos o la servidumbre de la época feudal. Es dura esta definición, pero es una lectura de la realidad sanitaria que nos aqueja.

El Estado dejó de ser árbitro tratando de civilizar, promover la igualdad y favoreciendo la equidad que supimos conseguir en nuestro país, a través de nuestra exquisita historia de derechos, de educación y de promoción de la ciencia.

Ridículas explicaciones sobre el presupuesto cada vez más acotado del Garrahan, de las universidades, de la cultura en general y sobre todo la **desfinanciación de la salud**. “Vamos al revés del mundo, hacia el retorno de la barbarie” que, en el Facundo, Sarmiento denuncia.

La educación nos impulsó a ser uno de los países más avanzados del mundo y en el siglo XX con un índice de ascenso social de las clases medias ejemplo para otros países sudamericanos.

No quisiera finalizar este artículo sin un mensaje esperanzador: los argentinos somos resilientes de cantidades de crisis, hemos atravesado tormentas más duras... pero siempre a través de la unidad y la fuerza que otorga esa historia de derechos mencionada.

Encontraremos una salida a este desfiladero donde estamos inmersos en este momento: pongamos fuerza y esperanza en el futuro.

En resumen, la esperanza es una fuerza activa, conectada con la acción y la comunidad, que nos impulsa a construir un futuro mejor, incluso cuando enfrentamos la negatividad y la oscuridad. ■

## Bibliografía:

- 1) Civilización, historia de un concepto /José Burucúa/Fondo de Cultura Económica/México/ Buenos Aires/2024.
- 2) Civilización y barbarie. La instauración de la “diferencia colonial” durante los debates del siglo XVI y su encubrimiento como “diferencia cultural”/Patricio Lepe-Carrión/Pontificia Universidad Católica de Valparaíso/Scielo/Andamios vol.9 no.20 Ciudad de México sep./ dic. 2012.
- 3) Facundo o Civilización y barbarie en las pampas argentinas/Chile 1845.
- 4) Para leer el Facundo/Civilización y barbarie: cultura de fricción/ Oscar Terán/Capital intelectual/ 2007.
- 5)(6) Tecnofeudalismo- el sigiloso sucesor del capitalismo/Yanis Varoufakis/ Ariel/2025.

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



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

[www.prosanity.com.ar](http://www.prosanity.com.ar)

# HABÍA UNA VEZ UN SISTEMA LLAMADO RESIDENCIAS



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (\*)

**H**abía una vez un sistema llamado residencias. En él, miles de profesionales de la salud se formaban cada año, aprendiendo no solo la teoría, sino a decidir bajo presión, a trabajar en equipo, a acompañar en silencio. Las residencias han sido, desde hace décadas, la forma en que la sociedad garantiza que quien nos cuida no solo ha leído libros, sino que ha practicado lo suficiente.

En los sistemas sanitarios, en particular fuera de América Latina, la residencia no es un complemento, es el núcleo de la formación de los especialistas. Allí se aprende haciendo, bajo supervisión progresiva, con responsabilidad creciente. Y es, también, el último eslabón antes del ejercicio autónomo, por ello es parte del sistema formativo y con fuerte participación de las universidades. La Argentina, con un modelo mixto entre lo formativo y lo asistencial, ha sostenido con esfuerzo un esquema que tiene fuerte base en el sistema de salud.

Pero algo se resquebraja. Entre graduados que no las elijen, normativas que no aportan soluciones, exámenes bajo sospecha y falta de articulación institucional, el sistema de residencias en la Argentina atraviesa una de sus peores crisis de legitimidad.

## El nuevo reglamento: entre avances formales y retrocesos reales

En 2025, el Ministerio de Salud aprobó un nuevo Reglamento General para el Sistema Nacional de Residencias (Res. 2109/2025). Se presenta como una modernización del marco anterior, vigente desde 2015. Uno de los puntos más críticos es la consolidación del régimen de “beca institucional” (¿A qué instituciones se refiere no había autonomía institucional en el sistema de salud público?), que mantiene a los residentes en una situación de formación no laboralizada.

No hay aportes jubilatorios. No hay derechos equivalentes al trabajo médico. Se legitima un modelo ambiguo, donde se exige como a un trabajador, pero se reconoce como a un estudiante. Además, se habilita un aumento en la carga de guardias mensuales con un descanso post guardia parcial, lo que contradice las recomendaciones de salud laboral en el ámbito sanitario, y puede afectar la seguridad de los pacientes.

Tal vez lo más destacado es el intento de articulación con las universidades. Aunque no profundiza en el modelo del vínculo parece un intento de darle contexto académico de formación de postgrado. Aunque la residencia sigue siendo, jurídicamente, un camino optativo, sin que se integre como etapa formativa obligatoria.

## Cómo si esto fuera poco el escándalo del Examen Único: síntomas de un sistema vulnerable

El *Examen Único Nacional de Residencias Médicas* es una evaluación de conocimientos de grado para los aspirantes a residencias, y es elaborada, coordinada y supervisada por el Ministerio de Salud. Implementado a partir de 2011, este examen surgió como una herramienta para unificar y homologar los distintos procesos provinciales, extendiéndose progresivamente hasta cubrir casi todo el territorio nacional hacia 2019 (sólo la provincia de Córdoba no participa).

La prueba se complementa con el promedio de la carrera y, en muchos casos, con entrevistas u otros criterios definidos según el concurso distrital. Los resultados se utilizan para generar el orden de mérito al momento de asignar los cupos en más de setenta especialidades.

Este año en el Examen Único Nacional de ingreso a residencias médicas, realizado el 1° de julio de 2025, se detectaron resultados incongruentes. Entre los puntajes más altos había estudiantes cuyos resultados no se condecían con su rendimiento académico de grado, y un número inusual de egresados de universidades extranjeras muy puntuales los que también aparecían entre los primeros puestos con notas superiores a 90/100.

Se hablo de filtración, de falta de control y del uso de la tecnología. La respuesta oficial fue reactiva, el Ministerio suspendió el ranking y convocó a 268 aspirantes a rendir nuevamente el examen. Se inició también un cruce de datos con migraciones. Estas medidas no aplicaron un criterio estadístico sólido para definir a quiénes se incluía, ni se cruzaron antecedentes académicos, que podrían haber ayudado a separar el fraude de la excelencia legítima.

¿Cuál fue el problema real?, si fue una filtración maliciosa, si hubo insuficiente control y por ende posibilidades de copia, pasa a ser una anécdota. La presencia de extranjeros no es el problema, sino algo que merece ser analizado y políticas específicas que requieren análisis de datos y decisiones inteligentes.

“ En los sistemas sanitarios, en particular fuera de América Latina, la residencia no es un complemento, es el núcleo de la formación de los especialistas. Allí se aprende haciendo, bajo supervisión progresiva, con responsabilidad creciente. Y es, también, el último eslabón antes del ejercicio autónomo, por ello es parte del sistema formativo y con fuerte participación de las universidades. ”

La forma de resolver el conflicto no merece demasiado análisis, con sus idas y vueltas, y una construcción psicométricamente cuestionable solo nos devuelve la necesidad de proteger preventivamente este proceso con políticas concretas en el futuro. Queda claro que el proceso de selección es vulnerable y requiere un urgente blindaje tecnológico y recursos suficientes para generar controles adecuados.

Lo sucedido no es solo un episodio escandaloso, se convirtió en la excusa para poner fin a una de las pocas políticas públicas en salud que había atravesado distintos gobiernos y mantenido un consenso básico. Es, además, una advertencia. La situación expone la radiografía de un sistema que, en lugar de fortalecerse, aparece cada vez más cuestionado y sometido a decisiones que no aumentan su atractivo ni su capacidad de retener talento.

En lugar de promover una mayor integración, se fomenta la fragmentación, ahora incluso a nivel distrital, en un esquema que ya mostraba serias dificultades para articular entre actores clave como universidades, hospitales, gobiernos y sociedades científicas.

El Examen Único Nacional fue, durante más de una década, un instrumento valioso cuya consolidación demandó un enorme esfuerzo. Su eliminación no es un mero cambio administrativo: nos hace retroceder al menos 15 años, desmantelando una herramienta central para la planificación del capital humano en salud.

Este tipo de examen está presente en muchos países que priorizan la calidad de sus sistemas sanitarios, desde España, Estados Unidos, Canadá, Francia u Holanda, hasta naciones cercanas como México y otros países latinoamericanos, independientemente de su organización federal o unitaria.

Si las residencias y su sistema de admisión pierden credibilidad, la salud pierde su sostén ético; y si el ingreso se fragmenta en múltiples exámenes, obligando a los aspirantes a peregrinar de una

convocatoria a otra, se reducirá la cantidad y diversidad de médicos que acceden a la formación especializada. Nadie quiere un profesional cuya formación esté en duda, y para garantizarlo la residencia es clave. Pero tampoco ningún joven médico debería sentir que su futuro depende de un sistema que no sabe, o no quiere, cuidarlo.

### Cuidar lo que funciona

En medio de la crisis, en ámbitos de salud crece el consenso sobre algo que hasta hace poco era objeto de debate y es que la residencia debería ser obligatoria para ejercer como especialista.

Y para ello debe estar protegida, jerarquizada y articulada. Para lograrlo es necesario que se fortalezca el sistema, se financie, se asegure la supervisión, y la evaluación de la calidad de formación.

Que universidades, Estado y profesionales trabajen en conjunto en normas claras que aseguren esos principios.

**Había una vez un sistema llamado residencias. Que no se convierta en un cuento del pasado. ■**

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



**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](mailto:chkconsultores@gmail.com)

# SALUD: AÑOS DE NAVEGAR A LA DERIVA Y SIN RUMBOS



Por Carlos Vassallo Sella (\*)  
vassalloc@gmail.com

**D**esde el reinicio de la democracia hemos discutido sobre el Estado y sus funciones. Sin poder avanzar demasiado en profundizar sobre qué y cuáles funciones deberían ser asumidas por el Estado. Nunca nos preocupamos demasiado por el cómo se debían desempeñar esas funciones y esto tiene que ver con el accionar de la intervención estatal de manera acrítica como si no existieran fallas del Estado conviviendo con las fallas del mercado.

El Estado en la Argentina ha sido considerado históricamente como espacio de poder desde donde perpetuarse políticamente antes que como una respuesta a las fallas del mercado. Esta fue muchas veces la excusa para intervenir y quedarse a expandir y armar negocios dentro del Estado.

Los conservadores, el radicalismo, los militares, el peronismo y los nuevos partidos que surgieron mantienen ese gen tan argentino de la búsqueda del poder por el poder, quizás ligado a una historia de caudillismo, feudalismo, discrecionalidad y autoritarismo. Recordando a un político italiano Giulio Andreotti "El poder desgasta a quien no lo tiene".

La tentación es permanecer en el poder de manera indefinida para poder controlar y vivir del Estado. Con mayor o menor intensidad esa característica acompañó el ejercicio de la política en la Nación y ni que hablar de las provincias y municipios. Una democracia se hace con demócratas y este es un país que todavía debe superar ciertas lecciones. Ser una democracia no simplemente es ir a votar y que se vayan del poder los que pierden las elecciones, es también transparencia en el manejo de la cosa pública.

Al mismo tiempo los diferentes gobiernos no han hecho demasiado por mejorar el funcionamiento del Estado solo apelaron a medidas macroeconómicas por cuestión de déficits en algunas circunstancias, pero nunca ha tenido presencia en la agenda política una reforma de la gestión pública que permita pensar al Estado como un complemento necesario e imprescindible de una economía capitalista competitiva e integrada al mundo.

El ingreso del Estado para involucrarse con la salud fue diferen-

te a la presencia definida en educación, donde formó parte de un proyecto político y social muy relevante. Después de la segunda guerra mundial los países comienzan a organizar sus sistemas sanitarios.

En la Argentina este proceso fue concomitante con diez años del primer peronismo que llegaba manteniendo en su seno una fuerte contradicción en materia de salud, por un lado un ministro como Carrillo que incluso se anticipaba al NHS y proponía un sistema sanitario universal y público y por el otro los sindicatos que ya tenían cierta presencia no tan extendida pero habían comenzado a plantearse jugar un rol relevante en la salud de los trabajadores (ferroviarios era quizás el ejemplo más desarrollado de lo que menciono) y al mismo tiempo el estado paralelo que fue creando la fundación Eva Perón con una serie de inversiones en infraestructura sanitaria y con caja propia fuera de la estructura fiscal del Estado.

Existió ya en esos tiempos un sistema de recaudación paralela al Estado y un presupuesto propio que asignaba recursos de manera complementaria y por supuesto discrecional basado en la política de construir popularidad para Perón.

Esa situación histórica si se quiere condicionó a futuro el rol del Estado en materia de salud y tendió a segmentar y diversificar la cobertura según el lugar que la persona tenía en la sociedad. Esa mirada corporativa vivamente apoyada por la Iglesia Católica y las Fuerzas Armadas ayudó a construir un sistema de seguridad social dominado por las obras sociales que se vieron fortalecidas a partir de 1970 cuando se aprueba la Ley 18.610 que financia de manera obligatoria las mismas.

En 1972 se aprueba la ley de creación del PAMI también con otro objetivo político de los militares que estaban en el poder de ganarse a los jubilados y pensionados. Con el tiempo se fue convirtiendo en una caja manejada desde el Poder Ejecutivo Nacional. <sup>(1)</sup>

En el Estado nacional y provincial a cargo de la salud pública fueron quedando los pobres, los desocupados y los indigentes. En el sistema de salud se consolidó la segmentación y la salud ya nunca más se pensó como una política universal que abarcará a todos los habitantes sino por el contrario, sálvese quien pueda y cómo pueda.

Algunas organizaciones sindicales hicieron los primeros esfuerzos por organizarse y luego se apropiaron de la función salud dado que se dieron cuenta de la relevancia política y social de la misma para la población.

Incluso el intento de reforma de la salud de Alfonsín que tenía un viso de política universalista careció por acción y omisión del poder político y de la convicción para poderse imponer con un sentido no corporativo. También es cierto que el radicalismo y el país no tenía los recursos humanos necesarios para gestionar una reforma como se proponía.

A la primera dificultad se negoció con los sindicatos. Los diputados nacionales del radicalismo y el resto, encargados de construir las leyes sabían muy poco de salud como sucedió con algunas excepciones en todo el período democrático que vivimos. Gran desconocimiento de los legisladores de las cuestiones que legislan, permeabilidad a los lobbies más de lo normal y falta de convicción sobre los proyectos a defender y sostener.



Lo que sucede es que en este momento era importante porque el proyecto de ley se presentó en el Congreso y existía la vocación de que pasará por ese ámbito. Luego de ese intento que se coronó en 1988 cuando se aprueban las dos leyes 23.660 y 23.661 nunca más se volvió a discutir de manera integral un sistema de salud. Los poderes ejecutivos que tuvimos siempre actuaron de manera parcial sobre los subsectores sin poder contar con éxitos.

En el medio también tuvimos un crecimiento importante de lo que inicialmente fue el PROFE y luego Incluir Salud, que incluye a los beneficiarios de las pensiones no contributivas. Que llegaron a ser 1 millón de personas y ahora son 700.000 mil que tienen un seguro público de salud. Las provincias no terminaron asumiendo la función salud como propia y darle la jerarquía y la importancia no solo en términos de recursos sino de formación y capacitación de sus cuadros directivos en los ministerios y las obras sociales provinciales.

Pero vayamos a hora hablar con mayor profundidad del Estado y su presencia en Salud. En primer lugar, cuáles son las funciones clásicas:

1. **Regulación:** definir reglas de juego (planes de beneficio, precios de referencia, estándares de calidad).
2. **Fiscalización y control:** auditar el cumplimiento y sancionar desviaciones.
3. **Financiamiento:** garantizar que existan recursos y corregir inequidades.
4. **Provisión directa:** cubrir vacíos de mercado o garantizar derechos en zonas críticas.

Durante estos años de democracia se puede observar que lo primero se degradó, lo segundo se relajó, lo tercero se volvió deficitario, y lo cuarto se expandió sin capacidad real de gestión. El proceso de degradación institucional de la salud se puede graficar de la siguiente manera:

1. **Falta de profesionalización:** la gestión pública de salud sigue con estructuras de los 70-80, sin incorporar herramientas modernas de management ni incentivos.
2. **Desvalorización del capital humano:** bajos salarios, carrera administrativa sin reconocimiento, fuga de talento.
3. **Captura regulatoria:** agencias como ANMAT que fueron referencial regional, terminaron permeadas por intereses privados y con controles laxos (ej. escándalo fentanilo).
4. **Pérdida de controles internos:** organismos de contralor debilitados, con mínima trazabilidad y accountability.

La paradoja política y de clase que se puede constatar en los gobiernos no solo en la Argentina sino en la región es que los sectores que defienden un **Estado fuerte en la provisión** no impulsaron reformas serias de gestión pública (como sí lo hicieron países que modernizaron su sector público con NPM, agencias autónomas, rendición de cuentas).

La política ha sido tolerar un “Estado ficcional” o discursivo sobre la salud: importa más la **aparición de acceso** que la calidad efectiva de la atención. Aquí es cuando uno nota una componente de clase o una brecha no marxista sino populista: los decisores (funcionarios, sindicalistas, élites políticas) envían a sus hijos a colegios privados y se atienden con prepagas u obras sociales y el sector público es marginal para ellos. No ponen su cuerpo ni el de su familia haciéndose atender en lugares que no cumplirían normas mínimas de seguridad del paciente.

Los sistemas que se transforman se renuevan y cambian es porque tienen presión social para mejorar lo público. En la Argentina los pobres, los indigentes y los desocupados se atienden en el sector público y no tienen poder de presión política y social como para obligar a los gobiernos a tomarse en serio esa tarea. La consecuencia es la degradación.

Pero cuidado cuando la misma llega a través de la corrupción y la coima a las funciones de fiscalización y regulación allí todo el mundo puede ser afectado. Si miramos no obstante de donde son los muertos por el fentanilo y la cobertura de salud que tienen esas personas observaremos claramente esto que estamos diciendo.

Vivimos en un sistema que está fuertemente segmentado desde el punto de vista cultural y organizacional.

- ✓ **Prepagas:** funcionan como mercado privado, con lógica de competencia y diferenciación.
- ✓ **Obras sociales:** mejoraron algo en gestión (informatización, auditorías, compras conjuntas), pero el marco regulatorio sigue débil.
- ✓ **Sector público:** presupuestos rígidos, sindicatos corporativos, poca innovación, sin norte estratégico, “mirándose el ombligo”.

Cada subsistema cultiva su cultura sin diálogo: **no hay vasos comunicantes ni sinergias** y eso se va a ir notando cada vez más. Las consecuencias de esta falta de UNIDAD en la gobernanza del sistema tienen consecuencias serias que son:

- **Estado caro e ineficiente:** mucho gasto con pocos resultados sanitarios.
- **Desconfianza social:** quienes pueden se fugan a prepagas; quienes no, se resignan a la ficción del acceso.
- **Bloqueo al cambio:** gremios fuertes, burocracias inerciales y élites políticas que no usan el sistema que administran.

Si hacemos el ejercicio de compararnos con otros sistemas de salud para ver que podemos aprender y compartir. Podemos observar que si nos comparamos con **países con sistemas públicos fuertes (Reino Unido, España, Italia, Uruguay):** la política se concentra en **mejorar lo público**, con reformas permanentes (NHS trusts, SSN empresas sanitarias, SNIS con aseguramiento único). En países con **sistemas mixtos (Chile, Colombia):** existe una fuerte regulación, competencia administrada y definición clara del rol del Estado.

La Argentina queda mal parada por la ausencia de una dirección conjunta y sinérgica de los subsistemas. Cada uno juega su propio partido, y no se prestan jugadores ni el estadio ni la infraestructura. El que queda peor parado es el Estado que termina prestando servicios sin capacidad, regulando poco y financiando mal. Sin presión política y social para cambiar porque las élites tienen asegurado el acceso y la calidad pagando por los planes de salud que compran en el privado y los trabajadores formales tienen las obras sociales.

Hacia donde debería ir la Argentina en materia de salud coordinando nación, provincias y municipios y definiendo que hace cada uno:

- ✓ **Reforma del Estado como condición previa:** no se puede hablar de plan de seguridad del paciente, calidad hospitalaria o integración de redes sin antes profesionalizar gestión, salarios, carrera administrativa y control.
- ✓ **Estado inteligente (no elefantiásico):** regular y controlar con agencias profesionales, financiar con criterio de equidad, y proveer solo donde el mercado falla o la equidad lo exige.
- ✓ **Transparencia radical:** datos abiertos sobre gasto, calidad y resultados.
- ✓ **Cultura de servicio público:** recuperar la vocación por la gestión profesional, premiar el mérito y el buen desempeño.

“En la Argentina el Estado se expandió como prestador sin modernizarse como gestor, se degradó como regulador y quedó capturado por intereses; el resultado es un sistema que finge acceso universal pero no garantiza calidad ni equidad”. ■

## Bibliografía:

- 1) Poco después, *The Economist* explicaba el apoyo sindical a Onganía diciendo que “a pesar de todas sus diferencias, los militares y los peronistas están unidos en el rechazo del comunismo y de la demo- cracia liberal parlamentaria”. – Eduardo Anguita y Martín Caparrós, *La Voluntad 1. El Valor Del Cambio* (1998)

(\*) **Profesor Salud Pública UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB) [www.ideblatam.org](http://www.ideblatam.org)**

# UNA SALUD UNIVERSAL



"La Aurora es la promesa de un nuevo amanecer".  
Héctor Panizza

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

Más allá de la dramática crisis en salud, existe un horizonte posible de construir. Un horizonte que nos exige, estudiar, analizar la realidad, salir del pensamiento lineal, acceder a una comprensión compleja de las dinámicas de hoy. Es una construcción colectiva, un "modelo para armar" <sup>(1)</sup>, que se adaptaría a cada región.

Tiene una larga data de trabajo en investigación /acción, de inmensos legados sobre universalidad, humanismo, búsqueda de integración de saberes, expertitudes, anhelos e ideales donde el ser humano y su entorno son imprescindibles para la vida. Las grandes transformaciones no son inmediatas, son construcciones posibles. <sup>(2)(3)</sup>

La crisis de salud hoy en la Argentina, está marcada por el desfinanciamiento a toda la gestión sanitaria, la educación, las universidades, institutos de investigación, formación académica, residencias, equipo de salud, todo programa de prevención o promoción de la salud, con inequidad geográfica, abandono del Estado de la asistencia a grupos de riesgo y grupos vulnerables, aumento exponencial del costo de medicamentos e insumos, inseguridad alimentaria, negación del cambio climático o la contaminación ambiental.



Abandono de toda política de cuidado de las infancias, juventudes, adultos mayores, abandono de la protección de las reservas naturales, manejo del fuego, inundaciones o catástrofes, pandemias o epidemias, la lista es interminable y su impacto (huella ecológica <sup>(4)</sup>) nos va a demandar la capacidad de sortear la tóxica fragmentación, salir de criterios dogmáticos, aceptar al otro, optimizar los conocimientos, y expertitudes de generaciones que vienen luchando por un sistema integrado de salud, donde los tres sectores privado, público y de obras sociales puedan trabajar con sinergias, complementándose. <sup>(5)</sup>

## Una sola salud

Este concepto que vuelvo a señalar tiene más de un siglo y constituye uno de los programas de la Organización Mundial de la Salud <sup>(6)</sup>: salud humana, animal, vegetal, ecosistemas/biosfera. Las interacciones e interdependencias de todas estas variables exigen una comprensión de su complejidad para abordarlas.

**La salud es un espacio convocante e imprescindible a la vida, donde siempre es posible unir voluntades.**

Es interesante observar que a pesar de que existen innumerables grupos de luchadores por reivindicaciones ecológicas, feministas, de derechos sociales, y otras, todas valiosas e imprescindibles, aún están fragmentadas, porque en general no se comprende la vida y la salud, como un todo interdependiente y sometido hoy, a la "Policrisis". Término acuñado por Edgar Morin, sobre crisis globales entrelazadas y amplificadas por otras nuevas, de orden planetario: geopolítica, inseguridad alimenticia, crisis económica, tensiones sociales, que solo pueden abordarse desde un cambio de paradigma complejo.

Un paradigma es un modelo compartido por constelaciones de científicos, que dan lugar al modo de que como interpretamos la realidad, a las prácticas y actitudes y a como se plantean los interrogantes para acceder a encontrar la resolución de problemas (Thomas Kuhn).

Deberíamos ya atrevernos a lo universal, como un reto impostergable de sobrevivencia, dedicación del trabajo individual, la atención a lo particular, que abarque lo colectivo.

**La cultura de la inmediatez nubla la razón, aprisiona en adicciones digitales a una temible mayoría, sumerge a los jóvenes, banaliza el horror.**

En el trabajo del equipo de salud, es posible encontrar estrategias adaptables a cada situación, a cada región y espacio. Necesitamos acceder a una mirada integradora, comprender a las personas

en su itinerario vital, con sus cargas psicoemocionales, en el contexto de su familia, comunidad, sociedad y abordar sus procesos de salud/enfermedad con herramientas metodológicas actualizadas, <sup>(7)</sup> con tecnologías **utilizadas por la inteligencia humana.**

¿Cómo realizarlo con médicos y equipos mal pagos, agotados, desalentados por la violencia social, con un rol profesional que va perdiendo protagonismo e identidad? ¿Cómo enfrentar la odisea de la gestión sanitaria en un sistema de salud fragmentado, en un gobierno que destruye todo indicio de humanismo?

Las respuestas necesitamos encontrarlas a partir de estudios, foros, trabajos de investigación, de evaluación de programas, todas estas herramientas están disponibles. <sup>(8) (9) (10) (11)</sup>

## Ideas de construcción

Los problemas de salud deberían ser tratados, dentro y fuera del ámbito de salud, en ámbitos académicos y sociales, sociedades científicas, agrupaciones no gubernamentales, instituciones de la comunidad, etc.

En la era del cambio antropológico digital, las propuestas educativas no solo deberían estar al servicio del mercado, las finanzas y la presión de grupos de poder, nada de esto alcanza.

La realidad marca el ritmo y evidencia las complicaciones que emergen día a día con demandas de espacios académicos capaces de formar economistas, comunicadores sociales, biólogos, abogados, sociólogos, antropólogos, médicos, arquitectos, políticos, etc. que comprendan la interdependencia de todo y el valor de la vida, traducido en salud.

## La medicina familiar: eje de transformación en salud

La *Medicina familiar* es un eje transformador del *Sistema de salud*, como primer contacto de consulta, con la atención primaria de la salud, esencial en la alerta temprana. Esta especialidad tiene la bondad de una comprensión integradora de la persona en su ciclo vital, su familia y su entorno.

Tiene la capacidad de disminuir tensiones en los otros niveles de complejidad, bajar costos. El desafío es aceptar la aventura de esta transformación y adaptación a un tiempo diferente, con aproximaciones sucesivas.

Los saberes, experiencias, fracasos, oportunidades perdidas prematuramente son la argamasa para construir este camino...

**La salud debería ser comprendida como un patrimonio de la humanidad.** <sup>(12)</sup> ■

## Bibliografía:

- 1) Quevedo, E; Hernández, M; Cortés, C; Eslava, JC. Un modelo para armar / Revista Ciencias de la Salud, vol. 11, núm. 3, 2013, pp. 295-321 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
- 2) Bovino B, Rubio R. Hacia un Sistema Integrado de Salud en Argentina. La historia del presente del campo de la Salud: devenir y pandemia. Millcayac - Rev. Digital de Cs. Soc. [Internet]. 3 de marzo de 2022 [citado 23 de agosto de 2025];9(16):198-210. Disponible en: <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/millca-digital/article/view/5315>
- 3) Veronelli JC. Veronelli Correch m "Los Orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina" O.P.S. disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3477/argentina-salud-publica-historia-tomo2.pdf?sequence=1>
- 4) Nuestra Huella ecológica reduciendo el impacto humano sobre la tierra - Mattis Wackernagel Williams Rees - Ed. Arce Lom 9789562824057
- 5) Cacace P.J. "Teoría de la complejidad y los sistemas de salud" <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/229>
- 6) O. M. S "Una sola salud" <https://www.woah.org/es/que-hacemos/iniciativas-mundiales/>
- 7) Ceitlin J. Gómez Gascon. Medicina de Familia - La Clave de un nuevo modelo Ed. IM&C ISBN 8478671390 Madrid 1997
- 8) Baeza-Rivera María José, Betancourt Héctor, Salinas-Oñate Natalia, Ortiz Manuel S., Marín Olivia, Valle Gissel. Identificación y medición de creencias culturales sobre los médicos
- 9) Argañaraz M. Crisis de accesibilidad en la salud pública en tiempos de postpandemia. escenarios [Internet]. 2023 jun. 30 from: <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/articled/view/15851>
- 10) Construcción y validación de un instrumento. Rev. Med. Chile [Internet]. 2018 Mar;146(3):308-314. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872018000300308&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000300308&lng=es)
- 11) Lima, Luciana Días de, and Mónica Martins. "Política, Planificación y Gestión Sanitaria: reflexiones desde la experiencia de CSP." *Cadernos de Saúde Pública* 40 (2024): e00164524.
- 12) Chertkoff Liliana "La Salud Patrimonio intangible de la Humanidad" Editorial, Med Gen Fam v13n2 disponible: <https://mgfy.org/la-salud-patrimonio-intangible-de-la-humanidad/>

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

**La mutual Argentina Salud**  
y Responsabilidad Profesional  
[www.lamutual.org.ar](http://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](mailto:lamutual@lamutual.org.ar)

# PROMESA: UN NUEVO PARADIGMA PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN SALUD



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

**C**on gran satisfacción celebramos la creación del *Procedimiento de Mediación Prejudicial en Materia de Salud (PROMESA)*, impulsado por el Decreto de Necesidad y Urgencia 379/2025. Este avance marca un hito para la transformación del sistema de salud argentino hacia un cambio cultural propiciando el diálogo, ofreciendo a los ciudadanos una alternativa no adversarial para la resolución de sus controversias.

Es fundamental reconocer y fortalecer lo valioso de esta iniciativa.

*PROMESA* como política pública representa un paso significativo que sitúa a la mediación en un lugar protagónico dentro del ámbito sanitario. El hecho de que se haya generado un marco normativo específico, con visión preventiva y restaurativa, es un logro que merece ser celebrado.

Este avance refleja una sensibilidad creciente respecto del sufrimiento que atraviesan los usuarios, los equipos médicos y las instituciones cuando no existen canales eficaces de resolución. Por eso, es clave consolidar este camino y garantizar su continuidad con los recursos adecuados y el aval institucional.

No obstante, como autoras comprometidas con el **fortalecimiento institucional de la mediación**, consideramos importante señalar que sería deseable que *PROMESA* tuviera como ámbito de desarrollo un organismo, dotado de estructura, presupuesto y articulación intersectorial. Esto permitiría consolidar equipos de mediadores especializados, entre ellos médicos mediadores, psicólogos mediadores y profesionales de otras disciplinas relevantes según el tipo de conflicto.

Asimismo, creemos indispensable la intervención de la CONETEC (Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica), en las audiencias de mediación, como organismo rector en el análisis de la evidencia médica y tecnológica, para contribuir con decisiones fundadas, evitando que los conflictos se resuelvan exclusivamente en base a percepciones subjetivas o presiones judiciales.

## Un sistema judicial desbordado

En el escenario actual, la judicialización de los conflictos en salud suele ser la única vía conocida para los usuarios. Sin embargo, se trata de un camino muchas veces lento, costoso y alejado de las verdaderas causas del conflicto.

En la práctica cotidiana, los tribunales enfrentan una avalancha de reclamos, por ejemplo, de prestaciones especiales y medicamentos de alto costo, que muchas veces podrían resolverse en un marco institucional de mediación sanitaria mediante una instancia previa de diálogo, ágil, personalizada y orientada a satisfacer los verdaderos intereses de las partes.

Insistimos, con la intervención de terceros en el marco de la mediación, tales como los organismos técnicos, que con su opinión pueden colaborar con el esclarecimiento de la divergencia de opiniones.

*PROMESA* desarrollada en un marco institucional y neutral, podría brindar un servicio de mediación profesional e interdisciplinario, al que también podrían derivar los jueces, los casos que llegan a sus despachos, para que los pacientes, las obras sociales, las prepagas, y los profesionales de la salud puedan expresar sus perspectivas, acompañados por letrados colaborativos y mediadores capacitados.

Se trata de una propuesta que se alinea con los estándares internacionales de justicia terapéutica, donde el acceso a la justicia no significa únicamente llegar a juicio, sino contar con alternativas efectivas y humanas para resolver los desacuerdos.

## La importancia del "Derecho Colaborativo"

El enfoque de *Derecho Colaborativo*, base conceptual para propiciar el cambio de paradigma en el ejercicio de la abogacía e interactuar con los principios y valores que propugna *PROMESA*, propone un ejercicio innovador de la profesión legal: trabajar en equipo con otras disciplinas para encontrar soluciones pacíficas, evitando escalar el conflicto. Se trata de un cambio de paradigma profundo: del litigio a la colaboración.

Este modelo se caracteriza por la apertura, la honestidad y el compromiso ético de los profesionales intervinientes. Los abogados colaborativos no buscan "ganar el caso", sino ayudar a sus clientes a encontrar acuerdos que respeten derechos y necesidades reales, dentro del marco legal vigente.

Al incorporar esta visión al ámbito de la salud, abrimos una puerta a prácticas más empáticas, responsables y centradas en el bienestar de las personas. Porque la salud, en definitiva, es un derecho humano que requiere de abordajes interdisciplinarios y sensibles.

## Innovar también en lo jurídico

Así como celebramos cada avance en innovación médica, es hora de innovar en el ámbito jurídico. La transformación del modelo paternalista hacia uno basado en la autonomía de la voluntad debe reflejarse también en los mecanismos de resolución de conflictos.

Para ello, formar equipos de mediadores capacitados, que incluyan no solo abogados, sino también médicos, psicólogos y otros profesionales, es clave para comprender integralmente las dinámicas en juego. *PROMESA* puede y debe ser ese espacio.

Ahora bien, creemos que para que sea sostenible en el tiempo, necesita un marco institucional sustentable que le de jerarquía al proceso de mediación sanitaria, capacitación continua de los mediadores intervinientes, acompañamiento técnico y coordinación con organismos como CONETEC, ANMAT, entre otros, que puedan validar, desde sus funciones de expertos neutrales sobre las nuevas tecnologías y medicamentos, las decisiones que se tomen en cada mesa de diálogo.

“ Consideramos que los conflictos de salud ameritan un encuentro presencial con los mediadores, en una institución u organismo calificado, con respaldo académico, transparente e imparcial, que ofrezca un clima cómodo y apropiado para la escucha, que refleje respeto por todos los asistentes al proceso de mediación, en el que se pueda conversar sobre el caso particular que se plantee. ”

Una de las herramientas más valiosas con la que se trabaja en mediación es con el **uso de criterios objetivos**, es decir, programas publicados, datos estandarizados, valores de mercado etc., de manera tal que son conocidos y aceptados por todos, no tienen discusión, y en la mesa donde se gestiona un conflicto, esclarecen la divergencia y dan una respuesta a ambas partes.

Consideramos que los conflictos de salud ameritan un encuentro presencial con los mediadores, en una institución u organismo calificado, con respaldo académico, transparente e imparcial, que ofrezca un clima cómodo y apropiado para la escucha, que refleje respeto por todos los asistentes al proceso de mediación, en el que se pueda conversar sobre el caso particular que se plantee. Solo por excepción podría ser virtual en casos que lo justifiquen.

## Cultura de prevención y diálogo

Entendemos a *PROMESA* también como una oportunidad para prevenir futuros conflictos. Su implementación debería ir acompañada de acciones formativas dentro de las organizaciones de salud: promover espacios de reflexión interna, capacitar en habilidades comunicacionales, escuchar activamente a los equipos y a los usuarios. Solo así se podrán identificar señales tempranas de conflicto y actuar antes que escalen.

La mediación, cuando se integra a una cultura institucional, no solo reduce litigios, sino que mejora la calidad de los vínculos, promueve el trabajo en equipo y fortalece la confianza de los ciudadanos en el sistema de salud.

## Un horizonte posible

*PROMESA* no es una solución mágica, pero es una oportunidad concreta para cambiar el rumbo. Si logramos que se implemente con responsabilidad, en red con actores del Estado, con equipos interdisciplinarios y con mirada preventiva, será una herramienta de transformación real.

Como autoras, abogadas y mediadoras, celebramos esta política pública y a la vez levantamos la voz para que su aplicación no quede librada a la buena voluntad de unos pocos, sino que se traduzca en una política de Estado sostenida, articulada y con visión estratégica.

Porque elegir la mediación es elegir la madurez de los usuarios, de las empresas, de las organizaciones, y de la política en salud. Es confiar en que el diálogo, bien conducido, puede sanar incluso los conflictos más complejos. ■

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



Toda la información imprescindible sobre el Sistema de Salud en Argentina

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

# XIII CONGRESO DE SADAM: “INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SALUD DIGITAL: TRANSFORMANDO EL SISTEMA DE SALUD”

**La Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria (SADAM) celebró su XIII Congreso bajo el lema “Inteligencia Artificial y Salud Digital: transformando el Sistema de Salud”.**

**El evento se llevó a cabo el 13 de Agosto y convocó a 200 asistentes de manera presencial y a más de 500 participantes a través de streaming, contribuyendo de manera significativa al análisis del sistema sanitario y aportando valiosas ideas para su mejora.**

La utilización de la Inteligencia Artificial (IA) y la Salud digital en el sistema sanitario, están generando un cambio de paradigma, poniendo a disposición de los profesionales del sistema, de los decisores de las organizaciones sanitarias y en el desarrollo de políticas públicas, herramientas innovadoras en los procesos clínicos y de gestión. El Congreso de SADAM propuso una agenda que abordó las experiencias actuales, los desafíos y las oportunidades que presentan estas tecnologías, así como una mirada a la transformación de un sistema de salud que presenta aun desigualdades en el acceso, y donde persisten brechas tecnológicas y de formación.

La jornada inició con las palabras de bienvenida de la **Prof. Especialista Analía Mariana Sesta, presidenta de SADAM**, quien destacó que convivimos en nuestra vida diaria con algoritmos que nos invitan a un aprendizaje continuo. Resaltó el aporte de estas herramientas a la “Auditoría y la Gestión Sanitaria”, sin perder de vista que estas herramientas no reemplazan a los profesionales del sistema sanitario, y que su uso genera también debates éticos.



La Conferencia de apertura estuvo a cargo de la Lic. Cintia Speranza, experta en políticas públicas de Salud digital y actual directora Provincial de Estadísticas y Salud Digital en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Abordó las “**Convergencias que Transforman: Salud Digital, Inteligencia Artificial y el Rol del Equipo de Salud**”, con un enfoque en la estrategia de Salud Digital de la Provincia de Buenos Aires.

Durante la mañana, diversas voces aportaron sus perspectivas, destacando un panel titulado: “**Nuevas herramientas digitales que cambian la práctica médica:**

**de la historia clínica al algoritmo**”. Participaron de la Mg. Guillermina Fernández, Licenciada en Economía y Magister en Políticas Públicas y Juan Manuel Padilla, secretario de la Actividad de la Asociación Gremial de Computación. Ambos analizaron los desafíos que presentan las herramientas digitales para los actores del sistema en cuestiones como la toma de decisiones, responsabilidades y los sesgos en los algoritmos.



Luego, el Dr. Carlos Díaz, gerente Médico del Sanatorio Sagrado Corazón y director de la Especialización en Economía y Gestión de la Salud en la Universidad ISALUD, compartió su experiencia en la gestión e implementación de salud digital e IA en instituciones sanitarias. “**Experiencias en gestión e implementación de Salud Digital e IA en instituciones de Salud**”, ilustrando cómo estas tecnologías se integran en el ámbito sanitario.

En la sección “**Experiencias que inspiran**” el Dr. Federico Gorganchian, jefe de Cirugía y Quirófanos en el Sanatorio Finochietto y presidente de la Asociación Argentina de Hernias, presentó la “**Cirugía del futuro, hoy: Salud Digital e IA en el quirófano inteligente**”. Además, la Farm. Estela Izquierdo, Especialista en Farmacia hospitalaria y Sistemas de Salud, directora técnica y jefa del Servicio de Farmacia Sanatorio Güemes, abordó las “**Novedades y desafíos en**





**Los Servicios de Farmacia Hospitalaria: Avances tecnológicos e IA”.**

Como en ediciones anteriores, SADAM distinguió a profesionales destacados, en esta ocasión la Farm. Estela Izquierdo y el Dr. Hugo Arce fueron merecedores de la distinción por la trayectoria y por los aportes a la auditoría y gestión sanitaria realizados.

En la tarde, el Dr. David Aruachan, Especialista en Economía y Gestión en Salud, director general de SASS Servicios de Salud S.A. y exgerente general de la Superintendencia de Servicios de Salud, expuso sobre los desafíos de la **Aplicación de la IA y Salud digital en la Auditoría médica.**



Posteriormente, se generó un debate enriquecedor titulado **“El futuro del equipo de Salud”**, **“Formar para Transformar: Capacidades Digitales en Profesionales de la Salud”**, que contó con la presencia de la Dra. Marina Ridaó, Mg. en salud pública- cofundadora del Programa de Innovación Tecnológica en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA (+LAB), la Dra. Judit Marisa Diaz Bazán, vicepresidenta de la Comisión de Transformación Digital de AMA, y el Dr. Juan Pablo Berzategui, jefe del Servicio de la unidad de Neonatología Sanatorio Anchorena San Martín. Bs. As. y coordinador e instructor del centro de simulación.



Continuando con el Congreso, la Dra. María Isabel Iñigo Petralanda, Abogada Especialista en Políticas Públicas, coordinadora del CEI de la UCA, presentó su exposición sobre la temática: **“La IA y la Salud digital permitirán desarrollar un ecosistema más eficiente, interoperable y centrado en el paciente”**, con una mirada ética y jurídica de esta transformación.



Para concluir con las conferencias, la disertación de cierre estuvo a cargo de la Dra. Eliana Ludmila Frutos, Médica Especialista en Medicina Interna e Informática Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires, quien disertó sobre **“Cómo construir un sistema de salud con inteligencia colaborativa”**.



Como es habitual en los Congresos organizados por SADAM, se entregaron distinciones por los “Trabajos Libres” presentados y seleccionados, los que tuvieron un espacio para ser compartidos con los asistentes.

El primer puesto fue otorgado a la Dra. Mariela Krynski con su trabajo **“Efectos de la implementación del alta temprana a domicilio sobre la disponibilidad día/cama de una UCIP en pacientes postquirúrgicos de cirugía cardiovascular de un hospital público de alta complejidad de CABA. Año 2023”**.



El segundo puesto para los Doctores Verónica Alfie, Javier Groppo, Federico Augustovski y Andrea Alcaraz por su presentación: **“Tecnologías digitales: desafíos y orientaciones para su evaluación, recomendación de cobertura y auditoría. El ejemplo de los biomarcadores digitales en la enfermedad de Alzheimer”**.

El tercer puesto fue otorgado a la Dra. Diana Mabel Villalba por el trabajo: **“Auditoría de terreno en internación domiciliaria: adecuación de insumos médicos y organización del recurso humano en una empresa de cuidados domiciliarios de alcance nacional (febrero 2024 - enero 2025)”**.

A lo largo de la jornada, los expertos coincidieron en que la IA y la Salud digital constituyen herramientas valiosas para lograr diagnósticos más eficientes, predecir enfermedades, planificar tratamientos, mejorar procesos de auditoría y gestión, reducir costos y optimizar la toma de decisiones sobre el uso de recursos.

Sin embargo, también se destacaron los desafíos que estas tecnologías presentan, especialmente en lo referido a los aspectos éticos, como la privacidad de los datos y la transparencia de los algoritmos. Tal como se remarcó en el encuentro, la IA “debe estar al servicio del profesional; no puede ni debe reemplazar el criterio médico ni el de los decisores del sistema sanitario”.

El Congreso concluyó reafirmando el concepto de que la salud digital y la inteligencia artificial no son fines en sí mismos, sino herramientas al servicio de la transformación del sistema de salud.

La presidenta de SADAM finalizó el encuentro destacando la excelencia de los expositores y la calidad de los temas abordados, al tiempo que renovó el compromiso institucional de trabajar para que estas tecnologías contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas. ■

# ¿HACIA DÓNDE VA EL CAMBIO EN SALUD?



Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (\*)

**E**l permanente debate en salud sobre cobertura y equidad en la Argentina muestra dos facetas, cuya dinámica se establece en torno al nuevo marco contractual entre lo público, lo privado y la sociedad. Por una parte, se trata de “refundar” drásticamente un nuevo modelo de Estado que permita adecuar el gasto público a la racionalidad necesaria de sus políticas sociales. Y por otra, buscar mayor eficiencia de gestión no sólo en los resultados, sino en efectos e impacto. Lo que aún no se ha establecido con precisión en este contexto son los límites entre las demandas de las fuerzas sociales en términos de equidad, y su articulación con el escenario político-económico que plantea el nuevo rol del Estado en relación con el Mercado.

Quienes nos sentimos parte del pensamiento sanitario -en cualquiera de sus ámbitos y actividades- más la propia sociedad deberíamos ser capaces de encontrar un espacio permanente de reflexión respecto de cómo enfrentar la nueva cuestión social en salud frente a los cambiantes escenarios económicos, políticos y sociales que se perfilan como condicionantes de cualquier política al respecto. Sin duda, el proceso de cambio político -ideológico surgido del último proceso electoral no deja de mostrar sorpresas.

Este modelo de libertad de mercado, más allá de pretender alcanzar un necesario equilibrio fiscal en forma permanente que alivie del agobio inflacionario a la población - en especial a los más pobres- y a la vez dinamice el crecimiento económico, también requiere generar alternativas respecto de cómo hacer menos dolorosas sus secuelas inmediatas. Nadie duda que un cambio exige convicción, autoridad y seriedad en el manejo de la “cosa pública”, y el abandono de ciertos vicios y prácticas instalados como “enfermedad de la gestión estatal”. Pero el problema no es ya el por qué ni el para qué, sino el cómo.

La sociedad actual se exhibe cada vez más impaciente, polarizada y heterogénea, descreo de la política tradicional y sus representantes y apura la aplicación de soluciones concretas, al menos en el mediano plazo. Frente a los sacrificios que se le piden, al menos reclama transparencia en sus gobernantes. Pero el tiempo pasa, los problemas sociales se acentúan, la marginalidad se potencia y las profundas brechas en la distribución del ingreso se vuelven imposibles de resolver sin una readecuación inteligente y oportuna del mercado de trabajo.

Durante décadas, la discusión entre Estado y Mercado ha contaminado todas las relaciones e interpretaciones sociales. Y si la equidad como objetivo ha resultado ser un fundamento básico de la construcción filosófica de los sistemas de salud, no ha escapado a los falsos dilemas ni a sus falsos apóstoles. Equidad se asocia a igualdad, y como tal define los recursos, condiciones y oportunidades para alcanzarla.

En su esencia, no comprende solamente a los pobres, sino que apunta a todas las personas y grupos. Sin perjuicio de lo cual es fundamental fijar prioridades y dirigir acciones hacia los segmentos sociales que más negativamente se ven afectados por la desigualdad de condiciones y de oportunidades. En ese contexto, salud resulta un espejo donde se ven reflejadas las más profundas inequidades.

Repensar el componente social del Estado futuro en el campo sanitario significa buscar nuevos caminos y estrategias para alcanzar un espacio común público-privado que permita asegurar niveles básicos de bienestar e inclusión social. Como acepción simple, señala una igualdad de distribución y por ende de oportunidades. Lo que implica cuestiones básicas de financiación, cobertura, acceso y provisión de servicios de salud adecuados.

Ya hace casi tres décadas, el Premio Nobel Amartya Sen señalaba que “*Toda persona debe poseer idénticos derechos básicos, en este caso a la salud integral y no a la mera ausencia de enfermedad. No sólo como herramienta para participar activamente en la sociedad, sino para permitirle definir elecciones como sujeto económico a partir de su propio capital humano, con absoluta libertad...*”. ¿No es esto precisamente el verdadero concepto del liberalismo?

Entonces aparecen los interrogantes. La salud ¿Es un derecho que debe garantizar el Estado o asegurarse el propio ciudadano? ¿Es un derecho individual o colectivo? Y como responsabilidad o deber ¿De qué forma debe ser alcanzada? Porque de cómo se apliquen los conceptos, puede darse lugar a un modelo cada vez más sectorizado de salud para pobres y para ricos, donde las variables de ajuste sean del riesgo individual y los ingresos de la población. Un dilema de hierro entre equidad y exclusión.

Se podrían enunciar otros tantos interrogantes e incertidumbres. Uno de ellos es si la salud es una prioridad para la dirigencia política y para la población sana, o bien un problema solo vinculado a la utilidad marginal que significa poder consumir individualmente unidades de salud (llámese atención médica) solamente si se la pierde.

Igualdad de acceso, por ejemplo, no garantiza igualdad de tratamiento para igual necesidad, ya que la primera se corresponde solamente con la oferta en tanto la segunda establece que aquellos que requieren similares pautas de atención sanitaria (demanda) reciban el mismo tratamiento, independientemente de su condición social.

Hay algunas cuestiones de financiamiento en salud que merecen especial atención. El sistema estatal no soporta mucha más presión. Está en un punto de equilibrio sumamente inestable. La crisis fiscal de los Estados provinciales hace que ya no dispongan de la posibilidad de generar más salud con el mismo dinero sino con cada vez menos, por su propio déficit y los problemas de caja. Si el crecimiento no se sostiene, menor la recaudación fiscal.

Pero a pesar de ser un momento difícil para las finanzas públicas, resulta un punto adecuado de inflexión para que el sector público reconvierta su modelo de gestión, desburocratizando y descentralizando su accionar sin que por ello se pierda eficiencia. Y al mismo tiempo, explorando modalidades alternativas de financiamiento a la demanda y de separación entre financiación y provisión.

También derivado de las pérdidas de cobertura, se hace evidente un incremento sostenido del gasto privado o de bolsillo en atención médica, que ha pasado del 35% histórico a casi el 50%. La ecuación equitativa se ha dado vuelta y el gasto se ha transformado en regresivo. Esto provoca fuertes inequidades, ya que es evidente que son los hogares más pobres y las mujeres jefes de hogar quienes proporcionalmente deben destinar mayor porcentaje de sus menguados ingresos al cuidado de la salud.

En la dinámica que han adquirido dentro de la persistente puja distributiva en la que está subsumido el sistema de salud, tanto el Estado como los aseguradores, prestadores, profesionales, la industria sectorial y los propios ciudadanos son visualizados como fuerzas que se desplazan en sentidos divergentes, entre intereses propios y resistencias históricas. No hay una razón integradora que permita alianzas dinámicas para lo que constituye un rompecabezas, conformado por múltiples actores y similar cantidad de lógicas propias a cada uno.

En ese contexto, la suerte individual no está ya ligada a las posibilidades aisladas de controlar su supervivencia según la aptitud que posean, sino a la complejidad de los desarrollos políticos y económicos del propio entorno, a la sazón mucho más veloces. La falta de articulación público/privada ha resultado ser parte de una falla en la cohabitación natural a lo largo del tiempo, con su concreción plagada tanto de avances como de retrocesos, al igual que de acercamientos y divorcios ideológicos alentados por los dogmáticos de siempre. Posiblemente, la cuestión del Estado y Mercado haya contribuido a encerrar dentro de sus márgenes un debate poco sincero, cuando lo público y lo privado en salud no son más que dos caras de una misma moneda.

Quizás sea salud uno de los pocos casos donde pueda armonizarse el interés del Estado con la lógica del Mercado. Pero esto requiere fundamentalmente no sólo redefinir el rol del primero, sino fortalecerlo estructuralmente a de fin que cumpla eficazmente sus funciones y actúe como eslabón central de la regulación y operatividad del sistema en su conjunto. Y tener la misma claridad para aceptar que el espacio público en salud es único, donde conviven lo estatal y lo privado. Al mismo tiempo, transparentar realmente cuales son las causas del desequilibrio del sistema sanitario con menos hipocresía.

No terminamos de abordar seriamente y en profundidad un problema básico de la política sanitaria que surge de porqué y bajo

qué formato es necesario lograr en el mediano y largo plazo racionalidad, eficiencia y armonía en la combinación de la enorme disponibilidad de recursos financieros públicos y privados (10% del PBI y uno de los más altos de América Latina) dándoles mejor utilidad. Recién entonces estaríamos en condiciones de resolver en forma efectiva los problemas de cobertura y accesibilidad a los ciudadanos.

Similar a lo que ocurre con el contenido político-ideológico del debate entre lo público y lo privado en salud, los intereses que le dan marco o bien los aspectos más opacos de la gestión del sistema. Eliminar gastos superfluos y mejorar la asignación de los beneficios entre ciudadanos con eficiencia y calidad no significa simplemente ajustar o recortar. Por el contrario, precisa mejor gestión, mayor transparencia y menos conflictos de interés.

Cualquier reforma económica, social o política debe dirigirse fundamentalmente a otorgar beneficios no a los grupos económicos, sino a la sociedad en su conjunto. Es preferible seleccionar buenas y mejores políticas que buenos y mejores métodos administrativos, sin dejar de tener en cuenta sus fines y objetivos.

No basta con reformar el poder del Estado, sino reformar el sistema desde donde éste se ejercita. En ese contexto, diseñar una nueva gestión sanitaria que supere la improvisación no debe descuidar el compromiso con los ciudadanos que ejercieron su voto como un derecho a promover cambios, quienes tendrán mucho por ganar si en la reorganización de tal sistema obtienen no sólo respuesta a sus necesidades, sino también justicia a sus demandas. ■

(\*) Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud, Universidad Nacional de La Plata. Argentina

# 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

🌐 Revista Médicos 📘 Revista Médicos

[www.revistamedicos.com.ar](http://www.revistamedicos.com.ar)

# OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS



Por el Dr. Héctor Pezzella (\*)

**E**n el dinámico entorno de la atención médica actual, la gestión eficiente se ha vuelto crucial para garantizar la entrega de servicios de salud de alta calidad. La optimización de los procesos administrativos y operativos es esencial para enfrentar los desafíos que presenta el sistema de salud. Tratar de analizar y explorar diversas estrategias y enfoques para mejorar la gestión en salud, con el objetivo de elevar los estándares de atención y satisfacción del paciente.

## 1. Implementación de sistemas de información integrados

La adopción de sistemas de información integrados es fundamental para la gestión efectiva en salud. Estos sistemas permiten la recopilación, almacenamiento y análisis eficiente de datos médicos, optimizando la toma de decisiones y mejorando la coordinación entre los diferentes departamentos.

## 2. Desarrollo de protocolos estandarizados

La estandarización de protocolos clínicos y administrativos ayuda a minimizar errores, reducir costos y mejorar la coherencia en la prestación de servicios. Establecer pautas claras y procesos uniformes contribuye a una atención más segura y eficiente.

## 3. Capacitación continua del personal

Un equipo de salud capacitado es clave para una gestión exitosa. Invertir en programas de formación continua garantiza que el personal esté actualizado con las últimas prácticas médicas, tecnologías y regulaciones, lo que se traduce en una atención de calidad y seguridad mejorada.

## 4. Optimización de recursos financieros

La gestión financiera eficiente es esencial para la sostenibilidad de las instituciones de salud. Estrategias como la negociación de contratos con proveedores, la identificación de oportunidades de ahorro y la gestión inteligente de inventarios pueden contribuir significativamente a la estabilidad económica.

Para ello se nos plantean distintos desafíos y estrategias en medio de una crisis sanitaria en la Argentina:

### Contexto

La República Argentina se encuentra inmersa en una situación de crisis en el ámbito de la salud, desencadenada por diversos factores que han impactado negativamente en la prestación de servicios médicos y en la salud de la población. Esta crisis presenta desafíos multidimensionales que requieren respuestas rápidas y efectivas por parte de las autoridades y profesionales de la salud. La crisis sanitaria en la Argentina se caracteriza por una combinación de factores, que incluyen la pandemia global, limitaciones presupuestarias, tensiones en el sistema de salud, y desafíos logísticos para la distribución equitativa de recursos y vacunas.

### Desafíos actuales

**Impacto de la pandemia Covid-19:** la propagación del virus ha ejercido una presión significativa sobre los hospitales y centros de salud. La falta de camas, recursos médicos y personal capacitado ha llevado a situaciones críticas en la atención de pacientes afectados por la Covid-19, así como en la gestión de otras enfermedades no relacionadas.

**Limitaciones presupuestarias:** la escasez de recursos financieros ha afectado la capacidad del sistema de salud para adquirir equipos médicos, medicamentos esenciales y garantizar condiciones laborales adecuadas para el personal sanitario. Esto ha contribuido a una disminución en la calidad de la atención y en la capacidad de respuesta ante emergencias.

**Tensiones en el personal de salud:** el agotamiento y estrés del personal de salud son problemas urgentes. La sobrecarga de trabajo, la exposición constante a situaciones de emergencia y la falta de reconocimiento adecuado han afectado la moral y la eficiencia de los profesionales de la salud.

### Estrategias propuestas

✓ **Fortalecimiento de la infraestructura sanitaria:** se requiere una inversión urgente en la mejora de la infraestructura de salud, incluyendo la expansión de instalaciones, la adquisición de equipos médicos y la actualización de la tecnología para enfrentar de manera efectiva la pandemia y otras emergencias de salud.

✓ **Priorización de recursos financieros:** la asignación eficiente y transparente de recursos financieros es esencial. Esto implica no solo aumentar el presupuesto para la salud, sino también garantizar que estos fondos se utilicen de manera estratégica para abordar las necesidades más apremiantes.

✓ **Apoyo integral al personal de salud:** implementar programas de apoyo psicológico, reconocimiento y mejores condiciones laborales para el personal de salud es fundamental. Esto no solo fortalecerá la capacidad de respuesta, sino que también fomentará un ambiente de trabajo más sostenible.

La crisis en salud de la Argentina requiere una acción coordinada y decidida. La implementación de estrategias efectivas, combinada con

una colaboración estrecha entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil, puede allanar el camino para superar los desafíos actuales y construir un sistema de salud más resiliente y preparado para el futuro. Además, conformar una mesa de concertación (en serio), **como herramienta estratégica para abordar la crisis sanitaria en la Argentina.**

### Mesa de concertación

Frente a la complejidad de la crisis sanitaria que atraviesa la Argentina, surge la necesidad de establecer espacios de diálogo y consenso entre los distintos actores involucrados en el sistema de salud. La creación de una mesa de concertación multisectorial representa una estrategia clave para coordinar esfuerzos, definir prioridades y formular políticas públicas más efectivas y sostenibles.

### Objetivos

El principal propósito de esta instancia es reunir a representantes del sector público, privado, académico, sindical y de la sociedad civil, con el fin de generar acuerdos orientados a fortalecer el sistema de salud, mejorar la atención a la población y optimizar la asignación de recursos en un contexto de emergencia y restricciones.

### Composición de la mesa:

- **Ministerio de Salud y gobiernos provinciales:** encargados de la conducción técnica y normativa.
- **Entidades gremiales y profesionales de la salud:** aportan la perspectiva del personal sanitario y sus condiciones laborales.
- **Representantes del sector privado:** instituciones prestadoras y financiadoras de salud (clínicas, prepagas, obras sociales).
- **Organizaciones de la sociedad civil:** representan las necesidades y derechos de los usuarios del sistema.
- **Academia y centros de investigación:** proveen evidencia técnica y evaluaciones de políticas sanitarias.

### Funciones clave

- ✓ **Diagnóstico compartido de la crisis:** analizar datos reales sobre recursos, necesidades, y brechas en la atención.
- ✓ **Planificación colaborativa:** formular estrategias de corto, mediano y largo plazo para atender la emergencia y fortalecer el sistema.
- ✓ **Negociación de prioridades y recursos:** acordar cómo distribuir fondos, personal, insumos y equipamiento con equidad y eficacia.
- ✓ **Monitoreo y seguimiento:** establecer indicadores y mecanismos de control para evaluar la implementación de las decisiones consensuadas.

### Importancia de la concertación

En contextos de crisis, la fragmentación del sistema de salud argentino -con múltiples subsistemas y niveles de gobierno- puede agravar los problemas.

La mesa de concertación permite superar estas divisiones mediante el diálogo estructurado, evitando duplicación de esfuerzos y logrando mayor transparencia y legitimidad en las decisiones.

### Conclusiones

La mesa de concertación no es solo un mecanismo técnico, sino una herramienta política y social esencial para afrontar la crisis sanitaria en Argentina. Promueve una gobernanza colaborativa y participativa, clave para reconstruir la confianza, coordinar recursos y garantizar el derecho a la salud en todo el territorio nacional. ■

### Referencias:

- 1) Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Gobernanza y participación en salud".
- 2) Ministerio de Salud de la Nación. Plan Federal de Salud.
- 3) UBA / ISALUD / FLACSO/Prosanity: Publicaciones sobre políticas sanitarias en contextos de crisis.

**(\*) Profesor Universitario USAL. Cirujano Especialista en Salud Pública. Consultor en Gestión y Administración Sanitaria. Director de Prosanity Consulting.**



**VIDT**  
ONCOLOGÍA RADIANTE

Es nuestro compromiso brindar atención de **excelencia personalizada**, aplicando el tratamiento radiante indicado **para cada paciente**

- SBRT – Radioterapia estereotáctica extracraneal
- IGRT – Radioterapia guiada por imágenes
- IMRT – Radioterapia de intensidad modulada
- RC – Radiocirugía estereotáctica cerebral
- 3D – Radioterapia conformal tridimensionalada
- TBI – Total body irradiation
- TS – Total skin
- Braquiterapia de alta tasa

📍 VIDT 1924/32 (1425) C.A.B.A.
📞 Central única de turnos: 5278-6005
📞 Contacto 4824-6326
✉️ info@vidtcm.com.ar /vidtcm.com.ar

# LAS HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES EN SALUD



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (\*)

**C**omúnmente, en el ámbito de la salud hacemos hincapié en las habilidades técnicas y cognitivas del recurso humano (“*habilidades duras*”) tanto en las actividades de atención, así como de gestión. En la actualidad existe un interés creciente en los diferentes servicios de salud en desarrollar las denominadas habilidades socioemocionales o soft skills (“*habilidades blandas*”).

Las habilidades blandas son de vital importancia para los pacientes y sus familias durante su experiencia dentro de cualquier parte del sistema de atención médica. Estas habilidades desempeñan un papel fundamental en los servicios de salud, ya que contribuyen a mejorar el bienestar de los pacientes y sus familias.

Habilidades como la empatía, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo permiten establecer una relación más cercana y de confianza con los pacientes, lo que a su vez favorece una atención de calidad, mayor adherencia a los tratamientos y una mayor satisfacción en la experiencia de atención sanitaria.

## Habilidades duras y habilidades blandas

Las habilidades duras tienen que ver con las competencias técnicas y científicas. Son las que adquirimos formalmente a través de los estudios en facultades, posgrados, cursos y también informalmente por enseñanza de otros pares o jefes en los diferentes puestos de trabajos.

Por ejemplo, el conocimiento y habilidades en técnicas quirúrgicas, en realizar diagnósticos diferenciales y tratamientos adecuados, en el manejo presupuestario, en las normativas burocráticas, en costos, estadísticas, epidemiología, etc.

Estas habilidades son las que generalmente se solicitan en búsquedas laborales de personal, son las que definen los perfiles de los puestos de trabajo y por las que se evalúa al recurso humano en salud.

Por otro lado, se han definido a las habilidades blandas como “*actitudes y prácticas que afectan el comportamiento de una persona frente al aprendizaje y cómo este interactúa con el mundo que le rodea. Son características personales y sociales que permiten a los individuos adaptarse y resolver de manera eficaz los problemas que se presentan*”. (Molinari, L. R. 2017)

Las habilidades blandas o soft skills son características que determinan cómo un individuo interactúa con su contexto, o sea se desarrollan a través de la interacción con otras personas. Las habilidades blandas son parte del comportamiento y de la personalidad adquiridos en diversos contextos.

En términos generales podemos afirmar que mientras las habilidades duras se obtienen a través de la educación y el ámbito formal y están relacionadas con los contenidos, las habilidades blandas van más allá del ámbito profesional y tienen que ver con valores de los individuos para un mejor desarrollo personal y profesional en distintos ámbitos. (Buxarrais en RevEspEduMed 2023, 3: 62-68)

Por lo tanto, debe existir equilibrio entre las habilidades blandas y duras para el éxito personal y organizacional. La conjunción e integración de los dos tipos de habilidades permite que los profesionales de la salud ofrezcan una atención centrada en el paciente de acuerdo con su contexto.

## ¿Cuáles son las habilidades blandas necesarias en salud?

Dentro de las habilidades socioemocionales, soft skills o blandas destacamos en este escrito cuatro: empatía, trabajo colaborativo en equipo, comunicación eficaz y liderazgo.

Se ha definido la empatía como la actitud de ponerse en el lugar del otro, identificarse con las emociones del otro. Todos somos personas con angustias, temores, pasando muchas veces en los servicios de salud por momentos emocionales excepcionales.

Es compartir sus sentimientos, emociones, pero con la capacidad de controlar las nuestras. Contribuye a la estrategia de “Hospital Centrado en el Paciente” y la de “Humanización de la atención”.

La empatía es una habilidad blanda esencial para el trabajo en equipo, para el liderazgo y para la atención de personas. Implica escucha activa, comprender, no juzgar, respeto por el otro, comunicar con responsabilidad, interpretar el lenguaje no verbal, si es necesario prestar ayuda emocional, paciencia. No quiere decir que la otra persona tenga razón ni que estemos de acuerdo, pero es tratar de comprender.

La empatía contribuye a dos aspectos. Por un lado, permite que el otro se sienta mejor y aumenta la satisfacción para con el servicio de salud y para consigo mismo, aumenta la autoestima del personal que la ejerce ya que recibirá muchos más satisfacciones y elogios de parte de pacientes y familiares y lo hace sentir útil y buena persona.

Por otro lado, contribuye al aspecto organizacional ya que facilita la resolución de conflictos, induce el respeto del paciente para con los trabajadores y el servicio de salud, desarrolla capacidades de liderazgo, negociación y colaboración entre quienes la ejercen, mejora los diagnósticos, aumenta la adherencia a los tratamientos, disminuye la angustia y la ansiedad y aumenta la confianza del paciente para con el servicio.

El entorno laboral influye en los niveles de empatía, por lo tanto, es muy importante cuidar el clima organizacional y el entorno laboral.

La empatía puede mejorarse. Existen los denominados factores de estabilidad para tener en cuenta. Factores de estabilidad altos son los valores familiares, religiosos, culturales, hereditarios. Medios son algunas situaciones adquiridas en el trabajo, experiencias de vida, etc. y bajos son los que modifican con situaciones estresantes, problemas personales, cansancio, falta de sueño, hambre, stress, depresión, ansiedad, conflictos laborales, entorno laboral malo y cercanía con la muerte.

La empatía no solo se debe ejercer con los pacientes, sino también con los familiares y con los compañeros de trabajo. Pero la empatía no solo es ponerse en los zapatos del otro, debe generar una acción. De nada sirve ser empático sin resolver el problema. Esto es **EMPATIA INSTITUCIONAL**.

La comunicación eficaz es otro de los aspectos claves y muy relacionada con la empatía. La mala comunicación es falta de empatía. Debe existir una comunicación entre los trabajadores y entre el trabajador y el paciente y sus familiares.

La tercera habilidad blanda destacada aquí es el trabajo en equipo. La atención de la salud es obligatoriamente un trabajo en equipo: no debe existir competencia ni individualismo, sino colaboración y apoyo. Los servicios de salud son empresas talento-intensivas: cada uno sabe de lo suyo más que el otro y más que los jefes. El trabajo en equipo es fundamental para la calidad asistencial y para la adecuada toma de decisiones.

Para un buen trabajo en equipo se requiere: conocerse entre los integrantes, gestión de conflictos, aprendizaje constante, empatía interna, adaptabilidad, y confianza en el líder. Los que confían en su líder aumentan su satisfacción y producen con mayor calidad.

El liderazgo es otra de las habilidades blandas muy importante en los servicios de salud. A su vez el líder gana confianza a través de una comunicación eficaz, el buen trato y respeto y una buena motivación del recurso humano.

En definitiva, cada vez se están incorporando más las habilidades blandas en los programas de estudio y en los servicios de salud. A medida que estas ganen terreno se mejorará la atención integral de las personas. Especialmente en estas épocas en donde la tecnología parece ser el factor preponderante de la atención. ■

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



# 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.



[www.scienza.com](http://www.scienza.com)

**OSR** technology sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.



**acudir**  
emergencias médicas

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](http://www.acudiremergencias.com.ar)

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