

# Mé<sup>•</sup>dicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

## RESOLUCIÓN SSN N° 258/2026 SEGURO DE SALUD PRESTACIONAL

### ¿NUEVOS JUGADORES A LA CANCHA?



**COLUMNA**  
LOS EFECTOS  
(IN)DESEABLES  
DE LA MANO  
INVISIBLE  
Por el Dr. Mario Glanc



**OPINIÓN**  
GESTIÓN SANITARIA,  
EXPOSOMA,  
ESPEJISMOS Y  
OPORTUNIDADES  
Por la Dra. Liliana Chertkoff



**DEBATE**  
PANDORA Y LOS  
LÍMITES DE LA  
TENTACIÓN EN SALUD  
Por el Dr. Sergio  
Horis. Del Prete

Acompañarte  
es siempre  
el mejor plan

GALENO



# HACÉ COMO YO Y PONELE LA FIRMA A UNA COBERTURA DE ALTO RENDIMIENTO



**SanCorSalud**

Grupo de Medicina Privada

La buena salud es todo

Conocé más







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

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



UN SOLO  
TELÉFONO



UNA SOLA  
FACTURA



TODO  
UN PAÍS



OAA✓

IONet

[www.sifeme.com](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](http://www.revistamedicos.com.ar)
**E-Mail:**
[gerencia@revistamedicos.com.ar](mailto:gerencia@revistamedicos.com.ar)
[redaccion@revistamedicos.com.ar](mailto:redaccion@revistamedicos.com.ar)
[info@revistamedicos.com.ar](mailto:info@revistamedicos.com.ar)
[revistamedicos@gmail.com](mailto:revistamedicos@gmail.com)
**Colaboran en esta edición:**

Esteban Portela (diseño)

[estebanportela@outlook.com.ar](mailto:estebanportela@outlook.com.ar)

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

**OPINIÓN**
**¿DEBERÍA REVISARSE LA MATRIZ DE LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS?**

Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista. Doctor en Ciencias de la Salud. Director del Departamento de Salud Pública. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación Barceló

**6**
**COLUMNA**
**LOS EFECTOS (IN)DESEABLES DE LA MANO INVISIBLE**

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

**8**
**OPINIÓN**
**VIVIR MÁS, VIVIR PEOR - EL PROBLEMA QUE NADIE QUIERE RESOLVER**

Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario

**10**
**DEBATE**
**PANDORA Y LOS LÍMITES DE LA TENTACIÓN EN SALUD**

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete - Mg. PhD - Director de la Catedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata. Argentina

**12**
**COLUMNA**
**¿QUÉ PIENSAN LOS LEGISLADORES ARGENTINOS SOBRE LA EUTANASIA?**

Por el Dr. Javier O. Vilosio - Médico Paliativista

**14**
**OPINIÓN**
**FINANCIAMIENTO EDUCATIVO Y SALUD**
**LA RECOMPOSICIÓN SALARIAL TAMBIÉN SIGNIFICA GARANTIZAR PRESTACIONES**

Por el Dr. Maximiliano Germán Ferreira - Especialista en derecho sanitario y financiamiento del sistema de salud

**16**
**VOCES**
**SEGUROS DE SALUD PRESTACIONALES**
**UN NUEVO PARCHÉ PARA UN SISTEMA QUE NECESITA REFORMA INTEGRAL**

Por el Dr. Rubén Torres y el Dr. Víctor Hugo Ocampos - Presidente de IPEGSA y Jefe del Departamento de Calidad del Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría

**18**
**VOCES**
**ANÁLISIS DE LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA RESOLUCIÓN Nº 951/2026 DE LA SSSALUD AL PROCEDIMIENTO GENERAL DE DENUNCIAS, FALTAS FORMALES Y SANCIONES APROBADO POR LA RESOLUCIÓN Nº 951/20**

Por el Dr. José Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados

**20**
**COLUMNA**
**EL DESAFÍO DEL BUEN MORIR, ENTRE LA DIGNIDAD, LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y LOS LÍMITES DE LA MEDICINA**

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

**22**
**COLUMNA**
**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DEPENDENCIA TECNOLÓGICA**

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

**24**
**PRIMERA PLANA**
**LA ANOMÍA MANAGERIAL DEL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO**
**UN ANÁLISIS DESDE LA ECONOMÍA INSTITUCIONAL Y LA TEORÍA EVOLUTIVA DE LAS ORGANIZACIONES**

Por Carlos Vassallo Sella - Prof. Salud Pública FCM UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdeB)

**26**
**COLUMNA**
**CIRCO... SIN PAN**

Por el Dr. Mauricio Klajman - Docente Libre - Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina - UBA

**30**
**DEBATE**
**LA PARADOJA FARMACÉUTICA QUE LOS ECONOMISTAS NO CONSIGUIERON RESOLVER**
**FABRICAR MEDICAMENTOS ES CADA VEZ MÁS BARATO, PERO LOS PRECIOS SIGUEN AUMENTANDO**

Por el Dr. Federico Tobar - Asesor global en Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de Naciones Unidas

**32**
**OPINIÓN**
**SEGURO DE SALUD PRESTACIONAL ¿COMPETENCIA O COMPLEMENTARIEDAD?**

Por el Dr. David Aruachan - Especialista en Economía y Gestión en Salud. Ex Viceministro de Salud de la Nación. Ex Gerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación

**34**
**COLUMNA**
**LA CARRERA QUE NUNCA FUE ¿POR QUÉ A LOS MÉDICOS ARGENTINOS JUBILARSE LES CUESTA EL OFICIO?**

Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Ex Director Nacional de Capital Humano Ministerio de Salud

**36**
**OPINIÓN**
**GESTIÓN SANITARIA, EXPOSOMA, ESPEJISMOS Y OPORTUNIDADES**

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Epidemióloga - Docente libre - Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas Facultad de Medicina - UBA

**38**
**OPINIÓN**
**LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA DE CALIDAD EN HOSPITALES PÚBLICOS**
**LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL RAMÓN CARRILLO DE SAN LUIS**

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Director General del Hospital Dr. Ramón Carrillo de San Luis

**40**
**VOCES**
**¿PUEDE UNA CONVERSACIÓN PREVENIR UN DAÑO EN SALUD?**

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

**42**
**OPINIÓN**
**LA GÉNESIS DEL REMEDIAR CRÓNICA DE UNA POLÍTICA DE ESTADO EN TIEMPOS DE CRISIS**

Por el Dr. Carlos Anigstein - Ex Gerente de Comunicación y Participación Social del REMEDIAR

**44**

**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.





Una trayectoria que impulsa.  
Una forma de cuidar que evoluciona.

**OSPE** | **30**  
Cuidar es estar AÑOS

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



# ¿DEBERÍA REVISARSE LA MATRIZ DE LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS?



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

Aunque en esta etapa del desarrollo tecnológico y de los avances del conocimiento científico, esta afirmación puede resultar extemporánea, creo que, en la construcción de nuestro edificio médico-científico, sigue predominando una estructura basada en *órganos, aparatos y noxas*, repitiendo el curso que siguieron las escuelas clásicas, desde Hipócrates y Galeno en adelante. Los estudiosos primero describieron los órganos (anatomía descriptiva), luego los tejidos vecinos y las relaciones entre ellos (anatomía topográfica), y más tarde las funciones esenciales de los órganos y el funcionamiento de los aparatos (fisiología). Desde ese punto de partida, se estudiaron las lesiones que las enfermedades producían en esos órganos, pese a que aún no se supiera el mecanismo íntimo de los daños (patología). Debe tenerse en cuenta que, desde el marco teórico formulado por Hipócrates (Siglos V-IV a.C.) y las brillantes interpretaciones de Galeno en el Siglo III d.C., hubo un importante enriquecimiento aportado por la Escuela de Salerno del Siglo IX. Pero el gran tránsito desde la Edad Media hacia el Renacimiento fue facilitado por el dominio musulmán y judío de las tierras mediterráneas que, como un inmenso salto histórico de garrocha -en particular por el persa Avicena y el judío Maimónides-, tradujeron los textos greco-romanos y facilitaron su acceso a la Edad Moderna. Desde este punto puede inferirse que el conocimiento científico se desarrolló como un enorme árbol -alimentado por investigaciones experimentales- hasta el momento actual. Pero la antigua matriz greco-romana mantuvo su savia.

En el centro del análisis de las causas de salud y enfermedad, se imaginaron seres humanos agredidos por factores ambientales, microorganismos productores de infinita variedad de patógenos, múltiples patologías cuya etiología era todavía desconocida y diversos hábitos de la vida urbana, que iban desplazando pautas de vida saludable, para reemplazarlas por alimentos inadecuados, sedentarismo, tabaquismo y adicciones a drogas nocivas. Desde la 2ª mitad del Siglo XX, la producción industrial de antibióticos modificó significativamente el ecosistema de las infecciones, pero apareció un nuevo factor de alarma, ante la amenaza próxima de cepas bacterianas altamente resistentes, y transmisión de nuevas virosis provenientes de continentes distantes, transportados por medios de comunicación incasantes. Por su parte, la vida urbana facilitó cambios inapropiados de la masa corporal, obesidad, enfermedades metabólicas como diabetes, hiperlipidemias, osteopatías por déficit de construcción de tejido óseo, como causa de fracturas espontáneas, alimentos con escaso contenido de fibras vegetales y frutas, proteínas reemplazadas por productos industriales de escaso valor biológico. Simultáneamente patologías cardiovasculares, que se manifiestan por dramáticos cuadros cerebrales, infartos de miocardio, trastornos del retorno venoso, obstrucciones arteriales periféricas, alteraciones funcionales del corazón, desequilibrios circulatorios e insuficiencias pulmonares.

Para explicar esta mínima e incompleta enumeración, se han identificado los factores causales, esencialmente como si fueran

externos al desempeño del ser humano: los gérmenes que inducen infecciones, más graves en su genio contaminante, cuando están habituados a ambientes hospitalarios. Sin embargo, nuevos conocimientos han demostrado que un protagonista central de los procesos infecciosos no está fuera del organismo, sino dentro de los aparatos digestivo, respiratorio, cutáneo y orificios de los emuntorios. De ese conjunto, que se denomina ahora *microbiota*, se exploran los motivos por los que gérmenes que portamos habitualmente sin daño, en ciertos momentos mutan a condiciones de patógenos. Una gran parte de las patologías de diferentes órganos y del aparato locomotor, al profundizarse la investigación de su patogenia, han mostrado componentes *autoinmunes*, que complican las perspectivas de su tratamiento. Es decir, causas de las que somos portadores, como parte de nuestra herencia genética, y que no estaban fuera del organismo. Al mismo tiempo, diversas entidades neurológicas, han requerido medios terapéuticos de origen *monoclonal* -al igual que en el campo de la Oncología-, cuya utilización incrementa los costos de la atención médica, más allá de las posibilidades de sustentabilidad de las organizaciones de cobertura. Durante muchos años se estudió el comportamiento del eje endócrino hipotálamo-hipofisario, así como otros ejes en que la glándula pituitaria actúa como reguladora. Se identificaron hormonas que influyen en el aparato neurológico, provocando distintos equilibrios generales de estimulación e inhibición. Más tarde se encontró que el origen de esas secreciones hormonales no estaba sólo en el sistema límbico, sino que se producen en todo el aparato encéfalo-espinal y circulan por el líquido céfalo-raquídeo para contribuir a esos fenómenos.

En el campo de la Cirugía, se incorporan procedimientos robotizados de menor invasividad, así como operaciones -anteriormente de alto riesgo- portécnicas endoscópicas, que inducen nuevos campos visuales modificados a través de fibras ópticas. La tecnología de diagnóstico por imágenes -ecografías, TAC, RNM, PET, Doppler y centellogramas- han permitido la identificación de lesiones de partes blandas, caracterizar su funcionamiento, dimensionar la presencia de vascularización anormal y definir detalles morfológicos, a los que en otros tiempos se accedía en el momento de las autopsias. Estos adelantos requieren introducir nuevas *visiones endoscópicas*, interpretaciones de cortes virtuales de tejidos (que antes sólo veíamos en preparados cadavéricos), múltiples variedades de punciones-biopsia, biopsias líquidas, marcadores en aire exhalado y análisis genéticos, que anticipan diagnósticos patológicos para orientar las conductas terapéuticas. Sin duda la procuración y trasplantes de órganos ocuparán un recurso sustancial en la recuperación de ciertas enfermedades crónicas irreversibles.

Esta somera recorrida de la gnoseología médica existente sugiere adaptaciones de época que, sin prescindir de las materias básicas mencionadas al iniciar este comentario -anatomía descriptiva y topográfica, fisiología, patología, microbiología y farmacología-, requerirían abordajes más profundos. Sin la pretensión de agotar su enumeración, creo conveniente mencionar inmunología, bacteriología, virología, medio interno y equilibrio ácido-base, nuevos diagnósticos por imágenes, técnicas endoscópicas, neuro-endocrinología, bioética, diversidad cultural e integración del enfoque socio-psicológico, en el vínculo de los pacientes y sus familias con los servicios de salud. La formación final de las profesiones médicas no debería ser una sumatoria de especialidades, para las que se cuenta con cursos y residencias específicas de posgrado. Pero en el núcleo central de la capacitación deberían profundizarse algunos contenidos, que implicarán revisar una nueva matriz de conocimientos que sustentará las profesiones de salud. ■

**Nota.** El autor agradece a Santiago C. Arce la revisión del manuscrito.

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



# En el momento de la verdad.

The logo for OSDE (Organismo de Seguro de Desempleo) is displayed in white. It features the word "osde" in a lowercase, sans-serif font. The letter "o" is stylized with a horizontal line passing through its center, and the letter "s" is also stylized with a horizontal line passing through its center.

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.



# LOS EFECTOS (IN)DESEABLES DE LA MANO INVISIBLE



Política sanitaria comparada en las administraciones Trump-Kennedy y Milei-Lugones

Por el Dr. Mario Glanc (\*)

La superposición temporal de las administraciones Trump-Kennedy y Milei-Lugones ofrece una oportunidad analítica infrecuente: dos gobiernos de similar sesgo ideológico operan sobre sistemas sanitarios de arquitectura radicalmente distinta con un conjunto de intervenciones comunes. La tesis de esta nota es que la coincidencia doctrinaria produce efectos heterogéneos según el punto de partida institucional, pero converge en un patrón: *redistribución regresiva del riesgo sanitario, debilitamiento de la función rectora del Estado y deterioro temprano de indicadores trazadores*.

Estados Unidos sostiene el gasto sanitario más alto del mundo (17,6% del PBI; US\$14.500 per cápita) con resultados inferiores a su grupo OCDE. La One Big Beautiful Bill Act (julio 2025), constituye la mayor contracción de cobertura pública legislada en la historia del país: la CBO (*Congressional Budget Office*) proyecta 11,8 millones de personas adicionales sin cobertura hacia 2034, con recortes de aproximadamente un billón de dólares a Medicaid en una década, introducción de condicionalidad laboral y expiración de los subsidios mejorados de la ACA. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) pasó de 82.000 a 62.000 puestos, con cancelación de aproximadamente US\$ 1.810 millones en grants científicos (694 proyectos sobre cáncer, VIH y enfermedades neurodegenerativas). Kennedy encarna una paradoja biográfica notable: abogado ambiental devenido activista antivacunas, su retórica de “transparencia radical” coexiste con el desmantelamiento de las estructuras de vigilancia que la harían posible. La destitución del Advisory Committee on Immunization Practices y su reemplazo por miembros vacunosépticos tiene consecuencia inmediata: 2.288 casos de sarampión confirmados en 2025 (CDC), el peor registro desde 1991.

Argentina gasta 10,3% de su PBI en salud, siendo que el gasto privado (4,3%) predomina sobre el público (2,7%) y el de la Seguridad Social (3,3%) (M. Salud 2025). La reforma opera principalmente por vía decretal: el DNU 70/2023 y los Decretos y Resoluciones que ulteriormente lo operativizan<sup>(1)</sup> rediseñaron estructuralmente el sistema de seguridad social, sustituyendo el principio de solidaridad sectorial por una lógica de competencia de mercado, sin mediar debate legislativo. Se verifica entonces la variante local de la retracción del Estado sobre el sistema construido. Sin embargo, a diferencia de la gestión Kennedy -cuya ruptura con el establishment científico fue pública y programática- aquí opera la discrecionalidad administrativa: el Ministerio de Salud publicó, retiró y finalmente restauró el dato de mortalidad infantil 2024 -que registró un aumento del 6,25% respecto de 2023, llegando a 8,5 por mil nacidos vivos. El gasto de la Administración Pública Na-

cional acumula una caída del 31-32% entre 2023 y noviembre de 2025 (CEPA). En salud, los programas más afectados incluyen la respuesta al VIH/hepatitis/tuberculosis (-47% en 2024), los hospitales nacionales e Instituto Nacional del Cáncer (-55% de subejecución en 2024), y la distribución física de medicamentos esenciales del Plan Remediar, que cayó entre 41% y 56% según jurisdicción.

Tres mecanismos institucionales operan en paralelo. Primero, **la gobernanza de excepción**: mediante el Decreto 942/2025 (B.O. 2/1/2026), el Poder Ejecutivo prorrogó hasta el 31 de diciembre de 2026 la emergencia sanitaria nacional declarada por el DNU 70/2023, extendiendo a tres años el marco de excepción que habilita medidas por vía ejecutiva.<sup>(2)</sup> En Estados Unidos, órdenes ejecutivas y legislación por reconciliación (*budget reconciliation*) cumplen función análoga. Segundo, **el rechazo al multilateralismo sanitario**: ambas administraciones anunciaron el retiro de la OMS; el reporte CIIPS-IECS advierte que Argentina arriesga perder acceso a los Fondos Rotatorio y Estratégico de la OPS. Tercero, **la agenda anti-derechos reproductivos** por vías jurídicamente distintas pero convergentes: en Estados Unidos el fallo Dobbs, (el mayor retroceso jurídico de derechos reproductivos en EE.UU. en 50 años), la ampliación de la Mexico City Policy y el desfinanciamiento de Planned Parenthood; en Argentina vía interrupción de la adquisición de misoprostol y mifepristona, recorte al Programa Nacional de Salud Sexual, disolución del Plan ENIA y disolución del Ministerio de la Mujer, Géneros y Diversidad.

Desde valores rectores de la salud pública -equidad, justicia, excelencia y eficiencia-, el balance provisional es desfavorable en los cuatro vectores, aunque la latencia causal exige cautela en la atribución directa. Pero la paradoja central es que se invoca la eficiencia mientras se contrae la rectoría estatal, cuando la evidencia OCDE muestra consistentemente que los sistemas con mejor desempeño en gasto/PBI ajustado son aquellos con financiamiento solidario y cobertura universal. Los contraejemplos son instructivos: Corea del Sur y Taiwán logran esperanzas de vida superiores a la de Estados Unidos con un gasto per cápita inferior al 40% del estadounidense; el NHS británico, a pesar de su crisis mantiene indicadores de equidad en acceso que los sistemas fragmentados no alcanzan. La eficiencia invocada se confunde con reducción nominal del gasto público, métrica que omite el costo real: gasto de bolsillo creciente, diferimiento asistencial y muertes evitables.

Los daños sobre la capacidad técnica estatal, y los bienes públicos sanitarios globales son los menos reversibles. Reconstruir lo roto requerirá años de reinversión y consolidación de capital humano. Una administración posterior con voluntad reparadora enfrentará costos de reconstrucción muy superiores a los ahorros obtenidos, asimetría temporal que la evidencia histórica de reformas sanitarias regresivas documenta consistentemente. La experiencia comparada sugiere que los sistemas eficientes y equitativos no se construyen por sustracción del Estado sino por su fortalecimiento técnico, rectoría intersectorial y financiamiento solidario. La tarea inmediata para la comunidad sanitaria es el monitoreo sostenido de indicadores trazadores -cobertura efectiva, mortalidad infantil y materna desagregadas, cobertura vacunal nacional y subnacional, gasto público per cápita, gasto de bolsillo, dotación de agencias técnicas- como contribución a la futura rendición de cuentas y a una opinión pública informada. ■

## Bibliografía:

- 1) Decr: 170-171-172/2024. Res. SSS 201-232-3284/2024 y Decr. 600/2024.
- 2) El DNU fue rechazado por el Senado en marzo de 2024 pero mantuvo vigencia al no obtener el rechazo concurrente de la Cámara de Diputados, en aplicación del mecanismo previsto por la Ley 26.122.

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



**Estamos con vos,  
tu salud es prioridad**

---

CONOCE MÁS SOBRE NOSOTROS EN  
**[WWW.OSPAT.COM.AR](http://WWW.OSPAT.COM.AR)**



## VIVIR MÁS, VIVIR PEOR

### EL PROBLEMA QUE NADIE QUIERE RESOLVER



Por el Lic. Ariel Goldman (\*)

**E**n 2024, la esperanza de vida en la Argentina llegó a 77,5 años. Desde el año 2000, ganamos 3,6 años de vida. Es un dato que aparece en informes oficiales y se cita como logro sanitario. Pero hay una pregunta incómoda que casi nadie formula: ¿cuántos de esos años transcurren con salud plena? ¿Y cuántos con dolor crónico, dependencia funcional y pluripatología?

La paradoja del envejecimiento argentino no está en que vivimos más. Está en que el sistema no fue diseñado para lo que viene después, y en que el debate público se agota en las jubilaciones, como si el único problema de envejecer fuera económico. Envejecer también es un problema sanitario, uno que el sistema de salud argentino no terminó de asumir.

La economía de la salud dispone de herramientas precisas para medir esa brecha. La esperanza de vida saludable, conocida como HALE (Healthy Adjusted Life Expectancy), calcula cuántos años puede esperarse vivir en condiciones de plena salud. La diferencia entre esa cifra y la esperanza de vida total representa los años vividos con discapacidad o enfermedad limitante.

En la Argentina esa brecha supera los nueve años. Dicho de otra manera: al final de nuestra vida, casi una década transcurre con algún grado de dependencia o cronicidad. Los AVADs -años de vida ajustados por discapacidad- permiten cuantificar ese peso sobre la población y sobre los sistemas que deben sostenerla. Son años que el sistema paga, con internaciones, medicamentos, asistencia domiciliar o, con demasiada frecuencia, con la ausencia de todo eso.

La OPS documentó para América Latina que la brecha entre esperanza de vida y esperanza de vida saludable no se reduce con el envejecimiento poblacional: se amplía. El incremento de los años poco saludables no es proporcional al de la esperanza de vida total. Ganamos años, pero no siempre en buenas condiciones.

El dato demográfico agrava el escenario. Según el Dossier Estadístico de Personas Mayores del INDEC (2024), más del 15,7% de la población argentina ya tiene 60 años o más, y las proyecciones ubican ese porcentaje cerca del 21% hacia 2040. Al mismo tiempo, la tasa de fecundidad cayó por debajo de 1,4 hijos por mujer, muy lejos del 2,1 necesario para el reemplazo generacional.

La pirámide se invierte: más personas requiriendo cuidados, menos jóvenes para sostener el sistema. Esta transición demográfica se viene anunciando desde hace décadas. Lo que es nuevo es la velocidad a la que ocurre y la ausencia de respuestas institucionales a la altura del desafío.

Sin embargo, el debate público sobre envejecimiento casi no sale de la discusión previsional. Son discusiones legítimas e importantes, pero agotan el espacio de agenda y dejan fuera la pregunta central: ¿quién cuida a quién? ¿cómo, con qué recursos y a qué costo para el sistema? El envejecimiento no es solo un problema de la Seguridad Social. Es, ante todo, un problema sanitario de largo plazo que requiere planificación, financiamiento y decisión política.

El déficit del sistema de cuidados en la Argentina es estructural. El Ministerio de Salud reconoció en 2024 la necesidad de identificar fallas sistémicas al lanzar el Observatorio Integral del Sistema de Cuidado de Personas Adultas y Mayores. La OIT estimó que cubrir adecuadamente la demanda de cuidados de larga duración requeriría más de 780.000 nuevos puestos de trabajo en ese sector, en una economía donde el empleo informal en cuidados domiciliarios ronda el 78%.

No existe hoy un sistema público estructurado de cuidados de larga duración. El Estado financia internaciones, no la forma de evitarlas. Paga la crisis, no la prevención de la dependencia.

Las consecuencias sobre el gasto en salud son directas. Las enfermedades crónicas no transmisibles concentran la mayor parte de la carga de morbilidad en adultos mayores y explican una proporción creciente del gasto hospitalario, de las prescripciones de PAMI y de las consultas en el primer nivel de atención.

Cuando el acceso a medicamentos crónicos se interrumpe, por razones económicas o por cambios en las coberturas, el resultado no es un ahorro: es el diferimiento del costo hacia la internación de urgencia. Lo que no se gasta en prevención se gasta en la crisis.

Las obras sociales y los hospitales públicos absorben una demanda que seguirá creciendo sin que nadie haya diseñado colectivamente la respuesta. Los sistemas de financiamiento, pensados históricamente para episodios agudos, son inadecuados para la cronicidad.

Se financia por prestación, no por resultado. Se paga la consulta, no el control longitudinal de la enfermedad. Se financia la internación, no el equipo interdisciplinario que podría evitarla. El modelo económico del sistema de salud argentino y el perfil epidemiológico emergente son, en su lógica más profunda, estructuralmente incompatibles.

¿Qué podría hacerse? Las respuestas existen y no son secretas: sistemas de cuidados de larga duración financiados públicamente con trabajo formal y bien remunerado; atención primaria fortalecida con foco en cronicidad y seguimiento longitudinal; modelos de pago basados en resultados sanitarios y no en actos médicos aislados; evaluación económica de prestaciones desde una perspectiva de ciclo de vida; políticas de envejecimiento activo que retrasen la dependencia funcional.

No es falta de conocimiento técnico. Es falta de decisión política y de voluntad para financiar lo que no tiene foto ni titular inmediato, lo que da frutos en diez años y no en el próximo ciclo electoral.

La Argentina envejece. Los números son claros, las proyecciones también. Lo que sigue siendo opaco es si el sistema de salud y sus financiadores, sus prestadores, sus planificadores, está dispuesto a reconocer que el verdadero problema no es cuántos años vivimos, sino cómo los vivimos.

Mientras tanto, cada año ganado de esperanza de vida que no viene acompañado de políticas de cuidado es, en rigor, un año de sufrimiento evitable que el sistema terminará pagando -tarde, mal y a precio de urgencia-. ■

(\*) Profesor universitario





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



# PANDORA Y LOS LÍMITES DE LA TENTACIÓN EN SALUD



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

**E**l Gobierno nacional está por abrir una “Caja de Pandora”. Esta expresión, basada en la mitología griega, significa iniciar una acción o situación que, aunque pueda parecer pequeña o curiosa, desencadena una serie de problemas, consecuencias imprevistas o desdichas que son casi imposibles de revertir.

¿Cuál es la caja en cuestión? El Programa Médico Obligatorio o PMO, que fuera creado para garantizar a la población el acceso universal e igualitario a una canasta básica de prestaciones de salud (consultas, estudios, cirugías, medicamentos y tratamientos de alta complejidad y costo) que deben cubrir obligatoriamente las Obras Sociales nacionales y las Empresas de Medicina Prepaga.

Formalmente iniciado en 1996 por Resolución 247 del Ministerio de Salud de la Nación, procuraba asegurar el acceso a servicios de prevención y atención médica, evitando asimetrías y alineando el modelo financiador con el prestador. En 2002, cuando el financiamiento de las OSN entró en crisis y gran parte de la población quedó desprotegida durante la crisis económica, se reestructuró como de Emergencia garantizando el acceso a prestaciones básicas sin períodos de carencia ni exámenes de admisión.

Modificar el PMO pondría al Sistema de salud argentino frente a uno de los debates más trascendentes y sensibles de los últimos años. El Ministerio de Salud nacional analiza aplicar cambios al mismo, sobre los cuales aún no hay ninguna información de lo que se pretende suprimir, sustituir o reemplazar y con qué profundidad.

La discusión que sobrevendrá tras los posibles cambios no será menor, ya que en ese punto se juega buena parte del acceso cotidiano de millones de argentinos a millones de prestaciones. El principal argumento que ha empezado a tomar fuerza en el sector privado surge de una verdad revelada y contundente: los costos suben en forma geométrica, las cuentas no cierran y -lo más importante- no hay plata.

Desde las Obras Sociales y las aseguradoras privadas, se advierte que, a partir de la caída del aporte desde el salario y el ingreso de bolsillo de las personas, el esquema de financiamiento para cubrir el costo del PMO quedó desfasado. La mayoría de las Obras sociales no llegan con sus recursos a financiarlo, atravesadas por una medicina cada vez más cara, mucho más tecnológica y altamente demandante de recursos.

A esto se suma otro dato preocupante: cada vez es mayor el número de personas que pierden o abandonan su cobertura privada y terminan recurriendo al uso del de por sí colapsado sistema público de salud. Es decir, mientras el sector prestador privado denuncia asfixia financiera, los hospitales públicos conti-

núan recibiendo una presión creciente de pacientes que ya no pueden garantizar su cobertura con la Obra Social que les ha tocado por rama de actividad o pagando una prepaga.

Sin embargo, hay un punto del que se habla mucho y se cuestiona poco, porque su lógica ya resulta ser una verdad incómoda: la judicialización de la salud y los conflictos de interés que le dan lugar. En los últimos años aumentaron geométricamente los amparos de pacientes que reclaman medicamentos y nuevas terapias sin efectividad demostrada o poco contrastada o intervencionismos de muy alto costo.

Y detrás de cada amparo existe una indicación o prescripción que se fundamenta en la asimetría de información, donde además el juicio profesional está indebidamente influenciado por un interés secundario contrario al interés común.

Los médicos diferimos mucho respecto de lo que estimamos resulta ser un conflicto de interés. Y como en general frente a muchas situaciones problemáticas y conflictivas las consideraciones al respecto son incompletas y no existe una metodología para verificarlas, la seguridad de su no existencia resulta incierta. **Por el lado de los financiadores, los fallos judiciales sin la debida justificación técnica, económica ni bioética se considera que han terminado por romper por completo el delicado equilibrio económico del sistema.**

En este complejo contexto, donde también muchas prestaciones incorporadas por ley a lo largo del tiempo y sin financiamiento explícito contribuyeron a desequilibrar el financiamiento de un PMO en permanente expansión, el **Gobierno estudia introducir criterios más estrictos** respecto de definir qué prestaciones y con qué garantías deben quedar conceptualmente bajo cobertura obligatoria. Incluso ha llegado a trascender la posibilidad de reducir significativamente la cobertura de cierta cantidad de medicamentos y prácticas incluidas actualmente en el PMO.

El debate recién empieza, aunque en realidad viene madurando desde hace tiempo. De un lado, las empresas y obras sociales advierten que el modelo actual es inviable si no se revisan costos, aportes y obligaciones. Del otro, aparece la preocupación central de los pacientes: que una eventual reforma termine significando menos cobertura, más gasto de bolsillo y mayores barreras para acceder a tratamientos.

Lo que está en juego no es apenas una reforma silenciosa basada en cuestiones de tipo administrativo. Se trata de una definición central y profunda respecto de hasta dónde debe llegar la cobertura obligatoria en la Argentina para trabajadores activos registrados o asegurados privados, si alcanzará al sector público y al PAMI, quién pagará los tratamientos de alto costo independientemente de su efectividad real, y cómo se sostiene un sistema que -inmerso en una fenomenal puja distributiva- muestra señales claras de profundo agotamiento.

Mientras los actores económicos y corporativos que componen el mercado sanitario (laboratorios farmacéuticos, proveedores de tecnología y dispositivos implantables, médicos y demás profesionales) siguen de cerca cada movimiento para ver como atenderán su juego en un nuevo escenario aun desconocido, el problema más complejo quedará para los pacientes si cualquier modificación del PMO llega a cambiarles -de manera directa- no solo la cobertura de su enfermedad sino también su economía en caso que lo que aumente sea el gasto de bolsillo.

Dice el mito original que al cerrar el recipiente con premura, asustada al ver lo que había hecho producto de su tentación, Pandora dejó atrapado en el fondo de la caja el único “bien” de los dioses: la esperanza. Que no sea lo último que lleguen a perder los pacientes. ■

(\*) Mg. PhD - Director de la Catedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.



PREVENCION QUE LIMITA RIESGOS ECONOMICOS

# 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



# ¿QUÉ PIENSAN LOS LEGISLADORES ARGENTINOS SOBRE LA EUTANASIA?



Por el Dr. Javier O. Vilosio (\*)

**E**n las últimas semanas ha vuelto a hablarse de una Ley que regule la eutanasia en la Argentina. Se promueve el derecho a la eutanasia en términos generales y sin mayores precisiones respecto de cuestiones complejas a resolver que implican varios aspectos, desde éticos a procedimentales, que involucran tanto a la esfera de la espiritualidad y la religiosidad, como aspectos jurídicos y del contexto social, sanitario y asistencial - por lo tanto, políticos - en el cual la norma debería funcionar, y que merecerían un debate sereno e informado.

En vista de la habitual polarización en términos partidarios o sectoriales de casi cualquier cuestión pública entre nosotros (desde crímenes aberrantes hasta la actuación de la selección nacional de fútbol), la experiencia que hemos vivido en épocas del debate de la que luego fue la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, y la dudosa capacidad intelectual de algunos legisladores, dirigentes y personas que tienen acceso fluido a redes y medios de comunicación con capacidad de crear opinión, es previsible que nuevamente encontremos los argentinos un motivo para el enojo, la división y el enfrentamiento, antes que un espacio para la reflexión y el intercambio de ideas.

En un plano más estimulante, algunos expertos empezaron a plantear posiciones alrededor del tema. A favor o en contra, con más o menos matices, si se avanza en una Ley ésta debiera expresar la fuerza de los argumentos, y no la de los gritos y de las descalificaciones morales o ideológicas, a las que estamos más acostumbrados.

## Los proyectos

Con el objetivo de contar con alguna información de base sobre las propuestas legislativas hasta ahora promovidas, realizamos una búsqueda rápida en la web del Congreso de la Nación. Encontramos once proyectos de Ley ingresados en los últimos dos años. Nueve de ellos presentados por Diputados, y dos por Senadores. Cinco de los once entraron entre marzo y junio de 2026. Evidentemente los legisladores encuentran una prioridad en el tema que probablemente muchos no habíamos percibido.

Aunque el debate en España, que aprobó su Ley en marzo de 2021, aun antes de contar con legislación sobre cuidados paliativos, y más recientemente en Uruguay que aprobó su Ley a fines del año pasado (la primera Ley latinoamericana, ya que en Colombia se amparan en una sentencia de la Corte Constitucional y una Resolución del Ministerio de Salud, y en Ecuador también bajo una sentencia de la Corte Constitucional) fueron anticipos de la llegada del tema a la agenda política argentina.

El siguiente cuadro resume la información sobre los proyectos encontrados:

| Expte.      | Fecha      | Autor principal         | Bloque                     |
|-------------|------------|-------------------------|----------------------------|
| 2874-D-2024 | 04/06/2024 | Pichetto, M. Á.         | Hacemos Coalición Federal  |
| 5986-D-2025 | 17/10/2025 | Cobos, J.               | UCR – Unión Cívica Radical |
| S-1870/2025 | 04/11/2025 | García Larraburu, S. M. | Unidad Ciudadana           |
| 6431-D-2025 | 11/11/2025 | Ardohain.               | PRO                        |
| 6512-D-2025 | 12/11/2025 | Agost Carreño, O.       | Encuentro Federal          |
| 6638-D-2025 | 20/11/2025 | Nieri, L.               | UCR – Unión Cívica Radical |
| 0622-D-2026 | 18/03/2026 | Estévez, G. B.          | Unión por la Patria        |
| 2408-D-2026 | 26/05/2026 | Paulón, E.              | Provincias Unidas          |
| S-0913/2026 | 27/05/2026 | Moisés, M. C.           | Convicción Federal         |
| 2487-D-2026 | 28/05/2026 | Trotta, N. A.           | Unión por la Patria        |
| 2721-D-2026 | 08/06/2026 | Capozzi, S. E.          | Provincias Unidas          |

Para tener una idea de qué están pensando nuestros representantes, vamos a sintetizar las características de las normas que se proponen, y que hasta el momento no han sido debatidas.

Todos los proyectos disponen la intervención y responsabilidad médica e incluyen también la posibilidad de muerte asistida (autoadministración). De igual manera todos prevén la figura de objeción de conciencia para los profesionales de la salud.

Cuatro de los proyectos establecen que los solicitantes deben ser mayores de 18 años (Trotta, Estévez, Cobos, Capozzi), los demás admiten un límite en los 16 años y/o incluyen procedimientos especiales para menores de esa edad.

Como causales para la solicitud los proyectos mencionan enfermedades graves o incurables y/o padecimientos crónicos, físicos o psíquicos; en dos casos se considera explícitamente la valoración subjetiva del solicitante respecto de ese sufrimiento, y solo en un caso se menciona como condición la imposibilidad de alivio a nivel tolerable con cuidados paliativos u otras medidas (Paulón). También un proyecto (Capozzi) excluye como motivos exclusivos la edad, discapacidad, soledad, situación socioeconómica, carga para terceros o salud mental no asociada.

En cuanto al mecanismo de solicitud los requerimientos más frecuentes son la manifestación por escrito, la presencia de testigos, y la reiteración del pedido (con entre una y dos semanas de separación). Casi todos los proyectos prevén alguna modalidad de ratificación previa (no el de Pichetto), y en todos los casos se establece la revocabilidad.

Solo tres proyectos incluyen la necesidad de intervención previa de servicios de cuidados paliativos (Paulón, Estévez, Capozzi), aunque otros establecen la obligación del ofrecimiento del abordaje paliativo como condición que el solicitante podrá rechazar.

Todos los proyectos establecen la intervención de varios profesionales de la salud, no solo médicos, en forma explícita más frecuentemente psicólogos, paliativistas en los casos mencionados, trabajo social (Moisés) y en dos proyectos enfermería (Trotta, Capozzi). Ocho de los proyectos prevén la conformación de Comisiones especiales, nacionales y/o jurisdiccionales que deberán intervenir en distintos momentos del proceso de autorización de los procedimientos, pero ninguno refiere a la Ley 24.742 de Comités Hospitalarios de Ética / Comités de Bioética.

Casi todos los proyectos establecen cobertura integral y gratuita con obligación para cualquier financiador del sistema de salud, siete específicamente disponen la inclusión en el PMO, un proyecto (Cobos) no lo incluye en el PMO, y tres no establecen cobertura ni financiamiento específico (Pichetto, Larraburu, Ardohain). ■

(\*) Médico Paliativista.



# VIII CONGRESO DE SALUD

ADECRA+CEDIM 2026

Desafíos y rediseño del sistema de salud



19 de agosto  
de 2026



Sheraton Pilar Hotel  
& Convention Center

Entrada libre y gratuita para el sector prestacional y empresas patrocinantes del evento.

*Te invitamos al evento más importante  
del sector de salud privada de la Argentina.*

UN DÍA DE DEBATE, APRENDIZAJE Y NETWORKING CON REFERENTES DE LA  
SALUD, LA GESTIÓN HOSPITALARIA Y LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA.

## EJES TEMÁTICOS



1

### SILVER ECONOMY / ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

Cambio demográfico, pirámide poblacional y la generación silver como oportunidad económica y social.



2

### GESTIÓN DEL TALENTO Y NUEVAS FORMAS DE TRABAJO

El envejecimiento del capital humano en salud y cómo gestionarlo con foco en equipos y liderazgo.



3

### TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD

IA en instituciones de salud, cirugía robótica, transformación digital del proceso quirúrgico e interoperabilidad.



4

### GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ESTRATEGIA

Organización, planificación sanitaria y ejes prácticos de gestión hospitalaria.



5

### ÉTICA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

El movimiento global EPIHC como marco para una salud ética.



6

### CONTEXTO ECONÓMICO Y GEOPOLÍTICO

Impacto del modelo económico argentino en el sector salud, geopolítica global y oportunidades para Argentina.



7

### POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL SECTOR SALUD

Demandas del sector privado al Estado y el futuro político-empresarial de la salud.

*¡Inscríbete ahora!*



SHERATON  
Pilar Hotel & Convention Center

### HOSPEDATE EN EL SHERATON PILAR HOTEL & CONVENTION CENTER

Aprovechá la tarifa preferencial exclusiva para asistentes del Congreso y disfrutá de una estadía excepcional en el hotel sede del evento.

[reservas@pilar.sheraton.com.ar](mailto:reservas@pilar.sheraton.com.ar)

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



# FINANCIAMIENTO EDUCATIVO Y SALUD

## LA RECOMPOSICIÓN SALARIAL TAMBIÉN SIGNIFICA GARANTIZAR PRESTACIONES



Por el Dr. Maximiliano Germán Ferreira (\*)

**D**urante los últimos años, la inflación sostenida, aunque ahora atenuada, pero acumulada, la aceleración de los costos prestacionales, y la siempre presente judicialización sanitaria configuraron un escenario de extrema complejidad para todos los financiadores del sistema. Sin embargo, dentro de ese universo, el sector vinculado al ámbito universitario -particularmente las obras sociales de trabajadores docentes y nodocentes- padeció un agravante singular: el retraso acumulado de la masa salarial sobre la cual se sostiene su esquema de financiamiento.

Se trata de una realidad que, aunque muchas veces queda invisibilizada detrás de la discusión estrictamente educativa, tiene una consecuencia directa sobre la sostenibilidad sanitaria. Porque en este subsistema, como en buena parte del modelo solidario argentino, salario y salud son dos caras de una misma moneda.

Las recientes actas paritarias suscriptas entre el Estado Nacional, el Consejo Interuniversitario Nacional y las representaciones gremiales docentes y nodocentes vienen, de alguna manera, a reconocer formalmente una situación que los administradores de la seguridad social venían señalando desde hace tiempo: el retraso salarial acumulado y la necesidad impostergable de recomposición no sólo para recuperar poder adquisitivo, sino para recomponer integralmente el funcionamiento de un sistema que había comenzado a mostrar signos evidentes de agotamiento. Así lo reflejan las actas del mes de junio de 2026, donde se acuerda una actualización del 24,33% y se reconoce expresamente la necesidad de revisar desfasajes anteriores y continuar con revisiones periódicas conforme la evolución del índice inflacionario.

Pero la relevancia de estas decisiones excede la cuestión salarial. Existe una dimensión menos visible, aunque igual de determinante: la del financiamiento sanitario.

Las obras sociales universitarias y sindicales del sector tienen una lógica financiera simple, su principal fuente de recursos está compuesta por aportes y contribuciones calculados sobre la masa salarial. Esto significa que cuando los salarios pierden poder real

frente a la inflación, también lo hace la capacidad financiera del sistema de salud que depende de ellos. El problema es que los costos prestacionales no esperan.

Mientras las discusiones por la ley de financiamiento educativo atravesaban sucesivas dilaciones, impugnaciones y recursos judiciales promovidos por el Poder Ejecutivo Nacional, los financiadores del sistema continuaron afrontando la totalidad de las obligaciones asistenciales. No hubo pausa en la cobertura. No hubo suspensión de tratamientos. No hubo tregua para la enfermedad.

Los medicamentos de alto costo siguieron aumentando. Las prestaciones por discapacidad continuaron expandiéndose. Las internaciones, tratamientos oncológicos, terapias de salud mental y prácticas de alta complejidad mantuvieron su curva ascendente de costos. Todo ello en un contexto de salarios claramente atrasados.

Ese descalce generó una ecuación difícil de sostener, obligaciones dinámicas costeadas con ingresos prácticamente estáticos, endeudamiento de los financiadores -haciendo esfuerzos para mantener la cantidad y calidad de prestaciones-. La discusión por la ley de financiamiento educativo no fue, como muchas veces se planteó, una discusión sectorial limitada al ámbito universitario. Fue también una discusión de seguridad social.

Cada mes de retraso en la actualización de salarios implicó, automáticamente, menor recaudación para las obras sociales. Cada instancia judicial que dilataba la efectiva aplicación de mecanismos de recomposición presupuestaria se traducía en un impacto concreto sobre la caja sanitaria. Mientras el conflicto institucional seguía su curso, las obras sociales debían seguir garantizando la cobertura integral de sus afiliados.

Ese esfuerzo fue enorme. Y muchas veces silencioso. Se absorbieron déficits operativos. Se renegociaron contratos con prestadores. Se revisaron consumos. Se implementaron auditorías más estrictas. Se centralizaron procesos administrativos y se racionalizaron estructuras para sostener el equilibrio. Todo ello con un único objetivo: evitar que el deterioro económico impactara sobre el beneficiario.

Porque la salud no admite espera. A diferencia de otras áreas, el sistema sanitario trabaja bajo una lógica de inmediatez. Una cirugía no puede posponerse porque haya un conflicto presupuestario. Un medicamento oncológico no puede suspenderse hasta que se resuelva una cautelar. Un tratamiento de discapacidad no puede interrumpirse por falta de actualización salarial.

Y es justamente esa rigidez prestacional la que vuelve indispensable la previsibilidad financiera. Por eso la recomposición acordada, debe ser leída como algo más profundo que una mera actualización de haberes.

Cuando aumenta la masa salarial, aumentan los aportes. Cuando aumentan los aportes, mejora la liquidez del sistema. Y cuando mejora la liquidez, se fortalece la capacidad de sostener prestaciones, pagar prestadores en tiempo y forma, ampliar redes de atención y reducir niveles de conflictividad. -La cadena es directa-.

A ello se suma otro punto central que surge del acuerdo general: la recomposición presupuestaria específica para hospitales universitarios.

La decisión de incrementar la partida destinada a estas instituciones constituye un dato de enorme relevancia. Los hospitales universitarios no son solamente centros asistenciales; son también espacios de formación profesional, investigación y producción de conocimiento. Su debilitamiento impacta sobre toda la red sanitaria.

Fortalecerlos, en consecuencia, no sólo mejora la capacidad

“ Porque la salud no admite espera. A diferencia de otras áreas, el sistema sanitario trabaja bajo una lógica de inmediatez. Una cirugía no puede posponerse porque haya un conflicto presupuestario. ”

de respuesta propia del sistema universitario, sino que descomprime demanda sobre otros efectores públicos y privados. Es, en definitiva, una inversión sanitaria.

Ahora bien, sería ingenuo pensar que esta recomposición resuelve por sí sola el problema estructural.

Los niveles de atraso acumulado, la inflación residual, la litigiosidad y el permanente incremento del costo médico obligan a sostener una política de actualización sostenida. La propia lógica de las actas paritarias así lo reconoce al establecer revisiones trimestrales y mecanismos de seguimiento.

Ese dato es central. Si algo dejó claro la disputa reciente es que el financiamiento sanitario no puede depender de discusiones esporádicas ni de soluciones tardías. Necesita continuidad y previsibilidad, ya que como dije la salud no puede financiarse a destiempo.

En ese sentido, las paritarias periódicas aparecen no sólo como una herramienta de recomposición laboral, sino como un mecanismo indirecto de protección sanitaria.

Y esto obliga a repensar el vínculo entre política salarial y política de salud.

Durante mucho tiempo ambas discusiones fueron abordadas como compartimentos estancos, cuando en realidad forman parte de una misma estructura de sostenimiento social. Lo que hoy ocurre en el ámbito universitario lo demuestra con claridad.

La mejora salarial no sólo beneficia al trabajador en su ingreso directo. También fortalece la obra social que lo cubre, mejora la capacidad prestacional y preserva el acceso a la salud de toda su familia.

Muchas veces vemos que el debate público suele reducirse a variables fiscales de corto plazo, pero es indispensable entender que detrás de cada partida presupuestaria hay estructuras esenciales que sostienen derechos básicos. Y entre esos derechos, la salud ocupa un lugar central.

La recomposición salarial y presupuestaria del sistema universitario son, sin dudas, un alivio para un sector que venía soportando un retraso crítico. Lo reconocen las propias actas a las que hice referencia más arriba. Lo reflejan los números. Y lo confirma la experiencia cotidiana de quienes administran, financian y sostienen el sistema.

La recuperación de cierto equilibrio permite proyectar una mejora en la sustentabilidad del modelo. No es la solución definitiva, pero sí es un comienzo de recomposición. Y en un sistema que durante mucho tiempo funcionó al límite, recuperar margen de maniobra no es un dato menor.

Es, quizás, la condición mínima indispensable para seguir garantizando lo más importante: que la salud siga siendo un derecho efectivamente accesible y no una promesa condicionada por la coyuntura económica o política. ■

(\*) Especialista en derecho sanitario y financiamiento del sistema de salud



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INSCRIPCIÓN ABIERTA 2026

## TU FUTURO EMPIEZA HOY

### CARRERAS DE GRADO

- ◆ Medicina
- ◆ Odontología
- ◆ Lic. en Nutrición
- ◆ Lic. en Kinesiología y Fisiatría
- ◆ Lic. en Enfermería
- ◆ Lic. en Criminalística
- ◆ Lic. en Fonoaudiología
- ◆ Farmacia **NUEVA**
- ◆ Bioquímica **NUEVA**
- ◆ Ciclo Lic. Hemoterapia e Inmunohematología

¿Listo para empezar?

**RESERVÁ TU LUGAR**

INSCRIBITE AHORA >

uca.edu.ar/ingreso - ingreso@uca.edu.ar



ESCANEA EL QR

UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA - BUENOS AIRES



# SEGUROS DE SALUD PRESTACIONALES UN NUEVO PARCHE PARA UN SISTEMA QUE NECESITA REFORMA INTEGRAL



Por el Dr. Rubén Torres <sup>(1)</sup> y  
el Dr. Víctor Hugo Ocampos <sup>(2)</sup>

La Superintendencia de Seguros habilitó, mediante la Resolución 258/2026, la comercialización de seguros de salud con cobertura prestacional. La medida fue presentada como una ampliación de opciones de acceso y una innovación del mercado asegurador. Pero debe leerse con cautela esta “innovación” que se incorpora sobre un sistema sanitario desordenado, desintegrado y jurídicamente heterogéneo, con subsistemas que se superponen, reglas regulatorias distintas y brechas persistentes entre cobertura formal y acceso efectivo. La novedad no es que existan productos aseguradores vinculados a eventos de salud, sino la habilitación de una modalidad prestacional dentro del régimen asegurador, que tensiona la frontera entre contrato de seguro y cobertura sanitaria integral. Una cobertura prestacional no puede ser evaluada solamente desde la lógica de la prima, el siniestro, la exclusión o la vigencia de la póliza. Requiere evaluar suficiencia de red, continuidad terapéutica, calidad del prestador, tiempos de respuesta, trazabilidad clínica, auditoría sanitaria y protección del paciente vulnerable.

El seguro comercial se basa en la clasificación, estadificación y fijación de tarifas del riesgo. Esa lógica, válida para muchos mercados, en salud puede colisionar con principios de solidaridad, universalidad y protección de población vulnerable. Así, introducir seguros prestacionales puede ampliar la cantidad de productos disponibles, pero no necesariamente mejorar la eficiencia ni la equidad, e incluso sumar costos de intermediación, aumento de la segmentación y el traslado de riesgos complejos hacia otros subsistemas, en un sistema en el cual el problema central no es únicamente el nivel agregado de gasto, sino su segmentación por fuentes, su distribución territorial, la heterogeneidad de recursos per cápita entre coberturas y la débil articulación entre financiamiento y resultados sanitarios.

Un contrato de seguro, como una cartilla o una promesa de prestación, solo garantizan cobertura nominal. La cobertura efectiva es el acceso oportuno, seguro y continuo a la atención necesaria, y la distancia entre ambas es uno de los problemas centrales del sistema argentino.

Sin canasta mínima obligatoria equivalente, sin prohibición clara de selección de riesgos, sin compensación solidaria robusta

y sin integración regulatoria, las aseguradoras tienen incentivos para diseñar productos atractivos para población de bajo riesgo: jóvenes, personas sanas y segmentos con capacidad de pago, y el efecto posible es el descarte de riesgos favorables, dejando los riesgos complejos concentrados en obras sociales, PAMI, prepagas reguladas bajo exigencias sanitarias o directamente en el sistema público. El resultado no será más equidad, sino segmentación ampliada. La redistribución ajustada por riesgo debería evitar que cada actor capture población sana y derive riesgo complejo. La solidaridad no puede quedar fuera del diseño financiero.

El problema no es la existencia de seguros de salud, sino confundir póliza con sistema sanitario. La salud no funciona como un riesgo patrimonial simple. Una cobertura médica no se agota en pagar o no pagar una práctica: exige continuidad asistencial, red suficiente, oportunidad terapéutica, trazabilidad clínica, calidad, seguridad del paciente, protección ante enfermedades crónicas y mecanismos claros para resolver conflictos sin que la judicialización sea la vía normal de acceso. La propia resolución parece reconocer parcialmente ese problema cuando exige que, en las coberturas prestacionales, la aseguradora garantice la continuidad asistencial de asegurados bajo tratamiento médico o con diagnóstico confirmado. También dispone que la modificación, sustitución o baja de prestadores no puede impedir el acceso efectivo a prestaciones durante la vigencia de las pólizas. Sin embargo, la misma norma admite que, por las características particulares de estos seguros, puedan contemplarse exclusiones por enfermedades preexistentes tanto en pólizas individuales como colectivas. Esa tensión es el corazón del debate.

Argentina ya tiene un sistema de salud dividido en capas: sector público, obras sociales nacionales y provinciales, PAMI, medicina prepaga, mutuales, y gasto directo. Según el Censo 2022, el 60,9% de la población declaró contar con obra social o prepaga, incluyendo PAMI; el resto depende de programas estatales o de la cobertura pública como vía principal de atención. Esta matriz no expresa una universalidad integrada, sino una segmentación por condición laboral, nivel de ingreso, edad y territorio. La Resolución 258/2026 no ordena esa fragmentación, solo agrega un nuevo carril comercial. A diferencia de obras sociales y empresas de medicina prepaga, que se vinculan con el Programa Médico Obligatorio y con la Superintendencia de Servicios de Salud, las aseguradoras responden a una autoridad cuyo núcleo histórico es la regulación del contrato de seguro, la solvencia, las reservas técnicas y la protección del mercado asegurador. Ese saber regulatorio es necesario, pero no alcanza para gobernar prestaciones sanitarias complejas, y el riesgo es la asimetría regulatoria. Si una persona contrata un seguro de salud prestacional en la órbita de la SSN, puede creer que está comprando una cobertura equivalente a una prepaga. Pero jurídicamente no es necesariamente lo mismo. El régimen de medicina prepaga exige cobertura mínima del PMO y tiene reglas específicas sobre carencias, preexistencias, admisión y continuidad contractual. El régimen asegurador opera desde otra lógica: prima, riesgo, exclusiones, condiciones contractuales y vigencia de póliza. Esa diferencia puede ser invisible para el consumidor hasta el momento en que necesita usar la cobertura.

Otro riesgo es financiero y sistémico: el seguro comercial tiende naturalmente a segmentar riesgos. Sin reglas equivalentes de canasta básica, solidaridad y compensación, puede captar población más joven, sana y de ingresos medios, dejando pacientes

crónicos, adultos mayores, personas con discapacidad y enfermedades de alto costo en los subsistemas ya tensionados. En economía de la salud esto se conoce como selección de riesgos o cream-skimming. En términos simples: los riesgos livianos se vuelven negocio; los pesados quedan para la seguridad social, el hospital público o la justicia.

Hay un riesgo prestacional. La resolución habla de continuidad asistencial, pero no crea una arquitectura sanitaria completa para fiscalizar suficiencia de red, calidad de prestadores, tiempos máximos de respuesta, continuidad post póliza, derivaciones, auditoría clínica, historia clínica integrada o mecanismos especializados de resolución de conflictos. Decir que la aseguradora debe arbitrar medios para garantizar continuidad es importante, pero no resuelve quién define si una red es suficiente, quién audita su calidad, qué pasa cuando no hay prestador equivalente en la zona, ni cómo se protege al paciente en tratamientos prolongados.

Hay además una dimensión casi ausente en la discusión pública: calidad y seguridad del paciente. Argentina no carece de herramientas de calidad. Existen experiencias nacionales, entidades de evaluación externa, el SINECAS, el CENAS, ITAES, programas ministeriales, sociedades científicas y equipos hospitalarios y sanatoriales que trabajan seriamente en acreditación, seguridad y mejora. El problema es que el sistema de financiamiento no premia de manera estructural a quienes miden, publican, acreditan, reducen daño evitable y sostienen estándares. Tampoco castiga de forma consistente la ausencia de transparencia o de gestión del riesgo.

Una reforma sanitaria sería debería conectar cobertura con resultados, y premiar medición confiable, publicación transparente, reducción ajustada de daño evitable, cultura de reporte, acreditación progresiva, mejora de infecciones asociadas al cuidado de la salud, reinternaciones evitables, identificación segura del paciente y experiencia del usuario. La Resolución 258/2026 tampoco avanza en esa dirección.

Por eso la medida no puede leerse como una modernización sanitaria, sino como un parche regulatorio. Puede generar productos más baratos para algunos segmentos, pero también multiplicar coberturas nominales de alcance limitado. Puede ampliar la oferta, pero no necesariamente el acceso efectivo. Puede introducir competencia, pero también selección de riesgos. Puede ordenar contratos, pero no garantizar atención segura.

La pregunta de fondo no es si las aseguradoras pueden participar o no en salud. La pregunta es bajo qué reglas. Si van a vender cobertura prestacional, deberían operar con garantías sanitarias equivalentes: canasta mínima, suficiencia de red, continuidad asistencial, estándares de calidad, auditoría clínica y mecanismos de pago que premien resultados. Sin eso, el sistema suma un actor más, pero no suma seguridad.

Argentina no necesita más fragmentación con lenguaje de innovación. Necesita una reforma integral que defina qué debe cubrirse, como se financia, quién regula y audita, quién responde ante incumplimientos y cómo se garantiza calidad, seguridad y acceso para todos los ciudadanos, independientemente de su ingreso lugar de hábitat o de nacimiento.

Una póliza puede ser un contrato válido en un sistema ordenado, como lo debiera ser una medicina prepaga complementaria o suplementaria. Pero un nuevo contrato de seguro que garantice acceso a servicios, no equivale a un sistema sanitario, que debe garantizar mejora de las condiciones de salud, acceso equitativo y protección financiera; tampoco a una reforma. ■

(1) Presidente de IPEGSA.  
(2) Jefe del Departamento de Calidad del Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría.



**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**



# ANÁLISIS DE LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA RESOLUCIÓN N° 951/2026 DE LA SSSALUD AL PROCEDIMIENTO GENERAL DE DENUNCIAS, FALTAS FORMALES Y SANCIONES APROBADO POR LA RESOLUCIÓN N° 951/20



Por el Dr. José Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados

## I. Introducción

El sistema de salud privado y de la seguridad social en la República Argentina asiste a una profunda reconfiguración en sus mecanismos de control estatal. Con la reciente publicación de la **Resolución N° 951/2026** por parte de la **Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud)**, se modifica parcialmente el Procedimiento General de Denuncias, Faltas Formales y Sanciones que había sido aprobado apenas un año antes mediante la Resolución N° 951/2025.

Esta nueva norma, sustituye por completo sus Anexos I, II y III con vigencia inmediata. Para las Obras Sociales (OS) y las Entidades de Medicina Prepaga (EMP), la medida redefine las reglas de juego en su rol de sujetos fiscalizados, introduciendo un estándar de mayor previsibilidad formal, pero consolidando a la vez un modelo punitivo integrado que exige una máxima rigurosidad institucional en la gestión de los expedientes administrativos.

## II. Reestructuración del procedimiento

La reforma reestructura la secuencia del trámite sumarial mediante la incorporación de dos herramientas documentales integradas al sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE), denominadas **INTIMA** y **CONSTA**. Su implementación persigue el objetivo de transparentar la trazabilidad de los expedientes, eliminando las antiguas prácticas de intimación informal.

- **INTIMA (Intimación de Cumplimiento Regulatorio):** se constituye como un requerimiento formal obligatorio dictado cuando el análisis técnico del organismo detecta el presunto incumplimiento de una obligación normativa, contractual o prestacional. Requiere la firma conjunta del analista interviniente y un funcionario con rango de subgerente o superior.
- **CONSTA (Constancia de Estado y Actuación):** es un certificado electrónico de trazabilidad que emite de oficio la SSSalud para documentar la emisión del INTIMA, la existencia o ausencia de responde por parte de la entidad y la categorización técnica de su estado de cumplimiento. Este instrumento goza de presunción de autenticidad e integridad, haciendo plena fe en el expediente.

## III. El nuevo régimen de presunciones: un avance en el derecho de defensa

Uno de los puntos de mayor litigiosidad bajo la vigencia de la norma de 2025, radicaba en el automatismo con el que la SSSalud aplicaba presunciones de culpabilidad ante el silencio o las respuestas consideradas evasivas. El artículo 2° de la Resolución N° 951/2026 introduce una modificación sustancial al explicitar el carácter **iuris tantum** (que admite prueba en contrario) de dichas presunciones.

A partir de esta reforma, las omisiones de las entidades ya no operan como verdades absolutas e inmediatas de infracción, sino como **indicios calificados de incumplimiento**. La autoridad de control queda obligada a valorar estos indicios en conjunto con las constancias globales de la causa, el informe técnico sectorial y una motivación específica del acto administrativo sancionatorio.

Asimismo, la norma impone límites a la arbitrariedad fiscalizadora al exigir que cualquier dictamen que califique el descargo de una OS/EMP como “*respuesta insuficiente*” deba estar fundado expresamente en aspectos documentales, registrales o normativos concretos que la entidad haya omitido. Por otra parte, en el ámbito de las faltas formales, se añade una causal de cesación de la presunción: esta cederá si la propia Administración puede verificar el cumplimiento de la obligación a través de constancias oficiales disponibles en sus sistemas, consagrando el principio de simplificación administrativa.

## IV. El nomenclador de sanciones: de la casuística a las categorías funcionales

El reemplazo total del Anexo III redefine la matriz punitiva del organismo. Se abandona el antiguo catálogo de 44 conductas típicamente enumeradas y se adopta un esquema simplificado de **7 categorías funcionales** con módulos base fijos:

Tabla de Categorías Infracionales y Módulos Base

| Categoría / Infracción       | Conducta Compreendida                                                                                                  | Módulos Base |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. Cumplimiento posterior    | Acreditación de la obligación de forma tardía, una vez vencido el plazo otorgado en el INTIMA.                         | 4            |
| 2. Deber de información      | Omisión, demora o presentación inexacta, incompleta o no veraz de datos, reportes o balances.                          | 12           |
| 3. Deberes formales          | Incumplimiento de pautas organizacionales, registros institucionales o condiciones de funcionamiento.                  | 15           |
| 4. Órdenes de la SSSalud     | Desobediencia a instrucciones o requerimientos emitidos mediante actos administrativos particulares.                   | 15           |
| 5. Obligaciones operativas   | Fallas en circuitos de atención, autorización o derivación que afecten la continuidad, sin vulnerar derechos directos. | 22           |
| 6. Derechos de beneficiarios | Acciones u omisiones que lesionen la cobertura, afiliación, permanencia o no discriminación de los usuarios.           | 22           |
| 7. Obligaciones económicas   | Incumplimientos financieros o patrimoniales que generen perjuicios, tales como cobros indebidos.                       | 22           |

**Definición de Módulo:** cada módulo equivale al monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del Régimen Nacional de Jubilaciones y Pensiones vigente al momento del pago efectivo de la multa.

# Graduación: atenuantes, agravantes y reincidencia

Por primera vez, se regulan de forma automática parámetros de graduación que permiten restar o sumar hasta **5 módulos** al valor base. Los **atenuantes** valoran la subsanación espontánea previa al INTIMA, la colaboración efectiva y el error material excusable. En contrapartida, los **agravantes** computan la urgencia del caso, el riesgo para la vida o la salud, la afectación de grupos especialmente vulnerables, la resistencia al control y el alcance sistémico de la falta.

La reincidencia abandona las escalas automáticas previas; para ser considerada como agravante (reiteración), la nueva infracción de igual naturaleza debe cometerse dentro de los 12 meses desde que la sanción anterior adquirió firmeza en sede administrativa.

## V. Aspectos críticos que persisten para las OS y EMP

A pesar de los indudables avances en materia de debido proceso, el nuevo marco normativo consolida ciertos aspectos de alta complejidad y riesgo institucional:

- **Inversión de la carga de la prueba:** se mantiene el principio rector por el cual el sujeto fiscalizado es quien debe demostrar fehacientemente su apego a la norma. La SSSalud ahora debe motivar mejor sus rechazos, pero la carga inicial permanece invertida.
- **Sanción al cumplimiento extemporáneo:** regularizar la situación bajo el apercibimiento del INTIMA ya no extingue la acción sancionatoria. Esta conducta encuadra de forma automática en la Categoría 1, conllevando una multa fija de 4 módulos.
- **El riesgo de acumulación de categorías y los límites legales:** al contar con categorías tan amplias, existe un riesgo intrínseco de que el organismo intente subsumir un único evento en múltiples infracciones concurrentes. Frente a esta contingencia, adquieren vital relevancia los topes legales vigentes:

Para los **Agentes del Seguro de Salud (Obras Sociales)**, el artículo 29 de la Ley N° 23.660 impone un límite máximo infranqueable de **100 módulos** por sanción, el cual prevalece sobre cualquier acumulación reglamentaria que pretenda aplicar la SSSalud. Para las **Entidades de Medicina Prepaga**, rigen los topes de la Ley N° 26.682 (mínimo de tres veces el valor promedio de las cuotas y máximo del 30% de la facturación del ejercicio anterior), recayendo sobre la firma sancionada la carga de acreditar documentalmente dicho techo financiero.

## VI. Giro favorable en el cómputo de plazos y derecho transitorio

El cambio operativo con mayor impacto positivo en el día a día de las asesorías jurídicas es la conversión de los plazos procesales, que mutan de días corridos a **días hábiles administrativos**. El traslado inicial en procesos de denuncia se fija en 5 días hábiles, mientras que para las faltas formales se extiende a 10 días hábiles, plazos idénticos a los otorgados para responder los requerimientos del instrumento INTIMA. Esta modificación neutraliza el efecto distorsivo de los fines de semana y feriados, otorgando un marco de tiempo realista para la confección de descargos técnicos rigurosos.

Por último, el artículo 10 establece una cláusula de retroactividad benigna en materia punitiva: el nuevo nomenclador resulta plenamente aplicable a los trámites en curso que carezcan de un acto sancionatorio firme, beneficiando a aquellas entidades cuyos expedientes se sustentaban bajo las gravosas escalas de reincidencia del ordenamiento de 2025.

Cuadro comparativo — Régimen sancionatorio

| Aspecto                                         | Res. 951/2025                                                                                                                                                  | Res. 951/2026 (modificación)                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plazos de respuesta al traslado                 | 5 días corridos (proceso de denuncia). No diferenciaba entre tipos de proceso.                                                                                 | 5 días hábiles administrativos (denuncia). 10 días hábiles administrativos (faltas formales). Armonizado con la LPA.                                                                                                                                                                                 |
| Cómputo de plazos                               | Días corridos (corría fines de semana y feriados).                                                                                                             | Días hábiles administrativos como regla general. Solo se admiten días corridos con disposición expresa en contrario.                                                                                                                                                                                 |
| INTIMA (Intimación de Cumplimiento Regulatorio) | No existía. El traslado inicial era el único requerimiento formal.                                                                                             | Se incorpora como instrumento transversal obligatorio. Requiere firma conjunta (analista + subgerente o superior). Opera en denuncia y en faltas formales. Plazo: 6 días hábiles (denuncia) / 10 días hábiles (faltas formales).                                                                     |
| CONSTA (Constancia de Estado y Actuación)       | No existía.                                                                                                                                                    | Se incorpora como certificado electrónico de trazabilidad. Se emite de oficio en todos los expedientes donde se cursó INTIMA. Goza de presunción de autenticidad y legitimidad. En denuncia: se notifica al beneficiario automáticamente. En faltas formales: se vincula al expediente.              |
| Naturaleza de las presunciones                  | Presunciones operaban automáticamente ante silencio o respuesta insuficiente/evasiva. Sin calificación expresa del carácter iuris tantum.                      | Se explicita que las presunciones tienen carácter iuris tantum. Operan como 'indicios calificados' y deben ser valoradas con las constancias del expediente, informe técnico y motivación específica del acto sancionatorio. La calificación de 'respuesta insuficiente' debe fundarse expresamente. |
| Presunciones – proceso de faltas formales       | La presunción solo cedía si el agente demostraba cumplimiento en tiempo y forma o que la obligación no era exigible.                                           | Se agrega una tercera causal de cesación: cuando la Administración pueda verificar directamente el cumplimiento mediante constancias oficiales disponibles.                                                                                                                                          |
| Cumplimiento posterior a la INTIMA              | No estaba tipificado expresamente como categoría diferenciada.                                                                                                 | Se regula como 'regularización extemporánea'. No impide la valoración de la conducta del obligado ni la aplicación de la consecuencia administrativa. Se sanciona con 4 módulos (categoría 1 del nuevo nomenclador).                                                                                 |
| Nomenclador de sanciones                        | 44 conductas tipificadas, agrupadas en faltas leves, moderadas y graves. Sistema de sanciones progresivas por reincidencia con escala hasta 64/100 módulos.    | Rediseño completo: 7 categorías funcionales con módulos base fijos (4 a 22 módulos). Sin escala automática de reincidencia: la reiteración opera como agravante dentro de un rango de hasta ±5 módulos. Prohibición expresa de doble multa por el mismo hecho.                                       |
| Plazo de resolución total del procedimiento     | 30 días hábiles desde la notificación fehaciente del traslado.                                                                                                 | Se mantiene el plazo de 30 días hábiles pero el procedimiento se reestructura internamente con la incorporación del INTIMA y el CONSTA como hitos intermedios.                                                                                                                                       |
| Atenuantes y agravantes                         | No existían como figura autónoma. Solo la reincidencia operaba como agravante automático con escalas fijas.                                                    | Se incorporan expresamente: atenuantes (subsanación espontánea anterior a INTIMA, colaboración, error excusable) y agravantes (urgencia, riesgo de vida, grupos vulnerables, documentación no veraz, resistencia al control). Cada uno puede modificar la multa base en hasta ±5 módulos.            |
| Reincidencia                                    | Operaba como agravante automático con escalas progresivas fijas en el nomenclador.                                                                             | Se redefine: misma infracción dentro de los 12 meses desde que la sanción anterior quedó firme. No genera aplicación múltiple de sanciones por mismo hecho, sino que opera como pauta de graduación.                                                                                                 |
| Notificaciones electrónicas                     | Válidas desde su emisión. Plazo corría desde el día siguiente a la recepción.                                                                                  | Válidas desde su recepción conforme al régimen aplicable. El plazo corre desde el día hábil administrativo siguiente.                                                                                                                                                                                |
| Trámites en curso                               | Continúan bajo normas anteriores. Posibilidad de reconducción al nuevo régimen por acuerdo entre áreas, sin previsión expresa del consentimiento de la OS/EMP. | Continúan según estado procesal. Nuevo Anexo III aplicable a procedimientos con acto sancionatorio firme, en tanto compatible con la normativa legal y el principio de proporcionalidad.                                                                                                             |

## VII. Una curiosidad

Una curiosidad, la resolución en análisis excluyó, sin explicación alguna, a los prestadores como sujetos pasivos de sanciones.

## VIII. Conclusiones

La Resolución N° 951/2026 equilibra la balanza procedimental al incorporar estándares de la Ley de Procedimientos Administrativos (LPA), pero no resigna el espíritu fiscalizador y punitivo del Estado. Acompañamos cuadro comparativo con las modificaciones más relevantes.

Para subsistir con éxito ante este entorno regulatorio, las OS y EMP deberán adoptar cuatro directrices estratégicas de forma perentoria:

1. **Auditoría de notificaciones:** robustecer los sistemas internos de monitoreo de domicilios electrónicos constituidos, dado que las notificaciones son válidas desde su recepción y los plazos perentorios computan a partir del día hábil administrativo siguiente.
2. **Descargos exhaustivos y tempranos:** desterrar la práctica de responder formalmente los traslados iniciales con textos genéricos. Toda la prueba documental y técnica de cumplimiento debe ser introducida en la primera oportunidad procesal, evitando llegar a la instancia del INTIMA.
3. **Activación de la subsanación espontánea:** instrumentar canales de auditoría interna médica y administrativa que identifiquen desvíos prestacionales de forma previa a la intervención estatal. La regularización antes de la emisión del INTIMA opera hoy como un atenuante formal que reduce sustancialmente el impacto económico de las multas.
4. **Control de topes legales y acumulación:** ante resoluciones sancionatorias complejas que pretendan aplicar penalidades concurrentes, los departamentos legales deberán invocar de manera automática el límite de los 100 módulos de la Ley N° 23.660 o los parámetros de facturación de la Ley N° 26.682 para frenar excesos de punición por la vía recursiva. ■



# EL DESAFÍO DEL BUEN MORIR, ENTRE LA DIGNIDAD, LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y LOS LÍMITES DE LA MEDICINA



Por el Dr. Carlos Felice (\*)

**L**a medicina moderna ha logrado extender la expectativa de vida como nunca antes en la historia. Sin embargo, el aumento de los años vividos también nos enfrenta a nuevas preguntas éticas, sanitarias y humanas. Entre ellas, una de las más complejas es cómo acompañar el final de la vida cuando la mejora ya no es posible.

El debate sobre la eutanasia, la muerte digna y los cuidados paliativos exige menos consignas y más reflexión. Quizá haya llegado el momento de preguntarnos qué significa realmente acompañar a una persona en el último tramo de su existencia.

La salud suele asociarse naturalmente con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación. Quienes trabajamos en el sistema sanitario dedicamos gran parte de nuestros esfuerzos a preservar la vida, aliviar el sufrimiento y ampliar las oportunidades de bienestar de las personas. Sin embargo, existe una dimensión de la atención que históricamente ha quedado relegada en el debate público: la forma en que tratamos el final de la vida.

La muerte es una realidad inevitable para todos los seres humanos. Aun así, nuestras sociedades modernas han desarrollado una relación cada vez más distante con ella. En muchos casos, el proceso de morir ha quedado absorbido por la lógica hospitalaria, tecnológica y asistencial. Lo que durante siglos ocurrió en el ámbito familiar hoy suele desarrollarse en instituciones sanitarias, rodeado de procedimientos, dispositivos y protocolos.

Este fenómeno ha generado enormes avances médicos, pero también nuevos interrogantes. ¿Hasta dónde debe llegar el esfuerzo terapéutico cuando ya no existe posibilidad razonable de recuperación? ¿Cómo garantizar que el paciente conserve su autonomía y su dignidad? ¿Qué papel tienen la familia, los profesionales de la salud y las instituciones en ese momento? ¿Puede el sistema sanitario acompañar el final de la vida sin convertirlo exclusivamente en un problema técnico?

Estas preguntas cobran especial relevancia en un contexto de envejecimiento poblacional. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la cantidad de personas mayores de 60 años seguirá creciendo de manera sostenida durante las próximas décadas. Al mismo tiempo, aumentan las enfermedades crónicas, neurodegenerativas y oncológicas que requieren largos procesos de atención y acompañamiento.

En este escenario, la discusión sobre la eutanasia reaparece periódicamente en distintos países. Algunos han avanzado en su legalización bajo determinadas condiciones, mientras otros mantienen enfoques restrictivos o priorizan exclusivamente los cuidados paliativos. Más allá de las posiciones jurídicas o filosóficas que puedan adoptarse, se trata de un debate que merece ser abordado con seriedad, respeto y dignidad.

Con frecuencia, la conversación pública sobre la eutanasia queda atrapada en una falsa dicotomía. Por un lado, quienes la presentan como una expresión absoluta de autonomía individual. Por otro, quienes la consideran incompatible con la misión de la medicina. Sin embargo, la realidad suele ser mucho más compleja que cualquier simplificación.

Antes de discutir cómo debe actuar una sociedad frente a los casos más extremos, resulta imprescindible analizar si estamos garantizando adecuadamente algo más básico: el acceso universal a los cuidados paliativos.

La evidencia internacional muestra que millones de personas en todo el mundo atraviesan enfermedades avanzadas con dolor físico, sufrimiento emocional y escaso acompañamiento especializado. La propia OMS sostiene que los cuidados paliativos constituyen un componente esencial de los sistemas de salud y un derecho de las personas que enfrentan enfermedades que amenazan la vida.

Su objetivo no es acelerar ni tratar la muerte. Su finalidad es aliviar el sufrimiento, controlar síntomas, brindar apoyo psicológico, social y espiritual, y acompañar tanto al paciente como a su familia durante todo el proceso.

Cuando estos dispositivos funcionan adecuadamente, muchas de las angustias asociadas al final de la vida encuentran respuestas concretas. El dolor puede ser tratado. La ansiedad puede ser contenida. Los temores pueden ser escuchados. Las decisiones pueden ser conversadas. La persona puede recuperar parte del control sobre una situación que suele vivirse con enorme vulnerabilidad.

Sin embargo, la disponibilidad de estos servicios continúa siendo insuficiente en numerosos sistemas sanitarios. La Argentina ha dado pasos importantes con la sanción de la Ley Nacional de Cuidados Paliativos y con el reconocimiento de los derechos vinculados a la muerte digna. No obstante, persisten desigualdades territoriales, limitaciones en la formación profesional y dificultades de acceso que todavía deben ser abordadas.

“La salud suele asociarse naturalmente con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación. Quienes trabajamos en el sistema sanitario dedicamos gran parte de nuestros esfuerzos a preservar la vida, aliviar el sufrimiento y ampliar las oportunidades de bienestar de las personas.”

Por eso, cuando hablamos del buen morir, probablemente el punto de partida no deba ser la discusión sobre cómo provocar la muerte, sino cómo evitar el sufrimiento innecesario durante la vida que resta.

Existe otro aspecto que merece atención. La medicina contemporánea dispone de recursos tecnológicos extraordinarios capaces de prolongar funciones biológicas durante períodos prolongados. Sin embargo, la posibilidad técnica de realizar una intervención no implica necesariamente que dicha intervención sea siempre adecuada para el paciente.

Desde hace años, la bioética advierte sobre los riesgos de la denominada obstinación terapéutica o encarnizamiento terapéutico. Se trata de situaciones en las que se aplican medidas desproporcionadas que prolongan procesos irreversibles sin expectativas razonables de mejoría, generando sufrimiento adicional para la persona y su entorno.

Reconocer los límites de la medicina no significa abandonar al paciente. Por el contrario, implica comprender que cuidar adopta distintas formas según el momento que atraviesa cada persona. Hay etapas en las que curar es el objetivo principal. Hay otras en las que acompañar, aliviar y respetar la voluntad del paciente se convierten en la expresión más profunda del cuidado.

La seguridad social tiene mucho para aportar en este terreno. Tradicionalmente se la ha concebido como un mecanismo de protección frente a contingencias como la enfermedad, la discapacidad o la vejez. Pero también puede desempeñar un papel relevante en la promoción de una atención integral durante el final de la vida.

Esto supone fortalecer redes de cuidados paliativos, facilitar dispositivos de internación domiciliaria cuando las condiciones lo

permitan, brindar apoyo psicológico a las familias, promover la capacitación de los equipos de salud y garantizar que las personas conozcan efectivamente los derechos que la legislación les reconoce.

También implica recuperar una dimensión muchas veces olvidada: la conversación. Mencionar la muerte continúa siendo un tema difícil para pacientes, familiares y profesionales. Sin embargo, evitar esas conversaciones no elimina los problemas; simplemente posterga decisiones que suelen volverse más difíciles cuando las circunstancias son críticas.

La dignidad humana no depende únicamente de la capacidad de curarse. También se expresa en la posibilidad de ser escuchado, respetado y acompañado cuando la curación ya no es posible.

El debate sobre la eutanasia continuará presente en las próximas décadas. Es probable que las sociedades sigan explorando distintas respuestas frente a situaciones excepcionales y profundamente dolorosas. Pero cualquiera sea la posición que se adopte sobre ese tema, existe un consenso cada vez más amplio acerca de una cuestión fundamental: ninguna persona debería enfrentar el final de su vida con dolor evitable, abandono del sistema de salud.

Quizá el verdadero desafío de nuestros sistemas de salud no sea únicamente prolongar la vida, sino garantizar que cada etapa de ella, incluida la última, pueda transitarse con humanidad, respeto y dignidad.

Porque cuidar no consiste solamente en agregar días a la vida. También consiste en agregar vida a los días que quedan. ■

**(\*) 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).**



LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

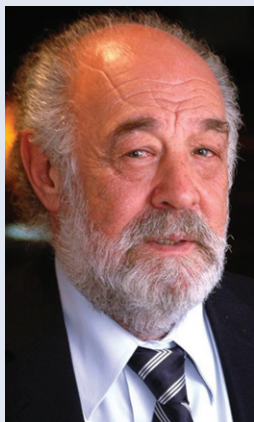
CAPACITACION

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)



# ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DEPENDENCIA TECNOLÓGICA



*"El hombre no tiene naturaleza, sino que tiene historia (...) es una encrucijada del Universo y de él parten vías hacia todo lo demás".*  
**José Ortega y Gasset**

Por el Dr. Ignacio Katz (\*)

**E**l Gobierno ha impulsado recientemente una nueva reglamentación que *obliga a registrar* los casos de insuficiencia renal y cáncer, incorporándolos al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud. Como cualquier medida que apunta a un mayor registro y prevención es sumamente positiva, y desde luego, se trata de enfermedades claves de la sanidad. Pero al mismo tiempo, si no es acompañado de las herramientas logísticas, profesionales y administrativas, la iniciativa quedará a mitad de camino, desperdiciando su potencial.

En más de una ocasión hemos advertido lo falaz de gestionar la salud con normativas que no se traducen en procedimientos concretos, como si se tratara de sacar una ley por cada enfermedad. Desde luego que la gestión sanitaria debe contar con un marco jurídico claro, pero su centralidad pasa por el ejercicio profesional sostenido sobre estructuras físicas (edilicias, instrumentales, insumos) y organizativas (articulación entre efectores, comunicación intrainstitucional, coordinación en red, y un largo etcétera) adecuadas y actualizadas. Ello requiere, además, capacidades de planificación estratégica, gobernanza institucional, monitoreo evaluatorio y conducción operativa que permitan integrar recursos, anticipar escenarios, ordenar prioridades y garantizar respuestas eficientes en contextos de creciente complejidad sanitaria.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) muestra un aumento sostenido a nivel mundial, lo que llevó a la OMS a considerarla una prioridad de salud pública. Actualmente es la novena causa de muerte y se proyecta que podría ubicarse entre las cinco primeras hacia 2040. En Argentina, se estima que 1 de cada 8 adultos presenta algún grado de ERC, afectando a cerca de cinco millones de personas. Su evolución silenciosa genera un **elevado subdiagnóstico**, ya que muchos pacientes desconocen la enfermedad hasta etapas avanzadas.

Dado que el daño renal inicial suele ser silencioso, la enfermedad debe buscarse activamente mediante estudios simples de sangre y orina, lo cual no es difícil, pero necesita iniciativa y constancia médica. La detección se basa en la Tasa de Filtración Glomerular estimada, calculada a partir de la creatinina en sangre, y en el Cociente Albúmina-Creatinina urinario, que per-

mite identificar *daño renal precoz*. Estos estudios deberían darse con periodicidad en todas las personas a partir de los 50 años, y obviamente antes si existen otros factores de riesgo, como hipertensión, diabetes, obesidad y enfermedad cardiovascular. Tornándose prioritario, además, frente al persistente aumento del envejecimiento poblacional.

Desde los aportes fundacionales del francés Jean Hamburger, quien realizó en 1952 uno de los primeros trasplantes renales exitosos, y de su discípulo Gabriel Richet, pionero en diálisis, insuficiencia renal aguda y fisiología tubular, la nefrología moderna desarrolló las herramientas que transformarían el tratamiento de la enfermedad renal. En Argentina, ese impulso tuvo una rápida recepción: en 1955 Alfonso Ruiz Guiñazú realizó las primeras hemodiálisis con un riñón artificial construido en el país, y en 1968 comenzó la hemodiálisis crónica en el CEMIC, a cargo de Félix Etchegoyen, Luis Jost y Mario Turin.

La consolidación de la especialidad estuvo estrechamente ligada a la visita de Hamburger en 1960 y al curso que dictó en Buenos Aires, considerado un hito para la institucionalización de la nefrología argentina. En ese contexto sobresalieron Víctor R. Miatello y su grupo, junto con Oscar Morelli y Luis Moledo, quienes impulsaron la investigación clínica, la biopsia renal, la diálisis y la formación especializada, además de publicar uno de los primeros tratados argentinos en la materia. Ese mismo año se fundó la Sociedad Argentina de Nefrología, coincidiendo con el surgimiento de la nefrología moderna como especialidad a nivel mundial.

Hoy, frente a la profunda extranjerización industrial, la diálisis acentúa la dependencia externa, al depender de tecnologías e insumos importados que, además de encarecer los costos, profundizan una dependencia tanto material como cultural. Ya en 2007, según un informe del Ministerio de Salud de la Nación, en el Registro Argentino de Pacientes en Diálisis Crónica se contaban 25.000 personas; hoy ascienden a casi 40.000. El Registro de Centros de Diálisis indicaba entonces 471 unidades, de las cuales 394 eran privadas, entre multinacionales y pymes médicas.

Si nos concentramos en la parte privada vinculada al capital multinacional, vemos que estas empresas operan centros y producen insumos, integrando verticalmente el negocio y vendiendo a precios internacionales. El paciente queda así reducido a "cliente cautivo". La lógica de funcionamiento concentra servicios en zonas densamente pobladas, favorece circuitos intraempresa y puede derivar en dinámicas cuasi monopólicas, con un volumen económico significativo.

Entre los insumos importados para diálisis figuran monitores, bombas de agua, agujas de fístula, bicarbonato, cloruro de sodio, resinas de intercambio iónico y filtros, entre otros. Lo producido localmente (jeringas, vacunas antihepatitis B, hierro, gases) representa la franja de menor costo. Se evidencia así la dependencia tecnológica externa. En este punto se expresa con claridad la tensión entre una economía del conocimiento subordinada a la mercantilización y la ausencia de autonomía productiva, que sólo puede revertirse con industrias locales capaces de generar empleo, conocimiento y bienes accesibles.

Frente a esta encrucijada, el financiamiento aparece en el centro de la escena, aunque muchas veces subordinado a un "sistema de enfermedad", más que a un **sistema integrado de salud**. En este último, el eje debería estar en criterios médicos de prevención y diagnóstico temprano que eviten la llegada a la diálisis. La clave es eludir el tobogán de la dependencia permanente del "afuera", fortaleciendo la prevención como política sanitaria central.

“ Si nos concentramos en la parte privada vinculada al capital multinacional, vemos que estas empresas operan centros y producen insumos, integrando verticalmente el negocio y vendiendo a precios internacionales. El paciente queda así reducido a “cliente cautivo”. La lógica de funcionamiento concentra servicios en zonas densamente pobladas, favorece circuitos intraempresa y puede derivar en dinámicas cuasi monopólicas, con un volumen económico significativo.”

La detección precoz y el tratamiento de protección renal son las medidas más apropiadas para la enfermedad renal crónica (ERC). Ello implica orientar recursos hacia pacientes con diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, periféricas, cerebrovasculares, prostáticas, lupus y vasculitis, mediante profesionales capacitados y métodos simples y de bajo costo, basados fundamentalmente en estudios básicos de sangre y orina, de amplia accesibilidad y alto rendimiento sanitario.

Para eso es necesario centralizar esa información en un **Centro Documental Dinámico** con *gestión de datos*. A ello se suman la educación sanitaria, los cambios de hábitos, el control glucémico y el abandono del tabaco. Incluso, si bien el foco debe estar en la prevención, se observa también un **retroceso en la visión de desarrollo del país** que había en los años 60, cuando se construían riñones artificiales localmente en sintonía con la ciencia global.

Llevar adelante estas políticas evitaría el incremento de los costos del tratamiento dialítico en un esquema donde gran parte de las piezas provienen del exterior y se pagan a precio dólar. Ante hospitales públicos fragmentados y un sector privado heterogéneo entre pymes y multinacionales, resulta necesario revertir la dependencia tecnológica mediante coordinación, regulación y estrategia.

En este sentido, el Programa para el Abordaje Integral de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), creado en 2023, ha desarrollado Consultorios de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (CERCA) en distintos centros del país, constituyendo nodos relevantes a potenciar.

El laberinto del campo sanitario argentino debe articularse con el Estado como *garante y orientador* de recursos, para evitar inversiones antieconómicas guiadas por lógicas competitivas de mercado no regulado. Este panorama muestra, una vez más, que **no habrá destino nacional sin un esfuerzo estratégico sostenido**, abandonando la recepción pasiva de tecnología que hoy profundiza la deuda externa y social. Si un país no tiene libertad de maniobra ni capacidad innovativa, por más bellas palabras que pronunciemos, siempre estaremos limitados en nuestro desarrollo. ■

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

**UNIVERSIDAD ISALUD**

**CARRERAS DE GRADO**

**+ POSGRADOS**

**+ CURSOS**

**SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

**ECONOMÍA Y GESTIÓN**

**ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA**

**AUDITORÍA**

**MEDICINA LEGAL**

**Inscribite ahora!**

**isalud.edu.ar**

Instagram, Facebook, Twitter, LinkedIn



# LA ANOMIA MANAGERIAL DEL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO

UN ANÁLISIS DESDE LA ECONOMÍA INSTITUCIONAL Y LA TEORÍA EVOLUTIVA DE LAS ORGANIZACIONES



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

**E**l sistema sanitario argentino vive un fenómeno que en términos de gestión sanitaria y teoría organizacional puede caracterizarse como “**anomia managerial**”: una situación en la cual los actores pierden los marcos normativos y los incentivos que orientan el cambio organizativo. El resultado termina siendo un sistema que **se mueve mucho en el plano discursivo, pero muy poco en el plano productivo y en la acción**.

## 1. ¿Qué entendemos por anomia managerial en el sistema sanitario argentino?

Luego de muchos años de inflación y de inestabilidad de precios relativos, las organizaciones sanitarias aprendieron a sobrevivir. El problema es que este comportamiento defensivo genera **una inmovilidad organizativa en un contexto de transformación tecnológica acelerada**.

Este fenómeno puede definirse como **anomia managerial** y se produce cuando conviven las siguientes condiciones:

- Existen reglas formales, pero no generan incentivos efectivos.
- Los actores del sistema no internalizan objetivos de eficiencia.
- Las organizaciones sobreviven sin transformarse y no se disciplinan por la quiebra sino ajustando por calidad de servicio.

En este contexto las organizaciones tienden a:

- No reformar procesos.
- No incorporar gestión por costos.
- No rediseñar modelos productivos.
- No modificar las modalidades de pago.

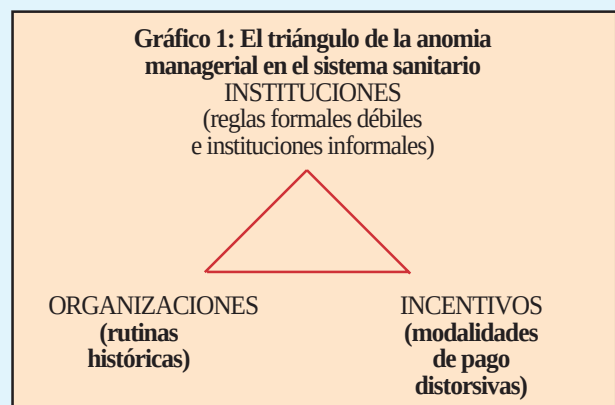
El sistema queda atrapado en un estadio que podríamos calificar como **estabilidad ineficiente**. Desde la perspectiva de **Oliver Williamson**, este tipo de situaciones aparece cuando la estructura de gobernanza del sistema es **institucionalmente híbrida y mal diseñada**, donde ni el mercado ni la jerarquía logran disciplinar los comportamientos organizacionales.

La contribución de **Douglas North** permite comprender por qué esta situación se vuelve persistente. North sostiene que las instituciones generan **trayectorias históricas (path dependence)** que condicionan el comportamiento de los actores.

En el sistema sanitario argentino las reglas formales existen, pero conviven con **instituciones informales** que moldean el funcionamiento real del sistema:

- Negociaciones corporativas.
- Arreglos informales entre financiadores y prestadores.
- Prácticas históricas de facturación.
- Intermediaciones opacas.

Estas instituciones informales terminan siendo más poderosas que las reglas formales.



La anomia managerial emerge cuando **instituciones, organizaciones e incentivos** se encuentran desalineados.

## 2. Los síntomas visibles de la anomia

### a) Inmovilidad organizativa

Hospitales, clínicas y financiadores funcionan con estructuras diseñadas hace décadas y persisten en **modelos de gestión anacrónicos**.

Se observan:

- Servicios sobredimensionados.
- Baja especialización funcional.
- Duplicación de estructuras.
- Escasa integración en redes asistenciales.

El resultado es **una capacidad productiva mal asignada**. Desde la perspectiva evolutiva de **Richard Nelson**, las organizaciones tienden a reproducir **rutinas organizativas** que se estabilizan en el tiempo.

Estas rutinas funcionan como **memorias institucionales** que estructuran el comportamiento organizativo.

Cuando el entorno cambia rápidamente -como ocurre hoy con la revolución tecnológica- las organizaciones que no revisan sus rutinas tienden a quedar atrapadas en **trayectorias de bajo desempeño**.

### b) Ausencia de gestión por procesos

En el sistema sanitario argentino se observa la ausencia de iniciativas de **ingeniería de procesos**.

No se mide:

- Tiempo clínico-productivo.
- Costo por episodio.
- Eficiencia de los circuitos asistenciales.

Las organizaciones siguen operando bajo **lógicas departamentales tradicionales**, no bajo **cadena de valor asistencial**. Aquí resulta útil el aporte de **James March**, quien analizó cómo las organizaciones toman decisiones bajo condiciones de ambigüedad.

March distingue entre:

- **Lógica de las consecuencias** (decisiones orientadas a resultados).
- **Lógica de lo apropiado** (decisiones guiadas por rutinas e identidades organizativas).

En muchos sistemas sanitarios predomina la segunda. Las organizaciones hacen lo que **históricamente han hecho**, no necesariamente lo que **sería más eficiente hacer**.

### c) Desconocimiento de los costos reales

Uno de los rasgos más críticos entre los actores públicos y privados es la ausencia de información económica confiable:

- Hospitales sin contabilidad analítica.
- Financiadores que pagan sin conocer el coste del servicio.
- Clínicas que no distinguen margen por línea asistencial.

Esto genera una situación paradójica: Un sistema sanitario que moviliza enormes recursos financieros **no sabe con precisión cuánto cuesta producir salud**.

Desde la lógica de Williamson, esto implica **contratos incompletos** donde la asimetría de información favorece comportamientos oportunistas.

### d) Modalidades de pago que sostienen la ineficiencia

Las modalidades de pago constituyen el **núcleo del problema institucional**.

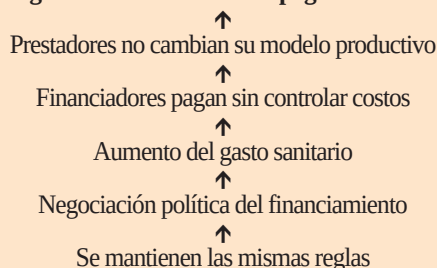
Predominan mecanismos que ya han demostrado limitaciones como generadores de valor:

- Fee for service.
- Día cama.
- Cartera fija.
- Facturación abierta de medicamentos.

Estas modalidades:

- No premian eficiencia.
- No premian resultados.
- Incentivan volumen.
- Permiten ocultar ineficiencias.

### Gráfico 2: La trampa institucional del sistema sanitario argentino. Modalidades de pago distorsivas



El sistema entra así en un **ciclo de reproducción institucional de la ineficiencia**.

### 3. Los financiadores también están atrapados

Los pagadores (obras sociales, prepagas y sector público) también han ejercido plenamente su rol de **gobernanza del sistema**.

Las fallas principales son:

- Auditorías estratégicas débiles.
- Ausencia de compra inteligente.
- Falta de contratos basados en resultados.
- Escasa capacidad de análisis de datos.

# Nueva App UOCRA La SALUD a tu lado donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA • TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

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



En lugar de **comprar salud**, terminan **pagando facturas**. Williamson señalaba que cuando el comprador no define adecuadamente los contratos, el proveedor reorganiza el sistema **a su favor** considerando que la relación de agencia lo favorece por la asimetría informativa.

## 4. El rol distorsivo de la inflación

La inflación crónica generó un entorno donde:

- Los precios se renegociaban permanentemente.
- La gestión se volvió táctica.
- Se diluyó la disciplina económica.

En ese contexto **lo que terminaba pagando era el lobby antes que la eficiencia** como sucedió durante décadas. El problema es que esto se vuelve un comportamiento de supervivencia, como una especie de rutina interna. La inflación actuó durante décadas como **un mecanismo de ocultamiento de ineficiencias estructurales**.

## 5. La paradoja del momento histórico

El sistema sanitario vive simultáneamente dos procesos opuestos.

| Por un lado                                                                             | Por el otro lado                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inteligencia artificial<br>Medicina personalizada<br>Digitalización<br>Big data clínico | Modelos de pago del Siglo XX<br>Hospitales diseñados para otra epidemiología<br>Baja gestión de la productividad |

El resultado es una **asimetría cada vez más amplia entre innovación tecnológica e innovación organizativa**.

**Gráfico 3: La brecha entre innovación tecnológica e innovación organizativa**



## 6. La salida: reconfigurar financiadores y prestadores

El cambio real no vendrá solo de la tecnología. Es necesario avanzar en una **reconfiguración institucional del sistema sanitario**. Y esto paso por plantear tres líneas de trabajo claves:

|                                   |                                                                                                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Financiamiento inteligente</b> | GRD, pago por episodios, bundled payments, value based healthcare y contratos de riesgo compartido.                           |
| <b>Prestadores reorganizados</b>  | Redes asistenciales, hospitales especializados, concentración de procedimientos complejos y cierre de servicios ineficientes. |
| <b>Gestión basada en datos</b>    | Contabilidad analítica, costing por paciente, benchmarking clínico y auditoría con IA.                                        |

## 7. El desafío político

Las reformas organizativas generan resistencia porque afectan: la estructuras profesionales, los intereses corporativos, el poder territorial y los ingresos ocultos que esconde las distorsiones del

sistema (intermediación parasitaria y en el caso de medicamentos la distribución). Por eso una reforma sanitaria es siempre técnica y política al mismo tiempo.

## 8. Idea final

El problema del sistema sanitario argentino **no se resuelve simplemente agregando recursos**. La anomia managerial expresa una crisis de la arquitectura organizativa y de incentivos institucionales. Mientras no se redefinan:

- Modalidades de pago.
- Contratos sanitarios.
- Gobernanza de los financiadores.

El sistema seguirá funcionando en **un equilibrio ineficiente pero estable**, ajustando cada vez más por **calidad y acceso**. Como muestran **North, Williamson, Nelson y March**, desde perspectivas diferentes pero convergentes:

- Las **instituciones definen los incentivos**.
- Las **organizaciones reproducen rutinas**.
- Las **decisiones siguen lógicas organizativas históricas**.
- Los sistemas solo cambian cuando **se modifican esas reglas e incentivos**.

Por eso los sistemas sanitarios no permanecen inmóviles porque falte tecnología o conocimiento. Permanecen inmóviles porque **las instituciones permiten sobrevivir sin transformarse**. ■

## Bibliografía:

- 1. Economía institucional y cambio institucional**
  - Douglass C. North (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
  - Douglass C. North (2005). *Understanding the Process of Economic Change*. Princeton: Princeton University Press.
  - Douglass C. North (1991). "Institutions." *Journal of Economic Perspectives*, 5(1), 97-112.
- 2. Economía de los costos de transacción y gobernanza**
  - Oliver E. Williamson (1985). *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: Free Press.
  - Oliver E. Williamson (1991). "Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives." *Administrative Science Quarterly*, 36(2), 269-296.
  - Oliver E. Williamson (1996). *The Mechanisms of Governance*. Oxford: Oxford University Press.
  - Oliver E. Williamson (2000). "The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead." *Journal of Economic Literature*, 38(3), 595-613.
- 3. Teoría evolutiva de la firma y cambio organizacional**
  - Richard R. Nelson & Sidney G. Winter (1982). *An Evolutionary Theory of Economic Change*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
  - Richard R. Nelson (1991). "Why Do Firms Differ, and How Does It Matter?" *Strategic Management Journal*, 12(S2), 61-74.
  - Richard R. Nelson (1995). "Recent Evolutionary Theorizing About Economic Change." *Journal of Economic Literature*, 33(1), 48-90.
- 4. Teoría organizacional y toma de decisiones**
  - James G. March & Herbert A. Simon (1958). *Organizations*. New York: Wiley.
  - James G. March (1991). "Exploration and Exploitation in Organizational Learning." *Organization Science*, 2(1), 71-87.
  - James G. March (1994). *A Primer on Decision Making: How Decisions Happen*. New York: Free Press.
  - James G. March & Johan P. Olsen (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.
- 5. Economía de la salud, incentivos y sistemas sanitarios**
  - Michael E. Porter & Elizabeth Olmsted Teisberg (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
  - Julio Frenk & Juan Luis Londoño (1997). "Pluralism in Health Systems Reform." *World Bank Research Observer*, 12(1), 1-24.
  - William D. Savedoff (2004). *Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience*. Washington DC: World Bank.
  - Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing.
  - World Health Organization (2010). *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO.
- 6. Organización hospitalaria y sistemas de pago**
  - Reinhard Busse et al. (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Maidenhead: Open University Press.

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

# Expomedical 2026

21.º FERIA Internacional de Productos  
Equipos y Servicios para la Salud



**23.24.25 | SEPTIEMBRE**

**BA ferial (ex Centro Costa Salguero)**

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

EN CONJUNTO CON

**22.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



# CIRCO... SIN PAN



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

*Hoy la soledad es un Estado que no está, y sin él, desgraciadamente, no podremos hablar, sobre lo que es el bien, sobre lo que es el mal...*

**Spinetta/Favio**

**C**uando era casi niño, salíamos con mis padres, -inmigrantes ellos y habitantes de un conventillo en Almagro- a pasear por el Centro de Buenos Aires. En Corrientes y Esmeralda los sábados por la noche había un hombre de smoking parado en la esquina. Peinado hacia atrás con brillantina, de cabello refulgente, Pero siempre solo... ¿que esperaba?... solo de soledad... no se movía de la esquina más porteña de Buenos Aires... donde un elegante a principio de siglo “los batió de Cross”. <sup>(1)</sup>

Nosotros caminábamos por Corrientes y luego por Florida y regresábamos casi dos horas después y él estaba allí, con la mirada sin mirar y esperando...

En 1931 Scalabrini Ortiz escribió “El hombre que esta solo y espera”, <sup>(2)</sup> un ensayo sobre la identidad argentina. Un retrato de mi personaje que estaba parado allí sin saber porque y a quien esperaba. ¿Quién sería?... un hijo de inmigrantes como yo, un desarraigado o quizás un hombre sin raíces externas o con raíces en esta tierra, tan firme como un ombú o tan bella como una flor de ceibo en primavera.



La frase original romana es “pan y circo” <sup>(3)</sup> (*Panem et circenses*), utilizada por el poeta Juvenal para criticar a los gobernantes que mantenían tranquila a la población repartiendo alimento y entretenimiento mientras evitaban discutir los problemas de fondo del Imperio.

Cuando alguien habla hoy de “circo sin pan”, generalmente está diciendo algo distinto: que existe mucha confrontación mediática, espectáculo político, polarización o comunicación agresiva (“circo”), pero sin mejoras materiales inmediatas para gran parte de la población (“sin pan”). En la Argentina, esa lectura aparece mucho en debates sobre la actual administración.

Los críticos usan esa idea para señalar varios puntos:

- Fuerte presencia mediática y discursiva oficial.
- Centralidad de las redes sociales y las batallas culturales. <sup>(4)</sup>
- Recortes del gasto público que afectan ingresos, jubilaciones, universidades, salud y programas sociales; desinversión en educación y acción social. Desempleo en aumento, cierre de pymes, desindustrialización, aumento brutal de la deuda externa.
- Caída del consumo y aumento de la presión económica sobre sectores medios y bajos durante el ajuste.

Desde esa mirada, el “circo” sería la confrontación permanente y el “sin pan” el deterioro económico cotidiano. Pero los defensores del programa económico responden algo diferente: sostienen que el problema previo era justamente un “pan artificial”, financiado con déficit, emisión e inflación. Según esa visión, el ajuste sería doloroso pero necesario para estabilizar la economía, bajar la inflación y evitar una crisis mayor. Para ellos, el objetivo no sería entretener a la sociedad sino romper con un sistema político que consideran agotado.

Entonces, la frase funciona más como una interpretación política que como una descripción objetiva. Depende de qué aspecto se priorice:

- Si se observa el corto plazo social, la frase puede parecer adecuada para quienes sienten pérdida de poder adquisitivo y mucha tensión política.
- Si se observa el largo plazo económico, otros creen que el sacrificio actual puede producir estabilidad futura si es que tienen reservas para sobrevivir.

Históricamente, además, la comparación con Roma tiene límites. En el Imperio romano el “pan y circo” era una estrategia de control social relativamente estable. En la Argentina actual hay una democracia competitiva, medios fragmentados, redes sociales y una crisis económica estructural mucho más compleja.

Lo interesante de la frase es que refleja una pregunta de fondo sobre cualquier gobierno:

¿La política está resolviendo problemas materiales concretos o está dominada por la comunicación y el espectáculo? Ese debate no se aplica solo con esta administración; también se utilizó contra gobiernos anteriores, aunque con distintos argumentos.

El ajuste impulsado por el gobierno en el área de salud está generando efectos muy profundos sobre la atención sanitaria, especialmente en un sistema que ya venía con problemas estructurales desde hace años. Los principales riesgos aparecen en cuatro áreas: acceso, calidad, desigualdad y prevención.

El gobierno actual sostiene un fuerte ajuste fiscal que recae sobre las carteras de Salud y Educación, profundizando recortes de recursos que superan los \$ 141.000 millones de pesos combinados en recientes modificaciones presupuestarias. Estas políticas incluyen una reestructuración profunda, eliminación de programas y el traspaso de responsabilidades. <sup>(5)</sup>

## Ajuste en Salud

Las medidas de reestructuración sanitaria han significado una importante reducción de fondos:

- **Recorte presupuestario:** las áreas de salud pública han sufrido mermas directas en partidas de prevención de enfermedades y en la entrega de medicamentos. <sup>(6)</sup>
- **Programas afectados:** desfinanciamiento y recortes en programas clave como el de Salud Sexual y Procreación Responsable, así como reducciones en el ex Ministerio reconvertido a secretaría.
- **Reclamos gremiales:** las políticas implementadas han derivado en movilizaciones masivas (como la Marcha Federal de la Salud) de trabajadores del sector exigiendo mejoras salariales y protestando contra el desmantelamiento de áreas de atención primaria y el PAMI.

La actual administración ha ejecutado una reducción de partidas junto con reformas estructurales del sistema educativo:

- **Recorte a programas:** se identifican recortes millonarios (con caídas que superan los \$ 63.600 millones) que golpean directamente al Plan Nacional de Alfabetización y a las universidades públicas.
- **Ley de Reforma Educativa:** el gobierno impulsa cambios profundos para la escuela pública, promoviendo la educación en el hogar (*homeschooling*), exámenes nacionales obligatorios, la posibilidad de que los padres remuevan directivos y declarando a la educación como servicio esencial.
- **Conflicto universitario:** el ahogo presupuestario a las universidades nacionales ha detonado múltiples marchas federales universitarias masivas en reclamo de aumentos salariales docentes y mayor presupuesto operativo.

Entre los problemas más importantes que puede traer el ajuste están:

- Menor acceso a medicamentos y tratamientos.
- Saturación de hospitales públicos.
- Caída salarial y fuga de profesionales.
- Reducción de campañas preventivas y vacunación.
- Más desigualdad entre provincias ricas y pobres.

Diversos informes y denuncias señalaron recortes presupuestarios en programas sanitarios, medicamentos y transferencias a provincias. También hubo reducción de personal y reestructuración de organismos nacionales de salud.

## Problemas concretos

1. **Hospitales públicos más saturados:** con la caída del poder adquisitivo y el aumento de cuotas de prepagas y medicamentos, muchas personas dejan el sistema privado y pasan al hospital público. Eso provoca: más tiempo de espera, guardias colapsadas, menos turnos y falta de camas e insumos. Hospitales nacionales y universitarios advirtieron problemas de funcionamiento por falta de presupuesto operativo.
2. **Falta de medicamentos:** los recortes afectan programas de VIH, cáncer, tuberculosis, salud sexual y enfermedades raras. Cuando el Estado compra menos medicamentos o demora entregas, las personas más vulnerables quedan expuestas. Además, la desregulación del mercado farmacéutico hizo que muchos medicamentos aumentaran por encima de salarios y jubilaciones.
3. **Éxodo de médicos y enfermeros:** muchos profesionales de salud cobran salarios deteriorados por la inflación y el ajuste. Esto produce: renuncias, menos residentes, emigración y agotamiento laboral. Cuando faltan profesionales, baja la calidad de atención y aumenta el tiempo de espera.
4. **Menos prevención = más enfermedades:** la prevención suele ser lo primero que se recorta porque no produce efectos inmediatos visibles. Sin embargo, reducir vacunación y controles termina siendo más costoso después. Algunos informes ya alertaron sobre caída de coberturas de vacunación y riesgo de reaparición de enfermedades prevenibles.

5. **Mayor desigualdad federal:** la Argentina tiene un sistema muy fragmentado: sector público, obras sociales, prepagas, sistemas provinciales. Si Nación reduce transferencias, las provincias con menos recursos quedan mucho peor. Buenos Aires, Córdoba o Santa Fe pueden sostener parte del gasto, las provincias más pobres no.

## ¿Qué se podría hacer para mejorar el sistema de salud argentino?

El problema de salud en la Argentina no empezó ahora. Hay problemas históricos: mala administración, superposición de sistemas, corrupción, desigualdad y falta de planificación. El desafío es reformar sin destruir capacidad sanitaria.

## Algunas medidas que podrían mejorar el sistema:

1. **Priorizar atención primaria:** fortalecer: salas barriales, prevención, vacunación y controles tempranos. Eso reduce internaciones y costos futuros. Un sistema fuerte no depende solo de grandes hospitales.
2. **Integrar mejor los sistemas:** hoy hay mucha fragmentación entre: hospitales públicos, PAMI, obras sociales y prepagas. Es imperativo crear una historia clínica única nacional y coordinar derivaciones para evitar duplicación y desperdicio.
3. **Digitalización y control de gastos:** hay margen para mejorar eficiencia sin destruir servicios: compras centralizadas de medicamentos, control de corrupción, digitalización de turnos e historias clínicas y auditorías transparentes. *El problema no es solamente cuánto se gasta, sino cómo se gasta.*
4. **Financiar recursos humanos:** sin médicos, enfermeros y técnicos no existe sistema de salud. Sería clave mejorar salarios, incentivar residencias críticas, fortalecer formación y evitar fuga de profesionales.
5. **Política nacional de medicamentos:** la Argentina podría negociar compras masivas y fomentar producción pública de medicamentos para bajar costos esenciales.
6. **Mantener políticas preventivas:** vacunación, controles prenatales, salud mental y campañas de prevención cuestan menos que tratar enfermedades avanzadas.

En síntesis, el ajuste puede ordenar algunas cuentas fiscales y reducir ciertos gastos ineficientes, pero si se hace de manera muy brusca o sin planificación, el riesgo es deteriorar la capacidad del sistema público justo cuando más personas dependen de él.

*El principal desafío para Argentina es lograr equilibrio fiscal sin perder acceso universal a la salud. El Silvio Astier de Arlt uso el juguete rabioso no la motosierra.* <sup>(7)</sup> ■

## Bibliografía:

- (1) Corrientes y Esmeralda/Tango 1933. De Francisco Pracánico y Celedonio Flores / se refiere a Jorge Newery, que practicaba boxeo y enfrento a una patota en dicha esquina.
- (2) El hombre que está solo y espera es un ensayo filosófico y literario publicado por el escritor e historiador argentino Raúl Scalabrini Ortiz en el año 1933.
- (3) Pan y circo (*Panem et circenses*) es una célebre expresión acuñada por el poeta romano Juvenal en su *Sátira X* (siglo I d.C.). Originalmente, criticaba la actitud del pueblo romano, que había cambiado su poder político y sus derechos cívicos por raciones de trigo y entretenimiento gratuito en el circo.
- (4) La hora de los depredadores / Giuliano Da Empoli / Editorial Seix Barral/ 2025.
- (5) Boletín Oficial de la República Argentina/5 de junio de 2026.
- (6) De Matar a Dejar Morir / Biopolíticas de selección de la vida / Pilar Calveiro / Siglo XXI/2025.
- (7) El juguete rabioso es la primera novela del escritor argentino Roberto Arlt, publicada en el año 1926 por la Editorial Latina.

(\*) Docente Libre de la Escuela de Salud Pública y Humanidades – Facultad de Medicina - UBA



# LA PARADOJA FARMACÉUTICA QUE LOS ECONOMISTAS NO CONSIGUIERON RESOLVER

**FABRICAR MEDICAMENTOS ES CADA VEZ MÁS  
BARATO, PERO LOS PRECIOS SIGUEN AUMENTANDO**



Por el Dr. Federico Tobar (\*)

**C**ompré mi primera computadora en 1987. Todavía recuerdo el sentimiento de conquista que supuso reunir 500 dólares en medio de la devaluación del Plan Primavera. En aquel entonces vivía de una beca de iniciación a la investigación que con la devaluación pasó de US\$ 125 a solo US\$ 25. Mi primera computadora me costó lo equivalente a 20 meses de trabajo.

Acabo de comprar una notebook, de una marca estándar pero muy confiable. Pagué por ella 500 dólares. Lo mismo que la primera, casi 40 años después. Es cierto, aunque ambas me sirven para seguir escribiendo, hay un abismo tecnológico entre mi vieja Commodore 128 y mi nueva notebook. No fue tan excitante esta vez, pero sentí gratitud. La vida ha sido generosa conmigo y hoy, con mi salario, podría comprar varias computadoras.

La paradoja es que con los medicamentos ocurre todo lo contrario. Cuando adquirí la Commodore 128, mi madre fue diagnosticada de artritis reumatoide. El tratamiento era sintomático, con AINEs. No modificaba la progresión de la enfermedad, solo aliviaba síntomas. Su costo equivalía a poco más de tres dólares al mes.

Mi cuñada, que hoy tiene la edad que mi madre tenía entonces, padece la misma enfermedad y es tratada eficazmente con biológicos. La diferencia es notable. Lleva una vida normal (o casi, porque, para vivir casada con un Tobar, aún no hay medicación eficaz). Pero el costo del tratamiento es 600 veces mayor que el de mi madre en la década de los ochenta.

Esa inflación farmacéutica es prácticamente incomparable con la registrada por cualquier otro bien en el mundo. Ni el oro ni siquiera las criptomonedas llegaron a apreciarse tanto. A veces, como en el ejemplo que mencioné, se vincula con conquistas médicas y logros en términos de calidad y cantidad de vida. Muchas otras, ni siquiera son ventajosas. Pero siempre, ineludiblemente siempre, los nuevos medicamentos son mucho más caros.

El mercado farmacéutico presenta una paradoja persistente: el costo de producir un medicamento tiende a caer mientras el precio final tiende a subir. Esta paradoja farmacéutica muestra los límites de los marcos clásicos del pensamiento económico: ni Smith, ni Hayek ni Rothbard imaginaron mercados donde los costos fabriles bajan por tobogán mientras los precios de venta suben en cohete.

Los motivos por los que los costos fabriles bajan son diversos: a) Avances en procesos industriales, b) La producción a gran escala con una demanda sostenida, c) La globalización de la cadena de valor -caracterizada por una creciente especialización geográfica de la producción. India y China se centraron en la fabricación de principios activos y formas farmacéuticas, lo que ha contribuido a reducir o estabilizar los costos de fabricación en determinados segmentos del mercado farmacéutico (en especial en los medicamentos de síntesis química).

Sin embargo, esta tendencia no se traduce en precios más bajos. Por el contrario, la evidencia muestra que el precio de lanzamiento de los nuevos medicamentos ha aumentado de manera sostenida en las últimas décadas. En el caso de los medicamentos oncológicos, por ejemplo, el precio medio de los medicamentos lanzados al mercado a mediados de la década de 1990 era de 5.000 dólares por tratamiento anual. El mismo aumentó 24 veces, hasta superar los 120.000 dólares anuales hacia comienzos de la década de 2010, incluso tras ajustar por la inflación.<sup>(1)</sup>

La paradoja se explica porque una proporción creciente del precio de venta de los medicamentos se destina a cubrir costos intangibles. Se trata de gastos opacos que nunca son del todo detallados ni controlados por ningún organismo. Por un lado, los denominados costos de investigación y desarrollo para llegar a nuevas patentes. Por otro lado, un poderoso marketing farmacéutico que incluye visitantes médicos, propaganda al público (en la televisión abierta, la mitad del denominado horario noble es ocupada por las farmacéuticas), congresos médicos, folletos y publicaciones. (Entre las cosas que se pueden mencionar en público).



Hay dos instrumentos sostenibles y eficaces que ayudan a reducir la transmisión de esos misteriosos costos intangibles a los precios de los medicamentos. El primero es separar la paja del trigo evaluando los nuevos lanzamientos para definir si deben ser cubiertos y a qué precio deberían ser pagados.



Esta dinámica resulta central para comprender por qué, incluso en ausencia de innovación incremental significativa (lo que en jerga llamamos pseudoinnovación) o en presencia de competencia potencial (lo que en jerga se denomina copias o segundas marcas), los precios pueden mantenerse elevados o incluso aumentar con el tiempo.

¿Se podría controlar este costo intangible? Bueno, hay países que imponen una tasa a la propaganda farmacéutica (Gran Bretaña y Francia son ejemplos). También se podrían fijar precios diferenciando el componente de I+D del costo de producción (Canadá ha avanzado en ese sentido). Pero reconocemos que se trata de mecanismos difíciles de implementar.

Hay dos instrumentos sostenibles y eficaces que ayudan a reducir la transmisión de esos misteriosos costos intangibles a los precios de los medicamentos. El primero es separar la paja del trigo evaluando los nuevos lanzamientos para definir si deben ser cubiertos y a qué precio deberían ser pagados. Es decir, si vamos a pagar 600 veces más por un tratamiento, al menos verifiquemos que sea mejor.

En ese sentido, la evidencia nos recuerda las enseñanzas del viejo Vizcacha, pues la evaluación debiera ser única e inapelable. Cuando cada maestrillo tiene su librito, se abre espacio para el ejercicio ilegal de la medicina por parte de los jueces. Entonces, no solo necesitamos una única agencia nacional (o, mejor aún, federal) de evaluación de tecnologías sanitarias, sino que habría sido mejor tener una para todo el Mercosur e incluso para toda América Latina. (Sospecho que una porción de esos gastos intangibles se destinó a evitar que a alguien se le ocurriera proponer semejante idea).

El segundo instrumento no apunta al primer componente del gasto intangible (el de investigación y desarrollo) sino al segundo

(el de marketing). Aquí, hay evidencia suficiente respecto a que lo ideal es promover competencia genérica con todo el arsenal de medidas posibles<sup>(2)</sup>. En este segmento, si la economía clásica tiene mucho que aportar. Sospecho que los economistas liberales de hoy tienden a ser más místicos que los clásicos y consideran que lo que cura son los costos intangibles.

En conclusión, más allá de toda paradoja, así como del misticismo imperante que cree en la competencia en todos los mercados, salvo en el farmacéutico, la evidencia nos indica que lo caro no es lo que está dentro del envase. El precio de los medicamentos está determinado principalmente por mecanismos de captura de rentas vinculados a elementos intangibles.

Ginés González García solía decir “los medicamentos no tienen precio, se los ponen”.<sup>(3)</sup> ■

## Bibliografía:

- 1) Howard, D. H., Bach, P. B., Berndt, E. R., & Conti, R. M. (2015). Pricing in the market for anticancer drugs. *JAMA Oncology*, 1(5), 1–2.
- 2) Organización Panamericana de la Salud. (2010). Medicamentos genéricos: una estrategia para ampliar el acceso a medicamentos esenciales. Washington, DC: OPS.
- 3) Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. (s. f.). Ginés González García disertó sobre la problemática de los medicamentos de alto costo. Universidad Nacional de Córdoba. <https://fcm.unc.edu.ar/gines-gonzalez-garcia-diserto-sobre-la-problematika-de-los-medicamentos-de-alto-costo/>

(\*) Asesor en Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas. <https://www.linkedin.com/in/federico-tobar-032115159/>



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



# SEGURO DE SALUD PRESTACIONAL ¿COMPETENCIA O COMPLEMENTARIEDAD?



Por el Dr. David Aruachan (\*)

**L**a reciente Resolución SSN 258/2026 abrió una discusión que excede largamente al mercado asegurador. La pregunta inmediata parece ser si la habilitación de seguros de salud con cobertura prestacional generará una nueva competencia para las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. La respuesta, probablemente, sea sí. Pero esa no es la pregunta más relevante.

La discusión de fondo debería ser otra: **¿puede esta apertura ayudar a construir instrumentos más sofisticados para financiar el riesgo sanitario de alta severidad, sin debilitar la solidaridad ni la obligación de cobertura?**

Porque en salud no todo es competencia comercial. También hay incertidumbre, volatilidad y riesgos que ningún financiador pequeño o mediano puede administrar adecuadamente de manera aislada.

La Resolución habilita a las aseguradoras a comercializar coberturas de salud bajo modalidad prestacional. Al mismo tiempo, exige continuidad asistencial para quienes estén bajo tratamiento o tengan un diagnóstico confirmado durante la vigencia de la póliza, y admite que las pólizas puedan contemplar exclusiones por enfermedades preexistentes. Ese último punto obliga a mirar la norma con atención.

Puede abrir espacio a nuevos productos, nuevas redes prestacionales y nuevas alternativas para empresas y personas. Pero también puede profundizar una segmentación que el sistema de salud argentino ya conoce: captar los riesgos más favorables y dejar a los financiadores tradicionales concentrando a las poblaciones de mayor edad, con enfermedades crónicas, discapacidad, alta utilización o tratamientos complejos.

Por eso, la respuesta no debería ser “más competencia” o “menos competencia”.

Debería ser: **competencia donde pueda aportar eficiencia y complementariedad donde haga falta compartir riesgo.** El desafío no es quién logra vender un producto más barato a una población joven y sana.

El desafío es cómo financiar, con previsibilidad y sin perder equidad, aquellos eventos que hoy desestabilizan a obras sociales, prepagas y empresas: tratamientos innovadores, enfermedades poco frecuentes, terapias de alto impacto económico, trasplantes, oncología compleja, internaciones prolongadas, dispositivos de alto valor y múltiples situaciones clínicas que combinan baja frecuencia con altísima severidad.

Conviene, además, ordenar los conceptos:

**Alto precio no es necesariamente alto costo.**

Un medicamento puede tener un valor unitario elevado y, sin embargo, un impacto presupuestario limitado si alcanza a pocos pacientes o se utiliza por un período corto.

**Alto costo es impacto económico real sobre el financiador.**

Incluye medicamentos, prácticas, internaciones, diagnósticos, dispositivos, rehabilitación, traslados, complicaciones y uso sostenido de servicios.

**Enfermedad poco frecuente no es sinónimo automático de alto costo.**

Algunas lo son; otras no. Del mismo modo, enfermedades frecuentes -como determinados cánceres, patologías cardiovasculares complejas, diabetes con complicaciones, diálisis o cuadros de salud mental de alta utilización- pueden generar una carga agregada enorme.

El problema, entonces, no es solamente clínico. Es financiero, actuarial y de diseño institucional.

Una obra social o una prepaga puede estimar su gasto promedio. Lo que difícilmente pueda anticipar con precisión es cuántos eventos de altísima severidad aparecerán en un año, qué nuevas tecnologías modificarán su estructura de costos o qué concentración de casos complejos puede alterar súbitamente su resultado técnico.

Ahí aparece una oportunidad. No para “sacar de balance” a pacientes ya conocidos o abandonar a quienes tienen una enfermedad de alto costo. Eso no sólo sería éticamente inaceptable: además, en términos actuariales, un caso ya diagnosticado y en tratamiento deja de ser un riesgo incierto y se convierte, en buena medida, en un costo esperado.

La oportunidad está en asegurar el **riesgo futuro**. Es decir, en pensar herramientas de transferencia de riesgo que permitan que el financiador conserve su responsabilidad asistencial frente al beneficiario, pero reduzca su exposición a eventos excepcionales o a desvíos severos de siniestralidad.

Algunas estructuras que deberían empezar a analizarse son:

- Coberturas de exceso de pérdida por paciente, cuando el gasto anual supera determinado umbral.
- Coberturas agregadas, cuando el gasto total de una cartera excede el nivel presupuestado.
- Corredores de riesgo, donde el financiador absorbe una primera capa y una aseguradora cubre una franja superior.
- Mecanismos específicos para determinados eventos de alta severidad.
- Pools entre financiadores para compartir riesgos de baja incidencia y alto impacto.
- Esquemas de reaseguro o segundo piso que aporten previsibilidad a carteras pequeñas o medianas.

La lógica es simple: **el seguro no hace desaparecer el gasto sanitario. Lo convierte en una prima previsible y distribuye la volatilidad entre una población más amplia.**

Esto puede ser particularmente relevante para obras sociales pequeñas, prepagas regionales, financiadores con escasa espalda patrimonial o empresas que quieran estructurar coberturas complementarias para sus trabajadores.

Incluso en poblaciones jóvenes, donde el gasto medio esperado suele ser menor, persiste un problema que muchas veces se subestima: la cola de riesgo.

Una cartera joven puede tener buena siniestralidad promedio y, aun así, quedar financieramente expuesta a un único evento de altísima severidad. Una terapia innovadora, un trasplante, una enfermedad poco frecuente o una internación prolongada pueden modificar por completo el resultado anual de una población relativamente pequeña.

Por eso, la juventud de la cartera reduce el gasto promedio esperado, pero no elimina la volatilidad. Y justamente allí puede estar el valor de un seguro bien diseñado.

Ahora bien: esta discusión exige límites claros. La apertura del mercado asegurador no puede convertirse en una puerta para seleccionar riesgos, degradar coberturas o liberar a obras sociales y prepagas de sus obligaciones frente a los beneficiarios.

Las empresas de medicina prepaga continúan sujetas a las reglas de cobertura mínima y a la supervisión de la Superintendencia de Servicios de Salud. Las obras sociales nacionales conservan su responsabilidad prestacional y su función dentro de un sistema basado en principios de solidaridad y cobertura obligatoria.

La transferencia de riesgo puede complementar el financiamiento de la salud. No puede reemplazar la responsabilidad sanitaria. Por eso, el próximo paso no debería ser solamente comercial. Debería ser regulatorio y técnico.

Hace falta una agenda común entre la Superintendencia de Seguros de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud para definir con precisión:

- ¿Qué productos pueden desarrollarse?
- Bajo qué condiciones actuariales.
- ¿Cómo se protegen los tratamientos en curso?

- ¿Cómo se evitan mecanismos de selección de riesgos?
- ¿Qué información deben transparentar las pólizas?
- ¿Cómo se compatibilizan estos instrumentos con el PMO, la discapacidad, las obligaciones de cobertura y los sistemas existentes de reintegro?
- ¿Qué rol pueden cumplir los pools, el reaseguro y los mecanismos de compensación de riesgos?

La Argentina ya cuenta con herramientas destinadas a asistir financieramente a las obras sociales frente a prestaciones de baja incidencia y alto impacto económico. Pero el crecimiento de tecnologías costosas, tratamientos personalizados, medicamentos innovadores y demandas crecientes de cobertura obliga a discutir una arquitectura más moderna de financiamiento del riesgo sanitario.

La Resolución SSN 258/2026 no resuelve ese problema. Pero abre una puerta para discutirlo.

La oportunidad no está en replicar la segmentación del mercado bajo una nueva etiqueta. Está en avanzar hacia instrumentos que permitan mutualizar mejor los riesgos de alta severidad, profesionalizar su gestión y dar previsibilidad financiera sin erosionar derechos.

El debate no debería ser quién se queda con los afiliados más sanos. Debería ser cómo construimos un sistema capaz de anticipar, distribuir y financiar mejor el próximo evento catastrófico antes de que ocurra. ■

(\*) Médico. Especialista en Economía y Gestión en Salud. Ex Viceministro de Salud de la Nación. Ex Presidente del Grupo Unión Personal. Ex Gerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.



## 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



# LA CARRERA QUE NUNCA FUE ¿POR QUÉ A LOS MÉDICOS ARGENTINOS JUBILARSE LES CUESTA EL OFICIO?



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (\*)

**H**ay una escena que se repite en los pasillos de los hospitales bonaerenses, casi como un rito silencioso: el médico que pasó los setenta y sigue de guardia, no porque ame demasiado el sacrificio, sino porque jubilarse significa empobrecerse. No es una licencia literaria. Es aritmética pura, y la cuenta no cierra para casi nadie.

Para entender esa escena hay que remontarse a una asimetría que casi nadie nota hasta que la pisa: en la Argentina, ser docente y ser médico son dos maneras completamente distintas de envejecer dentro del Estado.

## El espejo que la salud no tiene

La docencia argentina tiene, desde 1958, una columna vertebral: el Estatuto del Docente, sancionado por la Ley 14.473. Aquella norma nacional fue la matriz histórica de todos los estatutos provinciales que vinieron después, y aunque la educación se descentralizó en los años noventa, esa matriz sigue funcionando como referencia conceptual común en doctrina y jurisprudencia.<sup>(1)</sup>

Un maestro en Jujuy y uno en Tierra del Fuego responden, en sus rasgos esenciales, a la misma lógica de antigüedad, concurso, ascenso y jubilación.

La salud no tuvo nunca su 1958. Lo que existe, en cambio, es un mosaico: cada provincia escribió su propia “carrera sanitaria” -cuando la escribió- con su propio escalafón, sus propios requisitos y su propia velocidad. Un informe técnico del Estado nacional relevó decenas de leyes provinciales distintas (Ley 1.795 en una provincia, Ley 9.282 en otra, Ley 4.872 en otra) y encontró jurisdicciones donde la carrera sanitaria directamente no existe: el personal de salud se incorpora al estatuto general de empleados públicos, sin ninguna norma específica para su oficio.<sup>(2)</sup>

No hay ley marco nacional que ordene esa diversidad, a diferencia de lo que ocurre con la educación.<sup>(3)</sup>

La salud, a diferencia de la educación, nunca tuvo “sentido de Estado”: tuvo sentido de gestión. Cada gobierno la administra como un departamento más, no como una política de largo aliento que sobrevive a quien la firma.

## Un archipiélago, no un sistema

Esa orfandad normativa no es casual: es el síntoma de un problema más hondo. El sistema de salud argentino no es uno, son tres, y conviven sin demasiada coordinación entre sí: el subsector público, el de la seguridad social (obras sociales y PAMI) y el privado. Según datos retomados por distintos estudios, el sistema público es usado de manera exclusiva por alrededor de un cuarto de la población, las obras sociales cubren a más de la mitad, y el sector privado prepago a algo más del 10%.<sup>(4)</sup>

Cada subsector tiene su propia lógica de contratación de médicos: el público los emplea bajo estatutos provinciales o municipales heterogéneos; la seguridad social y el privado los contratan como prestadores, monotributistas o facturantes independientes. Un mismo médico puede pasar, en una sola semana, por tres regímenes laborales distintos sin que ninguno de ellos construya antigüedad, aporte previsional sólido o trayectoria reconocida en el otro. Es la fragmentación funcionando como una máquina de fabricar discontinuidad.

Ramón Carrillo, el primer ministro de Salud de la historia argentina, soñó en los años cuarenta con un sistema sanitario único y jerarquizado, equivalente al que la educación pública terminó consolidando. Ese sueño nunca se completó. Lo que quedó fue, como lo describen quienes estudian el sector, una organización “fuertemente segmentada”, sin integración entre sus partes.

## Una década para empezar a vivir de la profesión

Sobre ese terreno fragmentado se monta, además, una carrera de formación extraordinariamente larga. La carrera de Medicina dura en promedio seis años; a eso se suma una residencia de entre tres y seis años según la especialidad -y hasta siete en las más complejas-, de modo que la formación total de un médico argentino ronda los diez a doce años antes de ejercer en plenitud su especialidad.<sup>(5)</sup>

Una docente puede ingresar al escalafón, sumar antigüedad y ascender desde su primer día de trabajo. Un médico, en cambio, atraviesa más de una década de formación intensiva -rentada apenas en parte, con guardias de doce horas y sueldos de residente- antes de que ese esfuerzo empiece a traducirse en algo parecido a una carrera.

Y cuando finalmente llega a ese punto, se encuentra con que no hay escalera esperándolo: la inversión en años de estudio no tiene, salvo excepciones provinciales, un correlato claro en desarrollo profesional, categoría o proyección dentro del sistema. La salud le exige al médico una década de sacrificio formativo para después no ofrecerle ningún mapa de carrera equivalente al que sí recibe, por ejemplo, un docente con su título en mano.

## La trampa de la Caja: jubilarse es resignar el oficio

Si la formación es larga y la carrera es un mapa roto, la salida -la jubilación- termina de cerrar la pinza. En la Provincia de Buenos Aires, la Caja de Previsión y Seguro Médico exige, para acceder a la jubilación ordinaria, 65 años, 35 años de aportes y, además, la cancelación de la matrícula provincial: jubilarse implica dejar de ejercer la profesión en el territorio bonaerense, salvo para la docencia.<sup>(6)</sup>

Por eso, entre los propios médicos, a esa caja la apodan “la caja de las viudas y viudos”: nadie se jubila y sigue vivo ejerciendo, porque jubilarse y ejercer son, legalmente, dos cosas incompatibles.<sup>(7)</sup>

El ginecólogo Edgardo Rolla, una de las caras visibles del reclamo de los médicos autoconvocados, suele recordar que en los años sesenta -cuando se escribió la ley que todavía rige- un médico jubilado podía cambiar de auto cada dos años; hoy esa misma jubilación equivale a una cifra que, según denunciaron en distintos momentos los propios beneficiarios, rondó los \$760.000 a mediados de 2025<sup>(8)</sup> y trepó a unos \$950.000 en mayo de 2026, siempre por debajo de la línea de pobreza que mide el INDEC.<sup>(9)</sup>

El haber, además, se mide en una unidad propia llamada “galeno”: la jubilación ordinaria equivale a 330 galenos mensuales, un detalle casi de fábula que ilustra cuánto de anacrónico tiene todavía el sistema.<sup>(10)</sup>

Lo que piden los médicos autoconvocados no es exótico: poder jubilarse, seguir ejerciendo si lo necesitan o lo desean, y pagar por eso un aporte adicional sobre su facturación, en lugar de tener que elegir entre el retiro y el oficio.

El sindicato AMRA viene denunciando, además, que en varios municipios bonaerenses -el caso de Pilar es uno de los más citados- los haberes jubilatorios quedan directamente por debajo de la línea de indigencia, producto de salarios activos compuestos en gran parte por sumas no remunerativas que no aportan al cálculo previsional; allí las jubilaciones rondan los \$460.000.<sup>(11)</sup>

No es una anécdota aislada: es el mismo defecto de diseño, repetido en distintas escalas.

## El precio del pluriempleo

Todo este andamiaje empuja a una sola salida posible: trabajar más, en más lugares, durante más tiempo. Un estudio sobre el sistema de salud argentino encontró que quienes tienen un solo empleo trabajan en promedio 39 horas semanales, mientras que quienes están en situación de pluriempleo -la mayoría de los médicos del país- trabajan 52 horas semanales.<sup>(12)</sup>

El propio sindicato médico bonaerense AMRA calculó en 2026 que un médico ingresante al sistema público provincial percibe un salario de \$1.300.000, frente a un salario promedio nacional (RIPTTE) de \$1.800.000, en un contexto de inflación acumulada del 303% entre diciembre de 2023 y mayo de 2026; según su propia “canasta profesional médica” -que contempla matrícula, seguro de mala praxis y capacitación, entre otros gastos propios del oficio-, un médico con 15 años de antigüedad necesitaría percibir unos \$5.144.188 mensuales para cubrir sus costos de ejercicio profesional sin recurrir a un segundo o tercer trabajo.<sup>(13)</sup>

Existen, es cierto, excepciones: algunas provincias ofrecen regímenes de “dedicación exclusiva” que mejoran las condiciones previsionales de quienes renuncian a ejercer en cualquier otro ámbito -una opción habilitada, por ejemplo, en la caja médica de Salta-<sup>(14)</sup>.

Pero son islas dentro del archipiélago: dependen de cada caja provincial, exigen una declaración jurada de exclusividad y alcanzan a una minoría. La regla general sigue siendo el pluriempleo, no la excepción.

## El mapa que falta

Lo que queda, entonces, es un círculo que se cierra sobre sí mismo: no hay carrera sanitaria unificada porque la salud está fragmentada en subsectores que nunca se pusieron de acuerdo; esa falta de carrera convive con una formación profesional larguísima que no encuentra después ningún desarrollo equivalente; los salarios resultantes no alcanzan a sostener una vida profesional sin sumar trabajos; y el sistema previsional, lejos de premiar esa trayectoria, la castiga, obligando a elegir entre jubilarse y seguir ejerciendo el oficio que llevó más de una década aprender.

Quizás el problema de fondo no sea previsional ni salarial, sino de origen: a la salud argentina, a diferencia de la educación, nunca se la pensó como una política de Estado que debía sobrevivir a las gestiones. Se la administró, gestión tras gestión, como una suma de parches provinciales y municipales. Y los médicos -los que cuidan, los que diagnostican, los que de tan necesarios terminan siendo invisibles- son quienes, treinta o cuarenta años después, pagan en su propio cuerpo y en su propio bolsillo esa deuda de diseño que nadie quiso asumir. ■

## Referencias:

1. <https://www.editoraprovincial.com/carrera-docente/estatuto-docente>
2. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/28\\_informe\\_tecnico\\_analisis\\_comparativo\\_de\\_carreras\\_sanitarias\\_en\\_argentina\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/28_informe_tecnico_analisis_comparativo_de_carreras_sanitarias_en_argentina_2022.pdf)
3. [https://www.eldiarioar.com/economia/brecha-social-geografica-fuerte-deficit-gestion-sistema-salud-fragmentado-argentina\\_1\\_8118846.html](https://www.eldiarioar.com/economia/brecha-social-geografica-fuerte-deficit-gestion-sistema-salud-fragmentado-argentina_1_8118846.html)
4. [https://www.eldiarioar.com/economia/brecha-social-geografica-fuerte-deficit-gestion-sistema-salud-fragmentado-argentina\\_1\\_8118846.html](https://www.eldiarioar.com/economia/brecha-social-geografica-fuerte-deficit-gestion-sistema-salud-fragmentado-argentina_1_8118846.html)
5. <https://clinicalpf.com.ar/la-importancia-de-las-residencias-medicas/>
6. <https://www.cajademedicos.com.ar/beneficios/jubilacion-ordinaria/>
7. <https://vocesdelacomuna15.com.ar/press/nos-queremos-jubilacion-el-otro-reclamo-de-los-medicos-en-la-provincia-y-una-ley-que-piden-cambiar/>
8. <https://vocesdelacomuna15.com.ar/press/nos-queremos-jubilacion-el-otro-reclamo-de-los-medicos-en-la-provincia-y-una-ley-que-piden-cambiar/>
9. <https://www.0221.com.ar/provincia/medicos-jubilados-bonaerenses-denuncian-que-cobran-950000-y-reclaman-aumentos-la-caja-n12772>
10. <https://www.cajademedicos.com.ar/beneficios/jubilacion-ordinaria/>
11. <https://www.sindicatomedico.org.ar/novedades/amra-denuncia-crisis-previsional-medicos-jubilados-con-ingresos-de-indigencia-en-municipios-bonaerenses/>
12. <https://soberaniasanitaria.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/Sistema-Nacional-Integrado-de-Salud-Argentino.pdf>
13. <https://www.sindicatomedico.org.ar/novedades/informe-de-relevamiento-salarial-de-los-profesionales-medicos-de-la-provincia-de-buenos-aires/>
14. <https://cjpms.org.ar/requisitos-dedic-exclusiva/>

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





# GESTIÓN SANITARIA, EXPOSOMA, ESPEJISMOS Y OPORTUNIDADES



"Ninguna observación es válida  
sin una autoobservación".  
**Edgar Morin**

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

**E**l acelerado cambio de era antropológico digital, imprime un ritmo inédito no solo en la gestión sanitaria, también en cada acción de nuestra cotidianidad.

El desconocimiento de la unicidad de la vida y la disociación en el modo que nos percibimos y se perciben los problemas, inciden en la toma de decisiones. A todo esto, los paradigmas de una ciencia fragmentada resultan ineficaces a la hora de resolver la compleja multiplicidad de problemas que impactan en el momento de administrar los recursos. <sup>(1)</sup>

En general en el ambiente de financiación en salud, de prestación de servicios de salud, los términos ecología, planetario, humanidad, impacto ambiental, desigualdad, generan resquemores emocionales, porque se los asocia psico emocionalmente a conflicto... También articulan proyecciones de personas consideradas ilusorias, molestas o simplemente ingenuas.

Hay un miedo visceral a perder la estabilidad, a ser reemplazados en el lugar que ocupan desde hace años con éxito y que hoy **"todo es responsabilidad de los otros"**. El miedo, poderosa herramienta de dominación desde siempre, con los más diversos modos de persuasión. <sup>(2)</sup>

Un atavismo cultural y arcaico, habita las mentes y corazones de quienes aún no descubren la situación real en que vivimos enfrentados, en una competencia estéril, cuando somos testigos de cambios vertiginosos, donde nadie se salva solo.

Desde hace décadas, la ciencia de la sociología, antropología, epidemiología política social, administración, etc. señalan la **dimensión emocional**, como un marcador de evidencia en todo análisis, que impacta los campos de la constelación científica. <sup>(3)</sup> La administración sanitaria es una ciencia social, pero esta relegada a un peligroso espejismo de cifras, incapaces de evitar el incremento de crisis inéditas, ni de dar respuestas a la tragedia humana. <sup>(3)</sup>

Edgar Morin, (1921/2026) padre del pensamiento complejo, filósofo, pensador planetario, sociólogo e historiador, es considerado uno de los pensadores más innovadores del siglo XX y principios del XXI, Doctor Honoris Causa por más de 40 uni-

versidades nos deja una obra inmensa que es imprescindible conocer, estudiar, investigar, para la toma de decisiones, en un contexto de emergencias sanitarias que nos supera, no solo a nivel de nuestras dimensiones laborales, lo es a **escala planetaria**. <sup>(4)(5)</sup>

La oportunidad de transformación es una realidad que podríamos alcanzar, pero nos exige ir más allá de nuestras propias fronteras y descubrir la aventura del conocimiento como fuerza emancipadora.

## Exposoma

**Christopher Paul Wild** oncólogo, epidemiólogo, ex director de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) OMS, desarrolló en el año 2005 el concepto de exposoma, que evidencia como la multiplicidad de exposiciones a la que está expuesta una persona desde el momento de su concepción, hasta sus últimos días, incide en la producción de enfermedades, factores no genéticos generados en el ambiente, la familia, o las tensiones internas.

*"Las enfermedades no transmisibles representan una importante carga para la salud mundial en el siglo XXI, siendo responsables de más del 70 % de las muertes anuales en todo el mundo. La exposición ambiental en su conjunto (es decir, no genética) es el principal factor contribuyente a estas enfermedades, aunque la identificación de muchos de los factores de riesgo específicos aún está por definirse. El exposoma abarca la totalidad de las exposiciones ambientales a lo largo de la vida. Esta nueva perspectiva fomenta un enfoque más integral para la evaluación de la exposición, al buscar establecer asociaciones entre exposición y enfermedad. El hecho de que varias de las tecnologías aplicadas al exposoma midan eventos en la vía patológica de la enfermedad proporciona el beneficio adicional de indicar la plausibilidad biológica de dichas asociaciones. Es vital mantener el enfoque en el objetivo general de establecer la etiología como base para intervenciones preventivas que, a su vez, conduzcan a una reducción de la morbilidad y la mortalidad".* <sup>(6)</sup>

Este concepto tan amplio del exposoma da lugar a grandes descubrimientos a la hora de prevenir y tratar patologías oncológicas, también tiene un gran desarrollo en el capítulo de los mil primeros días de vida <sup>(7)</sup>, como en innumerables investigaciones en salud laboral y salud pública. <sup>(8)</sup>



Sin embargo, la otra cara de este gran avance hacia la comprensión de la complejidad también da espacio a todo el espejismo del gran comercio en la manipulación de la información, de promesas ilusorias sobre sus beneficios o del fraude en la oferta de productos, por ejemplo, los dermatológicos de uso común.

## Polisemia en salud

**Pensar en salud, es pensar polisémicamente.** Polisemia, del griego antiguo: tiene la *cualidad de muchos significados a la vez*. Término excelente para describir a la salud como una dimensión compleja, deriva también del antiguo griego: abrazar, tejer, entrelazar...

La cartografía de factores determinantes en los procesos de salud/enfermedad son enormes, y necesitan integrar no solo a la inteligencia artificial como herramienta técnica importante, también exigen adquirir nuevos conocimientos y aceptar un trabajo de equipo, donde no se tema reflexionar, intuir, pensar, estudiar sin disociarnos de nuestra condición de humanos. <sup>(9)</sup>

La Organización Mundial de la salud trabaja, desde hace más de 20 años en el complejo concepto de **“Una sola Salud”** que integra la salud humana, animal, vegetal, ambiental sin embargo en la mayoría de las instituciones académicas **se desconoce esta episteme estructural**. <sup>(10)</sup>

Una estrategia imprescindible es incorporar a la currícula de todas las formaciones científicas, el concepto de **una sola salud**, de complejidad...

Este concepto también debería abordarse en los colegios primarios y secundarios. Es posible en cada eslabón de trabajo, aportar nuestra capacidad de integrar de transformar, considerar al otro como un humano que sufre, anhela, ama como nosotros, al humano dentro de un contexto familiar, social y ambiental que lo determina e interpenetra y que a su vez este humano junto con otros impacta en el ambiente y deja su “huella ecológica”.

Hay diversos gradientes de responsabilidad, pero es posible en cada mínimo eslabón ser creativos, proactivos y ofrecer lo mejor de cada uno. Salir de la ilusión y el espejismo, de la decepción y frustraciones, para compartir con otros, **el aliento vital de nuestra aventura humana que es la de todos en este planeta tierra.** ■

## Bibliografía:

1. Morin Edgar. Los Siete saberes para la educación del futuro. Editorial Nueva Vision - ISBN9789506024222
2. Boucheron Patrick. Conjurar el miedo. Editorial Fondo de cultura económica - ISBN9789877191356
3. Piketty Thomas. “La economía de las desigualdades”. Editorial Siglo XXI - ISBN9789876295031
4. Morin Edgar. Lecciones de la Historia. Editorial Taurus - Bs. As. 2026 - ISBN9789877371567
5. Morin Edgar. “¡Despertemos!”. Editorial Paidós 2024 - ISBN 978-84-493-4264-6
6. Christopher Paul Wild. Exposoma, Volumen 5, Número 1, 2025 - Disponible en: <https://academic.oup.com/exposome/article/5/1/osa003/8117167>
7. Cuadros-Mendoza, C.A., Ignorosa-Arellano, K. Rubi, Zárate-Mondragón, F.E., Toro-Monjaraz, E., Cervantes-Bustamante, R., Montijo-Barrios, E., Cadena-León, J., Serrano-Sierra, A., & Ramírez-Mayans, J. (2018). La influencia del exposoma en los primeros 1.000 días de vida y la salud gastrointestinal. *Acta pediátrica de México*, 39 (3), 265-277. Disponible en: <https://doi.org/10.18233/apm39no3pp265-2771611>
8. Vicente-Herrero M.<sup>a</sup> Teofila, Ramírez Iñiguez de la Torre M.<sup>a</sup> Victoria, Capdevila García Luisa M., Terradillos García M.<sup>a</sup> Jesús, López-González Ángel Arturo, Aguilar Jimenez Encarna et al. Exposoma: un nuevo concepto en Salud Laboral y Salud Pública. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2016 <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v25n3/revision.pdf>
9. Gómez R.D. “La noción de salud pública”: consecuencias de la polisemia. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12020109.pdf>
10. Manterola Carlos, Rivadeneira Josue, Leal Pamela, Rojas-Pincheira Claudio, Altamirano Adison. Una Sola Salud. Un Enfoque Multisectorial y Transdisciplinario. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022024000300779&lng=es&nrm=iso](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022024000300779&lng=es&nrm=iso)

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



Toda la información imprescindible sobre el  
Sistema de Salud en Argentina

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



# LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA DE CALIDAD EN HOSPITALES PÚBLICOS

## LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL RAMÓN CARRILLO DE SAN LUIS



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

Implementar una política de calidad en un hospital público requiere primariamente el compromiso de la alta dirección para con este proceso. Y esto no significa la mera enunciación de la política, sino el involucramiento diario y en cada actividad realizada en el hospital.

En segundo lugar, es imprescindible alinear a todos los servicios hospitalarios en pos de los objetivos trazados. Lograr el compromiso de todo el personal es fundamental y una de las tareas más complejas que requiere de un fuerte liderazgo de la alta dirección. En tercer lugar, es necesario contar con una estructura organizativa adecuada y profesionales expertos en calidad que guíen todo el proceso técnico.

Desde el *Hospital Ramón Carrillo de San Luis* se viene trabajando fuertemente en el desarrollo de una política de calidad. A partir de las tres premisas iniciales descritas, el *Área de Calidad y Seguridad del Paciente* fortaleció su rol dentro de la institución mediante la definición de una estructura orgánico-funcional propia, que permitió clarificar roles, responsabilidades y circuitos de trabajo, evitar superposiciones y mejorar la articulación interáreas.

Este avance se sustentó en la consolidación de un *Sistema de Gestión de la Calidad* basado en el enfoque a procesos, el ciclo de mejora continua (PHVA), el pensamiento basado en riesgos y la metodología Lean Healthcare como herramienta común para el análisis y la mejora de los procesos asistenciales y de soporte.

Este marco de trabajo permitió ordenar la gestión institucional, optimizar el uso de los recursos y priorizar aquellas acciones que agregan valor a la experiencia del paciente, fortaleciendo la calidad y la seguridad de la atención. Asimismo, favoreció la estandarización de procesos y la implementación de mejoras y el fortalecimiento de una cultura organizacional orientada a la calidad.

### Aspectos claves para implementar una "Política de calidad hospitalaria"

En primer lugar, el hospital debe contar con una "*Gestión Documental*" muy potente que elabore, actualice y evalúe los

diferentes documentos que reflejan el desarrollo de la política de calidad definida. Pero no se trata de meros documentos formales escritos por un grupo de expertos cual si fueran consultores externos. Se trata de elaborar documentación en base a la interacción con la realidad y compromiso de todos los servicios para que tengan un impacto real y se lleve adelante lo allí escrito.

En el Hospital Ramón Carrillo de San Luis se ha desarrollado una *Gestión Documental* muy importante que incluye entre otros con:

- (i) La política de calidad y seguridad del paciente que define explícitamente el compromiso de la alta dirección con la calidad, la seguridad del paciente y la mejora continua.
- (ii) Un manual de calidad que es la formalización del programa de gestión de la calidad del hospital, estableciendo principios rectores, objetivos estratégicos, estructura organizativa y actividades orientadas a una atención segura, humanizada, de excelencia y centrada en el paciente.
- (iii) La política de derechos del paciente: que son las garantías del respeto de los derechos del paciente y fortalecimiento de su rol protagónico en el cuidado de la salud.
- (iv) La política de gestión de riesgos: marco institucional para la identificación, análisis, evaluación y gestión de riesgos asistenciales y no asistenciales, promoviendo un enfoque preventivo, sistemático y alineado con la cultura de seguridad del paciente.
- (v) El manual de gestión de no conformidades para la identificación, análisis y tratamiento de desvíos de los procesos, con definición de acciones correctivas y preventivas.
- (vi) La revisión por la dirección: implementación de un mecanismo sistemático de evaluación del desempeño del sistema de gestión de la calidad por parte de la alta dirección.
- (vii) El manual de auditorías internas: verificación periódica y sistemática del cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad, procesos, procedimientos e identificación de oportunidades de mejora.
- (viii) El tratamiento de reclamos, quejas, sugerencias y elogios para registro, análisis, resolución y seguimiento de los reclamos de pacientes, familiares y otras partes interesadas.
- (ix) Reporte, análisis, gestión y seguimiento de incidentes del paciente: abordaje sistemático y no punitivo para la notificación, análisis y prevención de eventos relacionados con la atención del paciente.
- (x) La valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados: estandarización de la identificación y prevención del riesgo de caídas en pacientes internados.
- (xi) El protocolo de identificación del paciente: implementación de un protocolo institucional destinado a disminuir el riesgo de errores de identificación, contribuyendo de esta forma a la prevención de errores de diagnóstico, tratamiento y cuidados.





# ¿PUEDE UNA CONVERSACIÓN PREVENIR UN DAÑO EN SALUD?



Por la Dra. Alicia Gallardo y la Dra. Ingrid Kuster (\*)

**D**esde hace casi dos décadas, la Asociación Argentina de Mediación en Salud (AAMES) trabaja promoviendo herramientas de diálogo, negociación y gestión colaborativa de conflictos dentro del sistema sanitario.

Nacida en 2007 por iniciativa de profesionales de distintas disciplinas comprometidos con la transformación de los vínculos en salud, la institución impulsa espacios de investigación, capacitación y difusión de los *Métodos Adecuados de Resolución de Conflictos*, con el objetivo de contribuir a una atención más humana y a la disminución de la judicialización.

En un contexto donde la seguridad del paciente ocupa un lugar cada vez más relevante, conversamos con la Mg. Norma N. Funosas Insaurralde, vicepresidente de la institución, acerca del impacto que tiene la comunicación en la calidad de la atención, la prevención de eventos adversos y la construcción de organizaciones de salud más seguras.



— **Cuando hablamos de seguridad del paciente solemos pensar en tecnología, infraestructura o protocolos. ¿Por qué poner el foco en la comunicación?**

Porque muchas veces los daños no ocurren por falta de conocimientos médicos, sino por fallas en la comunicación entre las personas que participan del proceso asistencial.

La seguridad del paciente busca prevenir daños evitables durante la atención sanitaria. Y hoy sabemos que una parte importante de esos daños tiene relación con mensajes mal transmitidos, información incompleta o situaciones en las que el paciente no fue realmente escuchado.

— **¿La comunicación puede influir tanto como para afectar los resultados de una atención médica?**

Sin duda. La Organización Mundial de la Salud viene señalando desde hace años que una proporción importante de los eventos adversos podría evitarse. Entre las causas aparecen problemas organizacionales, sobrecarga laboral, fallas en los procesos y también dificultades en la comunicación.

Por consiguiente, ya no podemos pensar la comunicación como un aspecto accesorio. Es parte de la calidad asistencial.

— **Durante años se buscó identificar culpables cuando ocurría un error. ¿Esa mirada cambió?**

Afortunadamente sí. Hoy existe una tendencia a comprender que los errores suelen ser consecuencia de múltiples factores y no únicamente de decisiones individuales.

Ningún profesional se levanta por la mañana con la intención de dañar a un paciente. De hecho, cuando ocurre un evento adverso o un daño iatrogénico, el propio profesional también puede quedar afectado por lo sucedido.

Por eso se habla muchas veces del médico como “segunda víctima”: alguien que no quiso causar daño y, sin embargo, también sufre emocional, profesional y subjetivamente las consecuencias de ese evento.

Por ello es tan importante trabajar sobre sistemas más seguros y sobre culturas organizacionales que permitan aprender de los errores para prevenirlos.

— **¿Cómo se vincula esto con el principio hipocrático de no dañar?**

El principio *Primum non nocere* -primero, no dañar- sigue siendo una guía ética central para pensar la atención sanitaria.

Ese principio no debe leerse solamente como la obligación de evitar una acción lesiva. También implica prevenir el daño, remover aquello que lo produce y promover activamente aquello que hace bien.

En ese sentido, la seguridad del paciente no se reduce al acto médico individual. La Organización Mundial de la Salud viene trabajando desde hace años con una mirada sistémica: prevenir errores, aprender de los eventos adversos, mejorar los sistemas sanitarios y proteger al paciente de daños innecesarios.

El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 vuelve a poner este tema en el centro: se estima que uno de cada diez pacientes puede sufrir daños durante la atención sanitaria y que una parte importante de esos daños es prevenible.

— **¿Dónde aparece allí la comunicación?**

Aparece en un lugar central. Cuando la OMS analiza los eventos adversos, no señala solamente problemas técnicos. También aparecen fallas de la organización, sobrecarga laboral, dificultades tecnológicas, protocolos insuficientes y, de manera muy frecuente, falta de comunicación o comunicación deficiente.

Ya en 2007, las soluciones internacionales para la seguridad del paciente advertían que los trasposos, los cambios de turno y los traslados entre unidades son momentos especialmente sensibles. Una información incompleta, ambigua o mal interpretada puede comprometer la continuidad y la seguridad de la atención.

Por eso la comunicación no es un asunto accesorio ni decorativo. Es una verdadera barrera de seguridad: ordena la información, habilita preguntas, evita supuestos, reduce riesgos y permite que el paciente y su familia participen de manera más activa y segura en el proceso de atención.

— **¿Por qué insiste tanto en la escucha activa?**

Porque escuchar no es simplemente oír. Escuchar implica comprender, verificar, preguntar y asegurarse de que el otro realmente pudo expresar lo que necesita.

Cuando un paciente siente que nadie lo escucha, se deteriora la confianza. Y cuando la confianza se rompe, aparecen los conflictos.

En cambio, cuando la escucha está presente, el paciente deja de sentirse un espectador de su tratamiento y comienza a participar activamente en él.

— **¿Podemos decir entonces que el diálogo también forma parte del tratamiento?**

Creo que sí. Las personas no necesitan únicamente estudios, diagnósticos o medicamentos. También necesitan sentirse reconocidas.

“

Quando un paciente percibe que participa, que es comprendido y que su voz tiene lugar, algo cambia. Y muchas veces ese cambio comienza simplemente con una conversación. Porque comunicar no es solamente transmitir información. Comunicar es cuidar. ¡Comunicar es salud!

”

El diálogo permite construir acuerdos, disminuir tensiones y generar vínculos más saludables entre quienes brindan atención y quienes la reciben. Por eso la mediación en salud y los métodos colaborativos tienen cada vez más relevancia dentro de las organizaciones sanitarias.

— **Hablás de la importancia del contexto. ¿Qué significa exactamente?**

Significa entender que ninguna conversación ocurre en el vacío. Las personas interpretamos los mensajes desde nuestra historia, nuestras emociones, nuestros temores y las circunstancias que estamos atravesando.

Muchas veces un conflicto que parece sencillo se vuelve comprensible cuando observamos el contexto en el que ocurre. Por eso no alcanza con analizar qué se dijo. También necesitamos comprender desde dónde fue dicho y cómo fue recibido.

— **Incluso vincula esta idea con la epigenética. ¿Qué aporta esa mirada?**

La epigenética nos muestra que el entorno tiene influencia sobre la expresión genética. Es un campo fascinante porque nos recuerda que las condiciones externas importan. El ambiente, las relaciones humanas, el acompañamiento y la calidad de los vínculos no son cuestiones secundarias.

Cada vez comprendemos mejor que la salud es el resultado de múltiples factores interactuando entre sí.

— **¿Qué debería hacer una organización de salud que quiera mejorar en este aspecto?**

Capacitar en comunicación, escucha activa, negociación y gestión colaborativa de conflictos.

Muchas veces se invierten grandes recursos en tecnología, pero muy poco en desarrollar habilidades humanas. Sin embargo, son esas habilidades las que terminan sosteniendo gran parte de la experiencia del paciente y también del bienestar de los equipos.

— **Si tuvieras que dejar una reflexión final para quienes trabajan en salud, ¿cuál sería?**

Que detrás de cada diagnóstico hay una persona. La tecnología seguirá avanzando y los tratamientos serán cada vez más complejos. Pero ninguna innovación reemplazará el valor de sentirse escuchado.

Quando un paciente percibe que participa, que es comprendido y que su voz tiene lugar, algo cambia. Y muchas veces ese cambio comienza simplemente con una conversación. Porque comunicar no es solamente transmitir información. Comunicar es cuidar. ¡Comunicar es salud! ■

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

# Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

“Con más de 27 años de trayectoria en el mercado es hoy la revista más leída, consultada y difundida en su segmento”.



Seguinos en:

✉ @RevistaMedicos 📷 @revista\_medicos

in Revista Médicos f Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar



# LA GÉNESIS DEL REMEDIAR CRÓNICA DE UNA POLÍTICA DE ESTADO EN TIEMPOS DE CRISIS



Por el Dr. Carlos Anigstein (\*)

**V**eníamos de una situación extremadamente crítica: la **crisis del 2001**, signada por la devaluación, la inflación, la circulación de patacones y una desocupación creciente. El hambre de aquellos tiempos tuvo como contrapartida la emergencia de comedores, merenderos comunitarios y el trueque. La gente podía, eventualmente, acceder de forma gratuita a la consulta en los CAPS y los hospitales públicos, pero no podía comprar los medicamentos. Esto afectaba especialmente a los más pobres -el primer quintil de ingresos-, ya que para ellos el remedio representaba el gasto más importante después de la comida. Yo lo palpaba directamente: en ese momento era Secretario de Salud de un municipio y la crisis era tan profunda que no teníamos medicamentos para ofrecer a la gente.

Por eso, me entusiasmó muchísimo cuando **Federico Tobar** me propuso, en febrero de 2002, incorporarme al equipo que debía elaborar un proyecto con objetivos claros: asegurar el acceso a medicamentos esenciales a la población sin cobertura de salud, fortalecer el modelo de APS y promover políticas saludables con gestión participativa. Este proyecto, que luego se convertiría en el **Programa Remediar**, y la **Ley de Genéricos (Ley 25.649)**, fueron las dos caras de una misma moneda para mejorar el acceso de la población a los medicamentos: una para el sector público mediante el acceso gratuito y otra para el mercado a través de la regulación de precios.

Era un proyecto muy ambicioso, gestado en el marco del **DNU de Emergencia Sanitaria Nacional (486/2002)** y con financiación del **BID**, producto de la reconversión del **PROAPS** (Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud).

## La "Cocina" del proyecto

Originalmente, el programa se iba a llamar **GENAPS** (Programa Nacional de Universalización del Acceso a Medicamentos - Subprograma de Medicamentos Genéricos para la Atención Primaria de la Salud), pero Limeres del

gabinete de Ginés González García, nos propuso utilizar un nombre que resultara más empático: **REMEDIAR**.

Conformamos un equipo excelente conducido por Federico Tobar y Graciela Ventura, no voy a nombrarlos a todos y a todas porque no quiero olvidarme de ninguno, pero saben que los y las tengo en el corazón.

Lo primero que se definió fue que la compra de los medicamentos se haría de forma centralizada por licitación para obtener los costos más bajos. Asimismo, se determinó que los medicamentos se distribuyeran solo y directamente en los Centros de Salud para fortalecer la APS y mejorar el acceso en el territorio, consolidando al CAPS como la puerta de entrada al sistema de salud.

Los medicamentos se distribuirían en **botiquines (cajas)**, inspirándonos en la terminología que la OMS daba a los botiquines de emergencia, pero con una diferencia fundamental: no se calcularían por la población del área programática, sino por la **cantidad de consultas efectivamente realizadas** en cada CAPS. El objetivo era evitar el envío de medicación a servicios que no brindaban una atención adecuada, lo que generó una controversia inicial con la OPS que finalmente terminaron aceptando. Fue una decisión política de centralización de la compra y la logística para garantizar la entrega oportuna del botiquín en todos los CAPS del país.

Recuerdo que los primeros expertos en logística que consultamos nos advirtieron que el costo de distribución sería igual o superior al valor de cada botiquín. Sin embargo, no fue así: la licitación para contratar al operador logístico responsable del armado, impresión de formularios y recetarios, distribución y seguimiento, resultó ser **menor al 5% del valor de los medicamentos**.

## Definición técnica y selección racional

Para definir el contenido del botiquín no recurrimos a cálculos teóricos. Analizamos las patologías más frecuentes en la consulta ambulatoria de establecimientos públicos con sistemas de información digitalizados (tomando como base la atención ambulatoria del **Hospital V. L. y Planes de G. Rodríguez**), análisis que fue validado por la **DEIS**. La selección bajo la lógica de **selección racional** se basó en la premisa de que es más efectivo adquirir, distribuir y controlar un número limitado de fármacos.

Del total de los motivos de consulta, los primeros 46 resultaron representar el **82% del total**. Una vez identificadas las patologías causantes, se seleccionaron los medicamentos necesarios y la proporción de cada uno según su prevalencia. Se definieron **56 formas de presentación**, según la clasificación de drogas por grupo terapéutico (**ATC**) y traducidas a **Dosis Diarias Definidas (DDD)**. Se distinguieron tres grandes grupos terapéuticos:

- a) **Antibacterianos y antiparasitarios.**
- b) **Suplementos vitamínicos.**
- c) **Medicamentos de uso crónico.**

Se armaron los **Esquemas Terapéuticos** (basados en el modelo del **PROMIN** de patologías trazadoras y sus tratamientos), ordenados alfabéticamente por enfermedades o problemas de salud frecuentes y con su respectiva codificación según la **Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP)**.

En paralelo, apoyamos a la Comisión Nacional en la terminación y publicación de la **CEPS-AP** (Ministerio de Salud de la Nación y OPS), la cual fue fundamental ante la vacancia que tenía la OMS en 2002 respecto al primer nivel de atención. Para cada problema de salud, la clasificación contenía:

- a) **Medidas de tratamiento generales.**
- b) **Medicamentos genéricos incluidos en el botiquín Remediar.**
- c) **Formas de presentación.**
- e) **Dosificación recomendada para niños y adultos.**

Los botiquines se armaron con **300 tratamientos completos** de acuerdo con el esquema terapéutico. Venían en envases rotulados con el nombre genérico, el logo del Programa Remediar, la leyenda “prohibida su venta” y el nombre del laboratorio productor en un costado. Estaban preparados para atender la demanda mensual de una población de 1800 personas, con una tasa de 2 consultas/año en un CAPS que tuviera 20 horas semanales de atención médica. Se había calculado, mediante búsqueda bibliográfica, que el **porcentaje de prescripción era del 60%** de las consultas, con un promedio de **1.6 medicamentos por receta**. Asimismo, se definieron los instrumentos de registro para facilitar la prescripción a los profesionales y las planillas de control de stock.

## Implementación y resistencia política

En la primera reunión con los Ministros, estos cuestionaron la distribución directa a los CAPS, ya que querían recibir la medicación en sus propios depósitos para distribuirla ellos mismos. Una vez que aceptaron, criticaron la selección provisoria de medicamentos. Se realizó entonces una **jornada nacional** con los responsables de medicamentos de todas las provincias y sus asesores; lo llamativo fue que, aunque al inicio todos opinaban que la selección no era correcta, al final del plenario las conclusiones mantuvieron el esquema original. También tuvimos observaciones de la OPS, que finalmente solo cambió dos presentaciones, y del BID, que envió un grupo de expertos que no modificó nada.

A pesar de estos obstáculos iniciales, las licitaciones se concretaron y la distribución de botiquines se inició el **21 de octubre de 2002**, marcando un tiempo récord de implementación.

## Capacitación, sensibilización y control social

Se apostó por un modelo de **sensibilización en cascada** y capacitación en servicio (aunque en los términos de referencia originales del Programa no figuraba el término “capacitación”). Se realizaron reuniones de sensibilización donde una autoridad del Ministerio de cada provincia y de cada Municipio hacía la presentación del programa y **nuestro equipo acompañando para aclarar dudas**; esto cumplía una doble función: la autoridad debía estudiar el proyecto para exponerlo y, a la vez, legitimaba la propuesta ante los equipos técnicos, siguiendo la máxima de **“el que expone, se expone”**. Esto facilitó que el programa se pusiera en marcha en muy poco tiempo.

La capacitación sobre el **Uso Racional de Medicamentos** para los equipos de los CAPS se organizó con la OPS, la Comisión de Medicamentos de la **COMRA** y las cátedras de farmacología de las Universidades de Buenos Aires, La Plata, Córdoba y Rosario.

El modelo de participación se consolidó con el **Consejo Asesor Intersectorial**, integrado por entidades de la sociedad civil (Cáritas, Cruz Roja, Red Solidaria del Episcopado, COMRA, COFA), organismos internacionales (UNICEF, OMS, PNUD) y otros ministerios. Esto permitió, por ejemplo, que el Obispo Olmedo de Jujuy fundamentara la necesidad de entregar medicamentos también en hospitales pequeños con áreas programáticas rurales.

Remediar estableció el **monitoreo social**: una red de control social directo conducida por Cáritas y Cruz Roja mediante convenios específicos. Recuerdo cuando con Federico fuimos a ver a Monseñor Jorge Casaretto, entonces presidente de Cáritas Argentina; nos recibió en jeans y allí acordamos la firma del convenio. Ese acto marcó un hito histórico al transformar la relación Estado-Iglesia, pasando de la asistencia social a una corresponsabilidad en la gestión pública. Se estableció, por primera vez, una red federal de monitoreo social donde la sociedad civil y la Cruz Roja actuaron como “Auditores del Estado”. Este acuerdo permitió que Cáritas fiscalizara la transparencia y la logística en la entrega de botiquines en los CAPS, garantizando ante la sociedad y el BID que los medicamentos llegaran gratuitamente a la población vulnerable.

Pero no fue la única anécdota significativa. Cuando presentamos la propuesta en la sede del BID junto a Cáritas y la Cruz Roja, chocamos con la postura del organismo, que prefería contratar una consultora internacional. La tensión subió tanto que el representante de la Cruz Roja entabló una discusión muy fuerte, con algunos agravios, frente a los funcionarios. Yo pensé: “Se terminó todo”. Al salir al pasillo, les advertí a Federico Tobar y Graciela Ventura que el proyecto seguramente sería rechazado. Sin embargo, tras reunirse con las autoridades, salieron con la noticia de que lo habían aceptado. Para nuestra sorpresa, el BID valoró que, más allá de las discusiones, el proyecto era sólido y reflejaba un compromiso inquebrantable de ambas instituciones.

También se integraron los Consejos Consultivos Provinciales y Municipales del Ministerio de Trabajo, el Programa Jefas y Jefes de Hogar, y los Consejos Locales de Salud.

Finalmente, se implementó el **Call Center de Remediar** para consultas, reclamos o denuncias, un modelo muy innovador para la época montado sobre la estructura del de SIDA. Se sumaron la página web, canales digitales y soporte técnico para la gestión de consultas y mantenimiento de bases de datos.

Este sistema funcionó como un nexo de comunicación y control entre el Estado y los beneficiarios, garantizando que cualquier irregularidad fuera registrada, resuelta y auditada mediante las **Auditorías Administrativas del Remediar** en los CAPS.

**El Remediar no fue solo un programa de provisión de fármacos; fue la respuesta ética y política de un Estado que, en su hora más oscura, decidió que el acceso a la salud no podía ser un privilegio de mercado, sino un derecho humano garantizado en cada rincón del territorio. ■**

(\*) Ex Gerente de Comunicación y Participación Social del REMEDIAR



# COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud  
**inteligente**



Comunicación  
**que transforma**

**GPT** MARKETING

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



# 25 años de Confianza

Construida a partir de entender la importancia de lo que hacemos y el impacto real que tiene en la vida de las personas.



ANIVERSARIO

## SCIENZA

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





**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.acudireemergencias.com.ar](http://www.acudireemergencias.com.ar)

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