



Valorología

Cuidar el verdadero valor
de tu empresa

Planes a medida con servicio y prestadores a elección.

Ejecutivos de cuentas y de atención, médico corporativo,
plataforma de autogestión y más de 220.000 profesionales que
conforman la red médica más grande del país.



La buena salud es todo

Conocenos en sancorsalud.com.ar



La red de emergencias médicas
más grande del país

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4682-0534

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)
estebanportela@outlook.com.ar

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

ACTUALIDAD

ACUDIR EMERGENCIAS MÉDICAS CONTINÚA INVIRTIENDO EN EXCELENCIA OPERATIVA Y CALIDAD DE SERVICIO EN CABA Y GBA **6**

OPINIÓN

MEDIO SIGLO DE TENDENCIAS EN EL CAMPO DE LA SALUD

Por el Dr. Hugo E. Arce - Doctor en Ciencias de la Salud - Miembro el Grupo PAIS **8**

COLUMNA

EL CUERPO ENTRE DOS MEDICINAS: LIBERTAD, DESIGUALDAD Y EL DILEMA DEL FUTURO

Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines **10**

OPINIÓN

ELECCIONES DE MEDIO TÉRMINO EN ARGENTINA ¿UNA OPORTUNIDAD PARA AVANZAR EN EL SISTEMA DE SALUD?

Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario **12**

DEBATE

INTELIGENCIA HUMANA

Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Director Académico IPEGSA **14**

OPINIÓN

LA SALUD PÚBLICA Y LA PRÁCTICA SANITARIA DEL HOSPITAL

Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud - Miembro del Grupo PAIS **16**

COLUMNA

FINAL DE ÉPOCA ¿SIN RUMBO?

Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA) **18**

OPINIÓN

APORTES Y CONTRIBUCIONES EN EL SISTEMA DE SALUD ANÁLISIS DE LA RESOLUCIÓN 1725/2025 SSSALUD

Por el Dr. Maximiliano Ferreira - Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la SSSalud **20**

COLUMNA

REPENSAR Y RECONECTAR LA GESTIÓN SANITARIA

Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) **22**

VOCES

THE DARK SIDE OF THE GOOD INTENTIONS - LA CUENTA CORRIENTE INDIVIDUAL Y EL SISTEMA SOLIDARIO

Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados **24**

PRIMERA PLANA

IMPACTO DE LOS COSTOS DE NO CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Por el Dr. Ernesto van der Kooy - Presidente de Prosanity Consulting **26**

OPINIÓN

¿CÓMO SE "FABRICA" UN PROFESIONAL? TODOS HABLAN DE LA UNIVERSIDAD, CASI NADIE ENTIENDE EL SISTEMA

Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico Profesor Asociado - Universidad Nacional del Sur **28**

OPINIÓN

"IA Y LAS NUEVAS HABILIDADES TECNOLÓGICAS NECESARIAS PARA LA ERA DIGITAL"

Por Santiago Troncar - Digital Health Advisor&Mentor **30**

OPINIÓN

ARGENTINA, HACIA EL NUEVO ILUMINISMO

Por el Dr. Mauricio Klajman - Docente Libre - Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina - U.B.A **32**

INFORME ESPECIAL

LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD) Y LA MEDICIÓN DEL PRODUCTO HOSPITALARIO EN EL HOSPITAL CENTRAL DR. RAMÓN CARRILLO DE SAN LUIS

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León y el Dr. Julio Smaile - Director General y Jefe del Área de Gestión Clínica Hospital Central Dr. Ramón Carrillo de San Luis **34**

OPINIÓN

LA MEDICINA FAMILIAR, OPORTUNIDAD ESTRATÉGICA

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica - Epidemióloga. Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - U.B.A **38**

DEBATE

MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO Y EL DILEMA DE LOS COMUNES

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete - Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata **40**

COLUMNA

LA CONVERGENCIA HACIA UNA CULTURA GERENCIAL ÚNICA EN SALUD

Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB) **42**

VOCES

COMUNICAR CON IDENTIDAD: LA MARCA PERSONAL DEL MÉDICO EN CADA CONVERSACIÓN

Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria **44**

OPINIÓN

PATIENT BLOOD MANAGEMENT: LA ESTRATEGIA QUE REVOLUCIONA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por la Dra. Alicia Vilaseca - Jefa de Hematología Clínica San Camilo - Buenos Aires - Argentina **46**

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

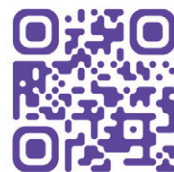


FLUX

el nuevo plan joven de **osde**

asistencia al viajero en países limitrofes

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



conocé más

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.gov.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.gov.ar - R.N.A.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 6-1408-1. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.

Acudir Emergencias Médicas continúa invirtiendo en excelencia operativa y calidad de servicio en CABA y GBA

Acudir Emergencias Médicas, empresa de urgencias y emergencias con más de 20 años de trayectoria, anunció una fuerte inversión destinada a la ampliación de su estructura operativa y a la renovación de su flota, con el objetivo de fortalecer y consolidar su liderazgo en CABA y Gran Buenos Aires, y garantizar un servicio cada vez más ágil, profesional y de calidad para sus clientes.

Este año, a través de una compulsa técnica, AUSOL y GCO seleccionaron a Acudir Emergencias Médicas para cubrir la accidentología vial en todas sus trazas (accesos norte y oeste y la Av. Gral. Paz), cuya demanda promedia los 300 servicios mensuales. En función de ello, Acudir invirtió más de 7 millones de dólares, con el fin de concretar la apertura de 12 nuevas Bases Operativas, sumar 25 Unidades de Terapia Intensiva Móviles y 3 motos de respuesta inmediata. Se trata de un gran proyecto de ampliación de la estructura operativa que además les brinda apoyo y una mejor performance a los actuales clientes en esas zonas.

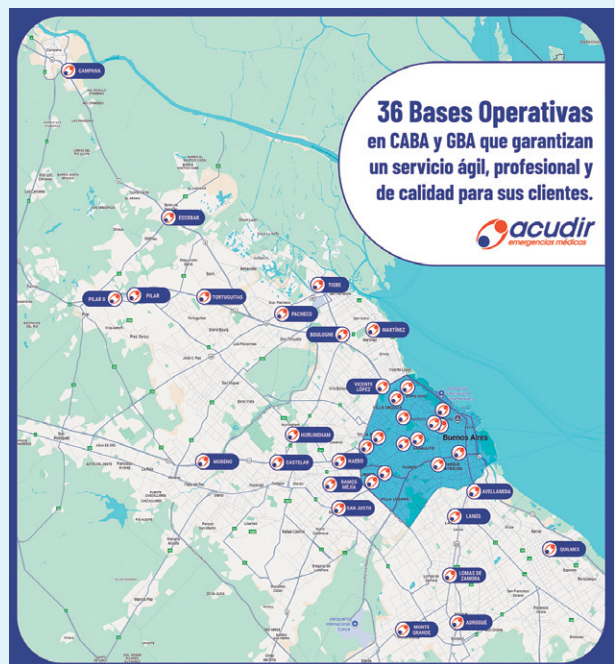
Con esta expansión de infraestructura llevada a cabo, la compañía alcanzó un total de 36 Bases propias ubicadas estratégicamente en CABA y GBA, todas habilitadas por las autoridades de Salud correspondientes, lo que la posiciona como la empresa del rubro con mayor cobertura operativa hasta el tercer cordón del AMBA.

“Durante el último año, hemos realizado más de 500.000 servicios, sólo de urgencias y emergencias médicas. Esta gran inversión no sólo representa un crecimiento para la empresa, sino también una confirmación más de nuestro firme compromiso con la calidad en la prestación de todos nuestros servicios”, señala Pablo Rossetto, Gerente General de Acudir. La nueva estructura operativa, sumado a un equipo humano altamente capacitado, transforman a Acudir S.A. en el actor de referencia en la medicina prehospitalaria.

Compromiso con la calidad y la excelencia

Desde sus inicios, la misión de Acudir se sostiene en tres pilares: salvar vidas, mejorar la salud y brindar contención en situaciones críticas. En línea con este compromiso:

- Renovó -ininterrumpidamente durante 10 años- su certificación ISO 9001:2015 otorgada por TÜV Rheinland, para la prestación de todos sus servicios, incluyendo la gestión operativa y administrativa.



36 Bases Operativas en CABA y GBA que garantizan un servicio ágil, profesional y de calidad para sus clientes.



- Fue distinguida recientemente con el Premio Angels Diamante, que acredita el cumplimiento del 100% de los estándares internacionales para Servicios de Emergencias Médicas, especialmente en protocolos críticos como el ACV. En los últimos 6 años, Acudir activó los protocolos IAM (infarto agudo de miocardio) y Stroke (ACV) en más de 2.500 servicios, con un tiempo promedio de arribo de 12 minutos. El empleo de estos protocolos de asistencia brinda una mayor seguridad al paciente, minimizando la posibilidad de permanecer con secuelas o discapacidad.



Una de las 12 nuevas locaciones de Acudir: Base Operativa Moreno, ubicada en el Km. 33,250 de Acceso Oeste.

Innovación tecnológica al servicio del paciente

El Centro Operativo de Acudir, que básicamente es el corazón de la organización, está equipado con un Data Center de última generación, que permite gestionar cada pedido de servicio durante las 24 horas, asignando el recurso más adecuado y realizando el seguimiento de la atención, hasta su cierre. Cuenta con sistema propio (Techmed) e integración con seguimiento satelital y Google Maps, lo que permite optimizar los tiempos de respuesta y garantizar eficiencia en cada intervención. ■

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

OSPAT
ESTAMOS CON VOS



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

0800 999 1656
WWW.OSPAT.COM.AR

MEDIO SIGLO DE TENDENCIAS EN EL CAMPO DE LA SALUD



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Hacia el final del prolongado período de posguerra de las décadas del 50, 60 y 70, donde predominó en el campo de la Salud Pública, la idea de proporcionar a la totalidad de la población una *atención médica accesible, oportuna, integrada e integral*, diversas vertientes del pensamiento sanitario confluyeron en septiembre de 1978, en Alma-Ata, -Capital de Kazajistán, una de las repúblicas soviéticas-, en una Conferencia Internacional organizada en forma conjunta por OMS y UNICEF.

Allí coincidieron los expertos en declarar una meta ambiciosa, *salud para todos en el año 2000*, y una estrategia para alcanzarla, la *atención primaria de la salud (APS)*. A partir de ese amplio consenso, se difundió en todo el mundo la *estrategia de APS*, como paradigma rector de todos los postulados de política sanitaria, que los organismos internacionales y los gobiernos participantes, manifestaban como respaldo de sus intenciones.

Los 8 componentes originales que contenía la Declaración de Alma-Ata, fueron objeto de distintas interpretaciones, según la visión de quienes los utilizaban. La mayoría hizo hincapié en la prioridad de las acciones de *prevención y promoción*, y del *1º nivel de atención*, controlando el uso apropiado de la tecnología, en la planificación de los servicios de salud.

Otros alentaron la convergencia de los líderes de las instituciones que conforman los sistemas de salud, en principios generales y *redes integradas*, en un proceso al que denominaban *planificación estratégica*. En esta línea se planteaba que todos los actores de los servicios de salud -públicos o privados, con o sin fines de lucro, incluyendo *médicos populares y curanderos*- eran necesarios para garantizar el acceso de toda la población al Sistema.

En nuestro Continente, la OPS invirtió grandes esfuerzos en las décadas del 80 y 90, para promover *sistemas locales de salud (SiLoS)*.⁽¹⁾ Ese enfoque se oponía a los que interpretaban que la resistencia a la estrategia de APS provenía del *modelo médico-hegemónico*.⁽²⁾

Es significativo que las ofertas educativas y los programas sanitarios de las autoridades de ese momento, a menudo exponían los fundamentos de APS, aunque enfatizaban el acceso de los nuevos profesionales y de la población usuaria a los servicios de alta complejidad tecnológica.

En los '90 -al calor de la explosión de las comunicaciones y la informática- cobró universalidad la corriente de *calidad de la atención médica*, inspirada en una vertiente equivalente de los '70 en el campo de la industria.

Este nuevo paradigma se expandió ávidamente en todo el mundo, fortalecido por los principios de *seguridad del paciente* y de *prevención del error médico*⁽³⁾, iniciados en EE. UU. El principio de la Calidad dio lugar a que se multiplicaran las organizaciones de Acreditación Hospitalaria, reproducidas en más de 70 países, como método integral para evaluar los ámbitos donde se articulan las diversas instalaciones y prestaciones de atención de los pacientes.

Entretanto los organismos internacionales (OPS-OMS) dedicaron sus esfuerzos a definir por consensos mundiales, los *objetivos (estadísticos) de desarrollo del milenio*, y hacia 2010, los del *desarrollo sustentable*, como respuesta a la identificación de prioridades universales, enunciadas en términos de *salud global*.

Durante el Siglo XXI, distintos atributos de la tendencia mundial a la *calidad y seguridad asistencial* se fueron desplegando y adquiriendo entidad propia, a través de instituciones y eventos especializados. La seguridad del paciente dio lugar a una alianza mundial, promovida por la OMS, con el aporte de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Se acordaron principios para medir la evolución de la atención médica mediante indicadores, con validación internacional.⁽⁴⁾

Se realizaron encuentros y diversos reconocimientos para instituciones destacadas por su *atención centrada en la persona*. Teniendo en cuenta la diversidad de modelos de financiamiento de la atención médica y de modalidades de contratación, se formularon criterios para gestionar sistemas de atención *basados en valor*, que permitieran planificar redes de servicios con la mayor eficiencia económica, proveyendo cuidados de la mayor calidad.

Se desarrollaron *guías de práctica clínica*, con el fin de uniformar los criterios de diagnóstico y tratamiento de las patologías prevalentes. Esta forma de normatizar las actividades asistenciales más frecuentes y las unidades de atención de emergencias se ha difundido en la mayoría de los países, garantizando criterios equivalentes, comparables entre diferentes prestadores. Asimismo, se están acordando nuevos protocolos para evitar eventos de *resistencia bacteriana*.

Por otra parte, ante los costos crecientes de la atención médica y la multiplicación de medicamentos derivados de grandes inversiones -sustentados en los avances de anticuerpos monoclonales e ingeniería genética- se establecieron organismos estatales para la evaluación de tecnologías asistenciales. Estos progresos tuvieron como efecto negativo, un crecimiento exponencial del gasto farmacéutico, que puso en estado de alerta el financiamiento de todos los sistemas de salud, aún los más industrializados.⁽⁵⁾

Sin embargo, más allá de las expectativas sobre el *efecto progresivo* en la redistribución de los recursos de la sociedad, los resultados durante 1/4 de siglo (1990-2015), medidos con alta precisión metodológica en 195 países, mostraron que en ese período sólo lograron mejoras significativas en sus servicios de salud, los países y regiones de bajo riesgo socio-demográfico, es decir, los más desarrollados.⁽⁶⁾

Alrededor de 2015, fue creciendo el interés por la Inteligencia Artificial (IA) en todos los ámbitos de producción y servicios, al considerar que su operatoria en términos de *inmediatez*, será la base de la denominada "4ª Revolución Industrial". Pero su desenvolvimiento no estará exento de riesgos, porque requerirá enormes consumos de energía, que magnificarán las estructuras de generación.⁽⁷⁾ ¿Deberemos volver al principio de sustentabilidad para prevenir esta nueva amenaza? ■

Bibliografía:

- 1) Organización Panamericana de la Salud: Los Sistemas Locales de Salud; Conceptos, Métodos, Experiencias. Ed. OPS/OMS, Publicación Científica N° 519, Washington D.C., 1990.
- 2) Organización Panamericana de la Salud: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de OPS/OMS. Ed. OPS, Washington D.C., 2007.
- 3) Institute of Medicine (IoM): To Err is Human; Building a Safer Health System. Ed. IoM, 1999.
- 4) Organization for Economical Cooperation and Development (OECD): International Journal for Quality in Health Care, OECD Indicators Project. Supplement, september 2006.
- 5) Arce H.: ¿Cómo afrontar los costos crecientes de la atención médica? Medicina (Buenos Aires) 2019; 79: 529-533 (N° Especial 80° Aniversario). Premio "Obra Social Luis Pasteur".
- 6) Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet; 390: 231-66. Published online May 18, 2017. Bill & Melinda Gates Foundation.
- 7) Daitch A. (experto IA): ¿Estamos en una burbuja de inteligencia artificial o en la base de una nueva revolución? La Nación, Economía. 28-sept-2025: 12.

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

GALENO
pyme

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



Amplia cartilla médica

Red de Sanatorios de la Trinidad

Video consulta médica

Asistencia al viajero

Gestiones on line

Beneficios exclusivos
para pymes

Más salud
para tu empresa

EL CUERPO ENTRE DOS MEDICINAS: LIBERTAD, DESIGUALDAD Y EL DILEMA DEL FUTURO



Por el Dr. Carlos Felice (*)

La medicina del siglo XXI promete libertad y longevidad, pero enfrenta su mayor desafío: no todos pueden entrar en el futuro. Entre el dato y el cuerpo, entre el algoritmo y la empatía, se define hoy qué entendemos por humanidad.

Durante siglos, la medicina fue el puente entre el sufrimiento y la esperanza, entre el cuerpo que enferma y el saber que intenta repararlo. Pero en los últimos años, quizás los más vertiginosos de la historia moderna, ese puente comenzó a transformarse.

Lo que antes era un tránsito entre la enfermedad y la cura se ha vuelto un cruce entre dos paradigmas: una medicina todavía anclada en el contacto humano y otra, emergente, que deposita su fe en los algoritmos. El cuerpo, ese territorio último de lo humano, es hoy el campo donde se enfrentan dos visiones del mundo.

Del saber al algoritmo

La medicina 2.0 fue el tiempo de la digitalización: historias clínicas electrónicas, telemedicina, acceso remoto al conocimiento. Representó el intento de democratizar la salud a través de la conectividad. Pero la medicina 3.0, que ya asoma con fuerza, no se limita a conectar: piensa. Es una medicina inteligente, predictiva, personalizada. No solo registra lo que somos, sino que intenta anticipar lo que seremos.

El médico del siglo XXI convive con sistemas de inteligencia artificial que analizan imágenes, cruzan millones de datos genéticos y detectan patrones invisibles para el ojo humano. La ciencia médica, que alguna vez se sostuvo en el juicio clínico y la experiencia del cuerpo, comienza a depender de modelos estadísticos que no piensan, pero deciden. El saber pierde su centro antropológico: ya no se trata del encuentro entre médico y paciente, sino de la relación entre dato y decisión.

Esa transformación no es solo técnica. Es cultural y filosófica. El saber clínico -esa mezcla de intuición, empatía y experiencia- se ve desplazado por la objetividad del algoritmo, que no se cansa, no duda, no olvida. Pero la medicina nunca fue solo eficacia; fue, sobre todo, una ética del encuentro. Cuando el diagnóstico se convierte en cálculo, el cuerpo deja de ser historia y pasa a ser dato. Y un cuerpo sin historia es un cuerpo despojado de humanidad.

La promesa de libertad

Toda revolución tecnológica viene envuelta en una narrativa moral: la promesa de libertad. La medicina 3.0 se presenta como emancipación. Libertad para elegir tratamientos, para acceder a la información, para decidir sobre el propio cuerpo. La utopía de la autonomía total.

Sin embargo, la libertad tecnológica suele ocultar su costo social. Porque la libertad, en un mundo desigual, se distribuye de forma asimétrica. Quien tiene recursos accede a la medicina personalizada, a los diagnósticos predictivos, a los tratamientos basados en genómica; quien no los tiene, permanece en un sistema que apenas garantiza lo básico. La libertad, así, se vuelve un privilegio de clase.

La contradicción es brutal: el discurso de la medicina inteligente convive con prácticas ancladas en desigualdades históricas. Las tecnologías que prometen democratizar el cuidado del cuerpo pueden terminar profundizando la brecha entre quienes tienen acceso al futuro y quienes aún viven en el pasado. La pregunta ética, entonces, no es qué tan avanzada es nuestra ciencia, sino quién tiene derecho a entrar en ella.

La desigualdad como estructura del cuerpo social

El cuerpo humano no es solo biología: es también política. En él se inscriben las jerarquías del mundo. Si la medicina del siglo XXI quiere presentarse como un proyecto de libertad, debe reconocer que la desigualdad no es un obstáculo externo, sino una condición interna de los sistemas donde actúa.

El riesgo es claro: una biotecnología de élites. Una medicina del porvenir para los que pueden pagarla, mientras los demás siguen atrapados en un modelo asistencial que sobrevive a duras penas.

La idea de que todos los cuerpos valen lo mismo se enfrenta con una paradoja inquietante: no todos los cuerpos son igualmente legibles por las máquinas. Los algoritmos que entrenan las inteligencias artificiales se nutren de datos de poblaciones privilegiadas, generando sesgos invisibles. La máquina diagnóstica mejor a quien más se le parece.

De este modo, la desigualdad no solo atraviesa la distribución de los recursos, sino la arquitectura del conocimiento médico. Algunos cuerpos acceden al tratamiento; otros ni siquiera son reconocidos por los sistemas que deciden el futuro de la salud.

El dilema del futuro

Toda disrupción tecnológica abre un dilema entre progreso y exclusión. En la medicina, ese dilema adquiere una nitidez casi dolorosa.

El ideal de una medicina predictiva, preventiva y personalizada es admirable, pero también inquietante. ¿Qué ocurre cuando el sistema sabe más de nosotros que nosotros mismos? ¿Qué libertad queda cuando los algoritmos anticipan nuestras enfermedades, nuestras conductas o nuestras probabilidades de muerte?

El cuerpo, antes territorio de la experiencia, se convierte en un objeto de gestión. El ser humano ya no se cura: se administra. El dolor, la fragilidad, la incertidumbre -esas dimensiones tan humanas del vivir- son expulsadas del discurso médico, como si la vulnerabilidad fuera un defecto a corregir.

El dilema no es solo ético, sino ontológico. Ético, porque redefine quién tiene derecho al cuidado. Ontológico, porque reconfigura qué entendemos por ser humano.

Si la medicina logra predecir todo, ¿qué espacio quedará para la singularidad de cada vida? Si el algoritmo se convierte en juez de la salud, ¿quién juzgará al algoritmo?

El cuerpo como frontera moral

El cuerpo es hoy la frontera donde se enfrentan el mito del progreso y la realidad de la exclusión. En él se revela la contradicción de nuestra época: hablamos de libertad, pero vivimos en sistemas donde no todos pueden ejercerla. Celebramos la inteligencia artificial, pero millones siguen muriendo por causas que la inteligencia más básica podría evitar.

El cuerpo del ciudadano global -cuantificado, medido, monitoreado- coexiste con el cuerpo del desamparado, el viejo, el migrante, el que no accede al futuro. Uno es tratado como dato; el otro, como carga. Y en ese contraste se juega el verdadero sentido de lo humano.

El desafío no es frenar el avance tecnológico, sino dotarlo de sentido moral. El progreso sin justicia se convierte en poder, y el poder sin equidad, en exclusión. La medicina del futuro no debería medirse por su capacidad de anticipar enfermedades, sino por su voluntad de cuidar incluso a quienes no generan datos.

El dilema de la libertad

La palabra "libertad" brilla en cada discurso sobre innovación, pero la libertad no se programa: se construye. Ser libre en el terreno de la salud no significa elegir entre tratamientos, sino no quedar excluido del derecho a ser cuidado.

La medicina del futuro enfrentará su propio dilema: o se convierte en una práctica solidaria y universal, o se consolidará como un privilegio tecnocrático.

El cuerpo entre dos medicinas -la del encuentro humano y la del algoritmo- no pertenece todavía al futuro, pero ya no se reconoce en el pasado. Es un cuerpo atravesado por datos, pero aún necesitado de mirada, de tacto, de palabra.

Quizás el verdadero desafío no sea avanzar en la predicción de la vida, sino reaprender a acompañarla. Porque el progreso sin vínculo se vuelve desamparo, y la inteligencia sin empatía, una forma sofisticada de barbarie.

El dilema del futuro no es tecnológico, sino ético. No se trata de lo que la medicina puede hacer, sino de a quién está dispuesta a cuidar. ■

(*) 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).



Creemos
con vos



OSPE

Dedicados a cuidarte

ospesalud.com.ar



ELECCIONES DE MEDIO TÉRMINO EN ARGENTINA

¿UNA OPORTUNIDAD PARA AVANZAR EN EL SISTEMA DE SALUD?



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

Las recientes elecciones legislativas de medio término en la Argentina, en un contexto convulso con un Ejecutivo y un Congreso donde el oficialismo ha consolidado su posición, crean un escenario crucial para las políticas públicas en salud.

El sistema de salud argentino enfrenta una de sus crisis más profundas en décadas, marcada por el ajuste fiscal, la caída del poder adquisitivo del personal sanitario y el deterioro de la infraestructura, lo que ha puesto en jaque a los hospitales públicos nacionales y ha impactado gravemente a las instituciones provinciales.

En este contexto, surge una pregunta urgente: ¿podrán las decisiones políticas resultantes de estas elecciones traducirse en mejoras reales para la salud pública?

El gobierno nacional, ahora consolidado tras el reciente triunfo electoral, ha implementado un programa de austeridad en búsqueda de un equilibrio fiscal. En el área de salud, esto se ha traducido en recortes presupuestarios y la transferencia de responsabilidades a las provincias para la ejecución de programas esenciales. Como resultado, se observa un aumento en la demanda, una oferta reducida y un clima de tensión en los hospitales.

A pesar de estos retos, la respuesta del sector de la salud no se ha hecho esperar. Movilizaciones de médicos, enfermeros y residentes han puesto de manifiesto el deterioro del sistema, destacándose instituciones emblemáticas como el Hospital Garrahan. En este contexto, el Congreso Nacional sancionó la Ley de Emergencia en Pediatría, enfrentando al poder ejecutivo quien había advertido que vetaría la ley en caso de su aprobación.

Finalmente, la ley fue promulgada oficialmente por el gobierno nacional luego de una insistencia parlamentaria, tras que el Poder Ejecutivo realizara observaciones al proyecto original. Sin embargo, aunque ha sido promulgada, su aplicación ha sido suspendida temporalmente debido a cuestiones de financiamiento.

El gobierno ha solicitado que el Congreso defina las fuentes de financiamiento necesarias para su implementación, lo que retrasa su entrada en vigor hasta que se incluyan las partidas correspondientes en el presupuesto nacional. Esto plantea un nuevo desafío en la relación entre el Legislativo y el Ejecutivo.

¿Puede el Congreso convertirse en un contrapeso que impulse al Gobierno a revisar su estrategia sanitaria? Las señales son mixtas. El oficialismo aún mantiene un control considerable sobre la agenda sanitaria, pero ha habido avances en los que la oposición ha logrado revertir algunos vetos presidenciales, lo que sugiere que el Parlamento podría comenzar a establecer límites.

Habrà que estar atentos a las negociaciones luego de diciembre y la nueva conformación de ambas cámaras. Los próximos meses serán determinantes para definir si la Ley de Emergencia en Pediatría se convierte en una herramienta efectiva para fortalecer el sistema o en un mero gesto simbólico.

Para ello, además las negociaciones políticas, será crucial que su implementación cuente con mecanismos de control ciudadano; sin ellos, no habrá transparencia ni rendición de cuentas. Para que se produzca un cambio sustantivo, son necesarios la voluntad política, recursos adecuados, consistencia técnica y control social. La falta de alguno de estos elementos podría no solo perpetuar la crisis, sino también generar nuevas demandas.

Más allá de la ley de emergencia en pediatría

El debate sobre la salud tiene dimensiones múltiples que van más allá de esta ley específica. En primer lugar, la equidad: el deterioro del sistema público afecta más severamente a los sectores más vulnerables, acentuando las desigualdades territoriales y sociales.

En segundo lugar, la sostenibilidad: el Gobierno sostiene que el Estado no puede mantener un sistema de salud gratuito y universal, aunque la evidencia sugiere que desfinanciar la prevención podría resultar más costoso en el mediano plazo.

Además, el problema estructural del sistema es evidente: es fragmentado e ineficiente, con funciones superpuestas entre Nación, provincias, obras sociales y el sector privado; sin una reforma integral que busque la integración, cualquier medida será insuficiente.

¿La salud se jugó en las urnas? Encuestas recientes muestran que una mayoría de la población rechaza los recortes en hospitales públicos y demanda mayor inversión en salud. Sin embargo, esta exigencia no se tradujo en votos. Esto puede parecer contradictorio, pero refleja la complejidad de las decisiones de los votantes y cómo las prioridades no siempre se traducen en acciones electorales.

La cuestión central es hasta dónde queremos -y podemos- llegar en términos de cobertura sanitaria. ¿Debería el Estado garantizar el acceso universal o limitarse a brindar una cobertura mínima? ¿Hasta qué punto es viable garantizar servicios de salud de calidad y gratuitos mientras se busca estabilizar la economía?

La discusión sobre cómo revalorizar el trabajo sanitario es clave, dado que la fuga de profesionales y las precarias condiciones laborales impactan en la calidad y accesibilidad de los servicios.

Las respuestas a estos interrogantes no dependen únicamente del resultado electoral, sin embargo, las elecciones de medio término siempre son excelentes oportunidades para instalar temas en la agenda pública. Si bien ha pasado el tiempo de votación, el activismo cívico es necesario para llevar las necesidades sanitarias al nuevo Congreso Nacional.

Del mismo modo, también pueden ser una oportunidad perdida si no se utilizan para discutir sobre las reales prioridades del Estado. Dependerá tanto del oficialismo como de la oposición capitalizar esta oportunidad.

Lo que se decidió en las urnas no solo afectará la composición del Congreso, sino también el futuro de los hospitales, los tiempos de espera para consultas y la calidad de atención. En última instancia, se votó también por el derecho a la salud. ■

(*) Profesor universitario.



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

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

PRUDENCIA
Seguros 



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



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

INTELIGENCIA HUMANA



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Spoiler alert: este no es un artículo acerca de los alcances y posibilidades de la Inteligencia Artificial (IA). Es una reflexión compartida en torno a las tendencias que se observan en el mercado de la salud a partir de su aparición, y las consecuencias que devienen de ello. Estamos en un momento de genuino cambio de modelo de producción de servicios de salud, y tal vez valga la pena detenerse en ello.

La ingeniería biológica, (nuevas moléculas) y genética (medicina genómica -CRISPR), las interfaces humano- mecánica (ciborgs), la ingeniería de la vida inorgánica (dispositivos) y la robótica aplicada ya son parte de la tecnología disponible.

Su intersección con el Big Data y consecuentemente el aprendizaje automático a través de IA, supone una verdadera bisagra ya no en lo procedimental o instrumental, tal como lo conocimos hasta ahora, sino en el propio *modelo de producción en salud*. Baste un ejemplo: el Premio Nobel de química 2024 le fue otorgado (D. Baker - D. Hassabis - J.M. Jumper) ni más ni menos que por el diseño computacional de proteínas. En otras palabras, por la creación a través de la IA de un componente esencial de la vida.

Esta revolución tecnológica está redefiniendo tanto el futuro del sector, como el concepto mismo de salud. Analistas de Alta Dirección Estratégica y consultoras internacionales, pronostican de aquí a 2035 en EE. UU una reasignación de fondos equivalentes a 1 billón de dólares actualmente asignados a procedimientos y procesos definidos como “obsoletos” hacia “modelos de atención de próxima generación”. Este cambio se describe como la oportunidad de transformar la atención médica “de un punto de quiebre a un avance decisivo” (From breaking point to breakthrough).⁽ⁱ⁾

Ese billón es el monto que se espera se desplace hacia la automatización de procesos administrativos, como derivaciones y programación de citas, automatización de procedimientos diagnóstico-terapéuticos y la atención definida como proactiva, predictiva y personalizada.

Se llega incluso a anunciar *el desplazamiento de la institución asistencial, al hogar familiar*, transformándolo en un centro de monitoreo continuo, en el que los dispositivos se volverán exponencialmente más sofisticados: espejos inteligentes que rastrean la temperatura y la presión arterial, comparándolas con datos históricos, e inodoros con tecnología habilitada capaces de detectar biomarcadores de posibles cambios en el estado de salud mucho antes de que aparezcan los síntomas.⁽ⁱⁱ⁾

La bioingeniería avanzada, la ingeniería de ciborgs, la robotización aplicada, la bioinformática y los procedimientos centrados en la medicina genómica: (CRISPR), dan soporte al cambio de paradigma enunciado.^{(iii) (iv)}

Este último en particular, conlleva una consecuencia inquietante. Los avances en rastreo poligénico actualmente en etapa de comercialización, suponen la posibilidad de excluir a aquellos embriones “defectuosos”, o incluso, inducir características genéticamente determinadas, a través de procedimientos genómicos, de modo tal que *el concepto de salud se va desplazando progresivamente desde quien no presenta signos de enfermedad, o no soporta la carga hereditaria de padecerla hacia quien haya sido optimizado en términos de su bagaje heredado, y pueda pagarlo, por supuesto.*^(v)

La historia muestra que **el avance tecnológico por sí solo no garantiza progreso social**. Angus Deaton (Premio Nóbel de Economía 2005) conceptualizó que los mismos mecanismos de innovación y crecimiento que históricamente permitieron a algunos países el “Gran Escape” de la pobreza y la enfermedad, generaron simultáneamente enormes desigualdades entre los que prosperaron y los que quedaron atrás.^(vi)

En el siglo XXI la IA actúa como un amplificador de esta paradoja. El futuro cercano promete diagnósticos instantáneos y recetas entrega-

das por drones, pero el contraste con el desfinanciamiento y la degradación de los sistemas sanitarios solidarios y universales resulta brutal.

Si el concepto ordenador del conocimiento científico se orienta hacia el perfeccionamiento individual sostenido por la capacidad económica del sujeto, y el acceso efectivo hacia quienes pueden pagarlo, de no mediar políticas públicas que lo contrarresten, los algoritmos serán capaces de diagnosticar incluso por vía remota enfermedades mucho antes de la aparición de los síntomas, pero mientras tanto la población más vulnerable ni siquiera podrá costear la consulta básica o la medicación.

El sujeto ideal del sistema de salud de próxima generación sería así, -si no hacemos algo al respecto-, un “súper consumidor” con altos ingresos que pagará de su bolsillo por innovaciones como la genómica y los “digital twins”⁽²⁾, impulsando y financiando la evolución. Pero en el otro extremo, veremos- como ya se propone explícitamente - chatbots diseñados para atender las necesidades de quienes (SIC) “*sean demasiado pobres para acceder a cuidados médicos especializados*”.⁽ⁱⁱⁱ⁾

El sector salud se está transformando en una economía de plataformas. El paciente ya no es sólo el objeto del sistema. Es el producto para comercializar y el modelo de negocio, y la monetización del dato el resultado más relevante (incluso que el producto convencional).^(iv)

Por lo que más que nunca, si el concepto de equidad no se incorpora desde el comienzo en las políticas y el diseño de las plataformas, la transformación digital conducirá inevitablemente a exacerbar las desigualdades existentes, porque las poblaciones subasistidas, como las que integran el vergonzoso 35% de pobreza estructural de nuestro país, carecen de acceso efectivo al sistema de salud, pero también a dispositivos, banda ancha o alfabetización digital, quedando por lo tanto excluidas del modelo conectado y proactivo que el progreso tecnológico impulsa.

La antigua contradicción entre avance tecnológico y progreso social reconoce una conocida respuesta: *la tecnología es una condición necesaria pero no suficiente. El verdadero motor es la capacidad de las sociedades para gobernar ese avance, orientándolo a la equidad, la sostenibilidad y el desarrollo humano. Y este es sobre todo un problema moral que no lo resuelve IA alguna. La respuesta ocupa el campo de la ética y los valores. Y por lo menos hasta aquí, esto es patrimonio excluyente de la Inteligencia Humana.*

Para garantizar que la salud siga siendo concebida como un derecho universal y que la persona humana sea su objeto y fin último, las políticas públicas deben centrarse en lo que se denomina *Equidad desde el Diseño* (Equity Built In): si ésta no se construye desde el inicio en las plataformas, precios y políticas, el sistema reforzará las divisiones sociales condenando a los desfavorecidos a la postergación definitiva. Ello implica asociar la idea de tecnología, a la de inserción proactiva.

Por lo tanto, debe enfatizarse la priorización inclusiva del gasto, asegurando que las inversiones en tecnología apunten a garantizar el máximo de salud, para la mayor cantidad de personas y simultáneamente la sustentabilidad del sistema.

La tecnología ofrece las herramientas para un futuro más saludable y sostenible. Solo adoptando un enfoque impulsado por valores, asegurando que los andariveles por los que discurren sean éticos y que el acceso a la IA se utilice para cerrar y no para ampliar la brecha de la pobreza, podremos seguir sosteniendo la utopía aún posible de que la salud sea un derecho para todos, y no una mercancía para el disfrute exclusivo de las clases más favorecidas. ■

Referencias:

- i From breaking point to breakthrough: the \$1 trillion opportunity to reinvent healthcare | PwC 2025.
- ii Deloitte Center for Health Solutions. Enero 2025.
- iii Kozlov Max. The controversial embryo test that promise a better baby nature Sept 21, 2022.
- iv Yee L, Chui M et al. Technology Trends Outlook 2025. McKinsey & Company. July 2025.
- v Deaton, A. (2015). *El gran escape: Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad* (I. Perrotini, trad.). México: Fondo de Cultura Económica.
- vi OpenAI CEO Says AI Will Give Medical Advice to People Too Poor to Afford Doctors. Futurism: disponible en <https://futurism.com/the-byte/openai-ceo-ai-medical-advice>
- vii Gleiss, A., Kohlhagen, M., & Pousttchi, K. (2021). *An apple a day – how the platform economy impacts value creation in the healthcare market. Electronic Markets, 31(4), 849-876.* DOI:10.1007/s12525-021-00467-2.

- 1) Toda asociación con la idea distorsionada del Übermensch Nietzscheano, o el concepto de “raza superior” queda a cargo del lector.
- 2) Réplica o modelo virtual exacto de un objeto físico, proceso o sistema que existe en el mundo real.

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

Nueva App UOCRA

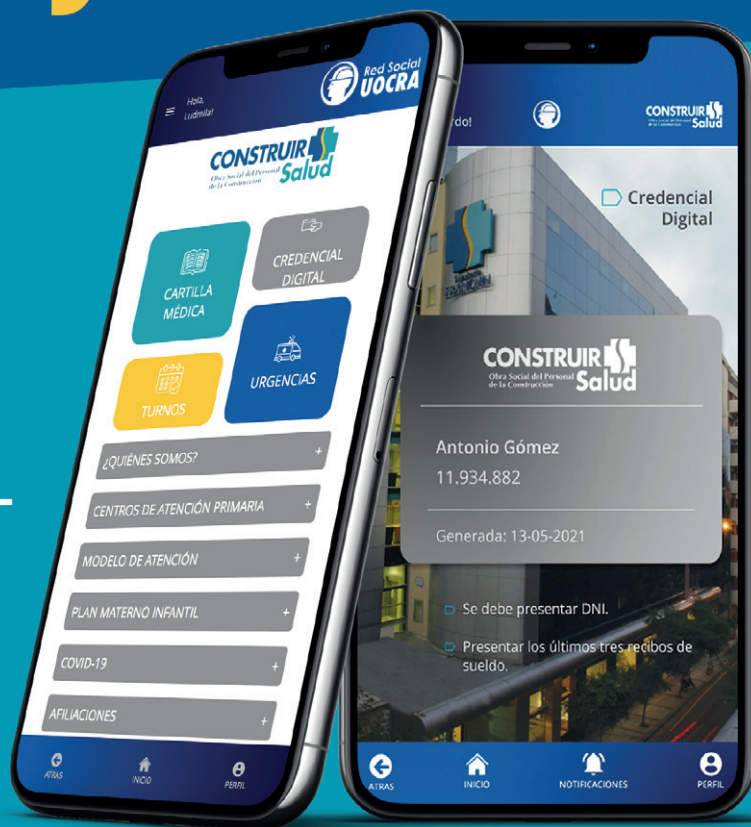
La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic de distancia!



Disponible en:



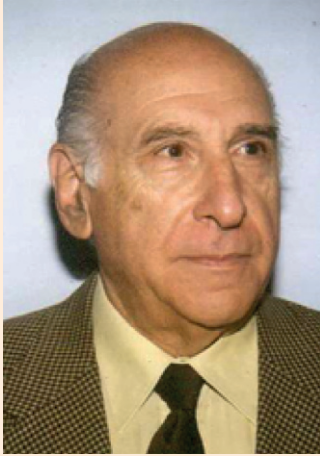
¡Ingresá al mundo UOCRA estés donde estés!

CONSTRUIR Salud
Obra Social del Personal de la Construcción



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

LA SALUD PÚBLICA Y LA PRÁCTICA SANITARIA DEL HOSPITAL



"No podemos curar a todos, pero podemos cuidar de todos".

Anónimo

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

La *Salud Pública* y la *Práctica Sanitaria* son dos campos distintos pero interrelacionados. Uno se refiere a la protección y prevención de la salud, en tanto que el otro se centra en la atención individual de las personas.

Junto a la biología humana, el medio ambiente, y el estilo de vida, la organización de los servicios constituye un factor importante en el nivel de salud alcanzado por la población, en lo que hace, a su disponibilidad, accesibilidad, calidad y eficiencia de los servicios de atención médica, incluyendo la medicina preventiva y la rehabilitación.

Puede definirse *Salud Pública* como el resultado de las actividades encaminadas a mejorar la salud de una población. Este discurso omnipotente resultaría inoperante, a excepción de programas muy específicos, como el de vacunación o el del control de la mortalidad infantil, si careciera de la práctica médica.

La *Salud Pública* también se imagina autosuficiente para definir necesidades. Sin embargo, es la epidemiología la que nos proporciona información sobre las necesidades de atención para proveer a su cobertura. En consecuencia, es un cuerpo de saberes, o un sistema de información o una línea auxiliar de asesoría para otras instancias, que ejecutan las acciones productivas de salud por medio de la práctica sanitaria.

La *Salud Pública* junto a otras iniciativas dirigidas a la vivienda y al tratamiento básico del medio ambiente puede lograr importantes resultados en la salud de las personas, objetivo de los respectivos presupuestos. En orden a ello es que deberían contar con un alto grado de coordinación en lo que hace a decisiones sobre el área y población objeto de intervención.

Sin embargo, el resultado no es igual cuando se trata de enfermedades crónico-degenerativas, que exigen programas de mayor duración en el tiempo y complejidad con los que se estructuran distintos modelos de atención médica con dos componentes, uno financiador y otro proveedor que puede ser directo o indirecto.

El tema del financiamiento es sin duda central, a punto tal que ha concentrado la atención en cuanto a su origen público, privado o mixto, en lo que hace a su suficiencia y universalidad.

Existen evidencias que un mayor aporte de recursos no resuelve automáticamente el acceso a la calidad de los servicios, ya que suelen ser afectados por la desvalorización de la clínica y la hipervalorización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sino que es la integración de los recursos lo que garantiza la eficiencia.

La fragmentación del sistema de atención médica en múltiples cajas no ofrece garantía de que la suma de las partes lleva a un estándar de excelencia, por el contrario, conduce a desigualdades tanto en el acceso a los servicios como en los beneficios.

No obstante, los partidos políticos y los movimientos sociales han contribuido en la construcción de modelos que privilegian la economía a fin de sostener la institución, en reemplazo del objetivo de salud por la que fue creada. En estas condiciones puede ser un delirio integrar los recursos ante un modelo autogestionado que distinga la población según sus recursos y capacidad de compra para acceder a la oferta privada.

Es indudable que los modelos de pago al profesional condicionan su conducta y plantean el dilema de cuál es la forma adecuada para distribuir los riesgos que involucra esta actividad económica que consiste en brindar cobertura médica a las personas toda vez que el médico prioriza la unidad de pago según fuera agregadas o desagregadas.

En general el nivel central, ministerios o secretarías, suelen mantener una centralización burocrática que afecta el desarrollo de la gestión hospitalaria. Se les hace difícil descentralizar funciones en la búsqueda de mayor eficiencia y autonomía de los hospitales a los efectos de optimizar recursos y adaptarse a las necesidades cambiantes del sistema de atención médica.

Los hospitales cumplen funciones relevantes por constituir un miembro clave en una red de servicios para responder a los cambios que se producen en su entorno. El hospital como proveedor de servicios de alta relevancia debe atender al desarrollo organizativo y tecnológico para producir acciones estratégicas de gran alcance, caracterizadas por el uso intensivo del recurso humano, tecnológico y financiero.

Medir el aporte del hospital a la salud no es tarea fácil, toda vez que tiene asignado competencias y responsabilidades territoriales, pero no poblacionales. El otro factor para destacar es que la atención ambulatoria no aparece en sus organigramas como si fuera una actividad colateral.

La estructura organizativa se basa en la división de especialidades y en los escalafones de la carrera profesional, cuyos cargos están destinados a la hospitalización y a las áreas de atención intensiva pero no a la atención ambulatoria que constituye un área descentralizada en la que actúan los médicos a través de la consulta.

En definitiva, se hace necesario incluir el área de atención ambulatoria en los organigramas hospitalarios, asignar cargos en el régimen escalafonario y establecer incentivos al desempeño profesional alineando sus intereses con los objetivos del hospital. ■

Bibliografía:

Análisis de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias. Gastão Wagner de Sousa Campos. Cuadernos Médicos Sociales Nº 74-ISSN 0326-3525

(*) Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud – Profesor Emérito de la Universidad ISALUD – Miembro del Grupo PAIS.



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

Nuestros mejores profesionales de cada área, al servicio de su empresa o institución de salud.

FINAL DE ÉPOCA ¿SIN RUMBO?



Por el Dr. Rubén Torres (*)

El sistema de salud lleva varias décadas en situación crítica, con costos crecientes incorporación indiscriminada de tecnologías, y sin solución de financiamiento, ante la indiferencia de las autoridades, y afectando a pacientes, financiadores y prestadores. La elección de Javier Milei como presidente representó una esperanza para una sociedad desilusionada con décadas de gobiernos erráticos, y con el mensaje de que “no hay plata”, se experimentó un giro en la salud pública.

En ese cambio se realizaron recortes al presupuesto público, se presentó al Estado como un obstáculo y a la justicia distributiva como perjudicial. La ideología libertaria opuesta a la redistribución y la cooperación multilateral busca transformar en el sistema, presupuestos, instituciones, y el papel fundamental del gobierno en salud.

Se han producido reducciones sustanciales del presupuesto federal de salud, y las transferencias a provincias argumentando que es constitucionalmente una responsabilidad subnacional, no un mandato federal.

Se incluyó la apertura de competencia entre aseguradoras privadas y seguridad social, la reducción de programas clave, y se anunció la creación de una agencia de evaluación de tecnologías que se vio frenada por la oposición internacional.

La justificación de los cambios en la lógica de que la salud es responsabilidad de las provincias, debilitó el rol federal y los mecanismos de redistribución y solidaridad histórica del sistema. Las reformas, que pretenden mejorar eficiencia y calidad, generan preocupación por el aumento de la inequidad, el deterioro de resultados y la vulnerabilidad de poblaciones marginadas.

El enfoque libertario privilegia austeridad y libertad individual sobre intervención estatal, y plantea dudas sobre el impacto a largo plazo de sus políticas. El presupuesto del Ministerio nacional (menos de un tercio del gasto total del sector público, uno de los más bajos de A. Latina) disminuyó 13% en dólares en 2024-25.

El Gobierno adujo ganancias de eficiencia, pero se afectaron programas e instituciones: entre 2024 y 2025, los programas de VIH se redujeron más del 30%, los de vacunación 7%, los de prevención del cáncer 47%, y la cobertura de medicamentos esenciales 65%. Se produjeron retrocesos en salud sexual y reproductiva, y los recortes también perjudicaron los programas de salud mental.

Este enfoque debilitó el papel compensador en equidad del Ministerio de Salud, en un sistema en el cual el 40% de la población (especialmente los quintiles más pobres) depende

únicamente de la cobertura pública, que está mayoritariamente descentralizada en los gobiernos provinciales.

Si bien el sistema tiene buen desempeño en los principales indicadores, es inferior al esperado en relación con la inversión del 10% del PIB (una de las más altas de América Latina), y persisten desigualdades dramáticas: el gasto público per cápita varía seis veces entre provincias; la mortalidad infantil el doble entre provincias ricas y pobres, y la mortalidad materna ocho veces, perpetuando la rigidez de morir y enfermar según el “código postal”.

Entre las reformas, la más sustancial reestructuró el sistema de seguridad social, al permitir que aseguradoras privadas compitan directamente con las obras sociales, y se enmarcó esto como una mejora en la calidad de atención y la capacidad de elección, aunque conlleva riesgos sustanciales para la equidad y solidaridad del sistema, al aumentar la segmentación del riesgo y la estratificación según ingreso.

El retiro de la OMS, alegando soberanía sanitaria y críticas a la respuesta a la pandemia, podría excluirnos de los sistemas de vigilancia de enfermedades, los mecanismos de preparación para pandemias, y los debates sobre gobernanza sanitaria global. En agosto, estalló un escándalo después de que fentanilo contaminado se vinculara con casi 100 muertes, y se plantearon dudas sobre la acción de la ANMAT, pero ilustra las consecuencias del repliegue estatal de funciones esenciales y marca los límites de la austeridad.

Las obras sociales están en crisis financiera, obligando a muchos ciudadanos a pagar de su bolsillo servicios y medicamentos. Las dificultades operativas en PAMI generan problemas en la atención. La Superintendencia de Servicios de Salud no tiene fondos para el financiamiento de medicamentos de alto costo, y algunas prestaciones llevan años sin ser abonadas, mientras el precio de los medicamentos, sigue en aumento comprometiendo hasta el 40% de los ingresos de los financiadores.

La gestión requiere cambios sustanciales, pues la falta de coordinación y regulación efectiva, y políticas fiscales y de distribución inequitativas, profundizan asimetrías y un deterioro progresivo que afecta a los pacientes y los indicadores de desempeño. La detección temprana de cáncer no cuenta con una estrategia centralizada, y los índices de inmunización nunca fueron tan bajos.

Esta reticencia refleja una postura ideológica contra el gasto en salud pública preventiva y la coordinación centralizada. Los profesionales de la salud enfrentan salarios bajos, sobrecarga laboral y pérdida de vocación, mientras el sistema aumenta su desigualdad y concentración en pocos actores ganadores.

El costo de la salud ya no se puede financiar por los mecanismos conocidos, y laboratorios y prepagos hoy conducidos por financieros no tienen más esa visión que transformó una parte de la vida de las personas e hizo curables infecciones y enfermedades mortales.

Se ha naturalizado que salud y educación son gastos de bolsillo y se dejó libradas a las personas a su suerte, y a pacientes y equipos de salud postergados u olvidados. La gente no reclama, silenciada por el agobio, porque, aunque tenga prepago, le retacean prestaciones, y aunque se preocupe por pagar una cobertura, hoy no alcanza a cubrir la cuota, aunque los dos integrantes de la familia trabajen formalmente y aporten el 9% cada uno. Pero la fuerza de lo aspiracional, la crisis y el nuevo descreme de las obras sociales, hacen que las personas se priven de otras cosas, para pagar educación de los hijos y salud.

Parece un final de época. El sistema, en terapia intensiva hace treinta años, parece estar navegando a ninguna parte, o tal vez el plan este yendo hacia lo esperado: provincias que se hagan cargo de la salud de sus habitantes, traspaso de las cápitas más altas a los prepagos, su integración vertical, desaparición de obras sociales, deterioro de la capacidad instalada y en el nivel de ingreso de los profesionales de la salud.

“Entre las reformas, la más sustancial reestructuró el sistema de seguridad social, al permitir que aseguradoras privadas compitan directamente con las obras sociales, y se enmarcó esto como una mejora en la calidad de atención y la capacidad de elección, aunque conlleva riesgos sustanciales para la equidad y solidaridad del sistema, al aumentar la segmentación del riesgo y la estratificación según ingreso.”

Sin duda, se requerían reformas para abordar las persistentes inequidades e ineficiencias, pero el enfoque actual plantea interrogantes; los recortes presupuestarios, y una reestructuración orientada al mercado, podrían exacerbar los problemas subyacentes.

La reforma requiere intervenciones focalizadas para fortalecer subsidios cruzados y mancomunación de riesgos, y redistribución de fondos de ricos a pobres, sanos a enfermos y jóvenes a mayores. Es prematuro realizar una evaluación integral de las políticas actuales, y solo en los próximos años se podrán mensurar los cambios, en acceso y resultados, y la sostenibilidad del enfoque libertario de la rectoría sanitaria.

Pero hay un profundo cambio ideológico que privilegia la

austeridad, reduce las responsabilidades federales en salud y se aleja de la redistribución y tradicional solidaridad de nuestro sistema, y la presentación de estas medidas como una defensa de la libertad frente a la intervención estatal conmueve los cimientos de la salud pública.

Solo cambiando la cadena de comercialización de medicamentos, haciendo compras directas, rompiendo con los oligopolios de la distribución, o las droguerías, no se soluciona el problema. Tampoco con la delegación en las jurisdicciones de los servicios de salud; sin cambiar el modelo de atención, especialmente cuando hay una sobrecarga en los prestadores públicos.

Fortalecer la construcción de redes integradas debería ser el camino. La responsabilidad de garantizar el acceso a la salud no puede ser de los privados, y los que no tengan esa cobertura, morir esperando una cama o un medicamento.

En un sistema a la deriva los ciudadanos que no tienen otras opciones, no se atienden con el superávit fiscal, un programa de estabilización, u otros problemas “que parecen ser más importantes”, como el swap con EE. UU., Cristina, o Espert.

Nadie piensa o busca una salida, y el mercado no lo hará, pues tiende a buscar nichos de financiamiento, y deja tras de sí agotamiento moral, bajos salarios y honorarios de los equipos de salud que sostienen el sistema, y deben subsistir trabajando en varios empleos, con solo uno o dos ganadores en esa batalla.

Este presente requiere muchas correcciones que no pueden esperar, reformas profundas y estratégicas para evitar el colapso definitivo del sistema. Los hospitales deben volver a ser empresas que construyan equidad, actuando sobre la desigualdad injusta y subiendo el nivel prestador, cuando ya la motosierra no tiene más prestadores privados por fundir, y los años de vida perdidos se toman difícilmente recuperables. ■

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



www.sanidad.org.ar

APORTES Y CONTRIBUCIONES EN EL SISTEMA DE SALUD

ANÁLISIS DE LA RESOLUCIÓN 1725/2025 SSSALUD



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

La Resolución N° 1725/2025 de la Superintendencia de Servicios de Salud tuvo como finalidad reforzar la transparencia, legalidad y trazabilidad de los contratos entre las entidades de medicina prepaga, agentes del seguro de salud y sus beneficiarios. Si bien la normativa citada estableció las cláusulas mínimas que debían contener los contratos de planes de cobertura individuales y aprobó el modelo tipo de factura y estado de cuenta – “Cuota Transparente”, que debían implementar en el plazo de 30 días las entidades, esta nota pretende focalizar su mirada únicamente en lo referente al destino de los aportes y contribuciones de los trabajadores.

En este punto la norma en análisis concluyó que los aportes y contribuciones de la seguridad social derivados a dichos contratos se apliquen exclusivamente en beneficio del afiliado, en línea con lo dispuesto por las Leyes N° 23.660, 23.661 y el Decreto N° 576/1993.

A través de esta resolución, el organismo procuró reordenar el flujo de recursos del sistema, reafirmando que los aportes -como salario diferido del trabajador- deben ser destinados únicamente a financiar su cobertura de salud y no pueden convertirse en ganancia o excedente de las entidades intermediarias.

Asimismo, derogó expresamente la Resolución 2400/2023. Entre sus argumentos más relevantes entendió que varias de sus previsiones -especialmente sobre aportes y contribuciones- eran incompatibles con la legislación vigente, toda vez que permitía que las entidades de medicina prepaga y los agentes del seguro de salud retuvieran los fondos derivados de los aportes obligatorios, considerándolos como recursos propios, incluso en casos de rescisión contractual o cambio de obra social.

Del breve relato de las normas, surge evidente que las mismas representan visiones contrapuestas sobre la naturaleza y destino de los aportes y contribuciones.

Por su parte la derogada Resolución N° 2400/2023 permitía que las entidades imputaran los aportes de los trabajadores al pago de las cuotas y, en caso de existir excedentes, los retuvieran sin obligación de devolución.

Por otro lado, consideraba que los aportes pertenecían al “sistema”, pero en la práctica los dejaba bajo disponibilidad de las entidades, que podían apropiarse de esos fondos, sin contraprestación

alguna. La norma impedía que el afiliado recuperara los saldos sobrantes, aun si se desafiliaba o cambiaba de aseguradora.

En cambio, la Resolución N° 1725/2025 revirtió ese criterio, estableciendo que los aportes y contribuciones pertenecen al beneficiario y deben aplicarse en su exclusivo favor. Concluyó que, si los aportes superan el valor de la cuota, el excedente debe acumularse como saldo a favor del afiliado o reintegrarse en caso de finalización del contrato.

A su vez, introdujo la obligación de emitir un “Estado de Cuenta del Afiliado”, garantizando transparencia en el uso de los recursos.

En síntesis, mientras la Resolución 2400/2023 entendía que los aportes excedentes quedaban en disponibilidad de las entidades, la Resolución 1725/2025 por su parte los coloca en favor del beneficiario. En este contrapunto es que se centra el análisis de la evolución normativa propuesta por la Superintendencia.

Sabido es que en el sistema de salud en la Argentina los aportes y contribuciones de la seguridad social desempeñan un rol fundamental bajo el principio de solidaridad.

En ese contexto las dos normas mencionadas generaron debate al redefinir el destino de estos recursos en los contratos prestacionales suscritos con los beneficiarios.

En el Anexo I, punto 12 de la Resolución 2400/2023, se reguló la derivación de los aportes y contribuciones de la seguridad social hacia las cuotas de planes de salud.

Como señalé, se disponía que si el afiliado pagaba su cuota mensual -total o parcialmente- con los aportes y contribuciones previstos por la Ley N° 23.660 y la Ley N° 23.661, esa imputación debía figurar en la factura, descontando gastos administrativos. Sin embargo, no contemplaba la posibilidad de devolver o acreditar al afiliado cualquier parte de esos aportes, dado que “los aportes y contribuciones pertenecen al sistema de seguridad social e integran el concepto de solidaridad al cual acceden”.

En otras palabras, según esta norma los aportes no podían ser reembolsados al beneficiario ni siquiera si excedían el valor de la cuota; pertenecían al sistema y quedaban en poder de la entidad prestataria de salud en caso de rescisión del contrato o cambio de obra social.

Esta disposición implicaba que los recursos de la seguridad social derivados a una entidad de medicina prepaga u obra social pasaban a considerarse propiedad de la entidad y no del trabajador.

En definitiva, la Resolución 2400/2023 consagraba la no restitución de aportes al individuo, bajo el argumento de que esos fondos formaban parte del sistema solidario y no podían entregarse al afiliado.

Para entender el trasfondo, es importante recordar el marco legal de la solidaridad en el sistema de obras sociales y seguros de salud en la Argentina. Las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, junto con sus modificatorias, establecieron un sistema financiado por aportes y contribuciones obligatorios de trabajadores y empleadores. Estos recursos se conciben como salario diferido del trabajador, destinado exclusivamente a financiar su cobertura de salud.

A diferencia de una prima comercial cualquiera, los aportes de cada persona no son de libre disponibilidad ni pueden considerarse un excedente personal, sino que integran un fondo solidario con afectación específica.

La solidaridad en este sistema opera de dos maneras:

- **Solidaridad vertical:** dentro de cada obra social o agente de seguro de salud, los que ganan más (y por ende aportan sumas mayores) contribuyen a cubrir los costos de quienes aportan menos. Todos los afiliados de una misma entidad se benefician mutuamente, garantizando prestaciones básicas aun a los de menores ingresos.

- **Solidaridad horizontal:** entre todas las obras sociales y aseguradoras del sistema, a través del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Un porcentaje de los aportes va al FSR, que redistribuye recursos para apoyar a las obras sociales con mayor necesidad, financiar tratamientos costosos o cubrir prestaciones especiales y corregir asimetrías. De esta forma, cada aporte individual ayuda al conjunto de los beneficiarios del sistema, no solo al propio aportante.

Bajo este principio, ningún aporte obligatorio se considera “excedente” en términos absolutos. Aun si la contribución de un trabajador supera el costo de su plan de salud, esa diferencia cumple una función solidaria: contribuir al fondo común que sostiene al sistema.

Por ello, históricamente no se ha contemplado la devolución de aportes sobrantes al afiliado, ni la apropiación de los mismos por parte de entidades para fines distintos a la cobertura de salud.

De hecho, la Superintendencia de Salud ha sostenido en reiterados dictámenes que las obras sociales deben brindar la cobertura médico-asistencial independientemente de la efectiva percepción de los aportes, y que no existe la figura de fondos “extra” a devolver al beneficiario o a aplicar a futuros aumentos de cuota - todo aporte obligatorio está destinado a la solidaridad del sistema en su conjunto.

Por su parte, la nueva resolución 1725/25 enfatizó que resultaba “abierto contradicción” con las Leyes 23.660 y 23.661 y con el Decreto 576/1993 que una entidad pudiese considerar los aportes de la seguridad social como recursos propios a su favor.

El Decreto N° 576/1993 -reglamentario del sistema de obras sociales-, establece claramente que los aportes y contribuciones conservan su naturaleza jurídica de salario diferido, integran el patrimonio del trabajador y deben acompañarlo en su decisión de afiliación.

Esto quiere decir que, si un trabajador elige cambiar de obra social o derivar sus aportes a una prepaga, el dinero de sus contribuciones debe seguirlo en ese traslado, ya que le pertenece en tanto destinatario de la cobertura de salud. Al mismo tiempo, el decreto subraya que estos fondos “mantienen su carácter de recursos de la seguridad social, de utilización exclusiva para la cobertura de salud”, por lo que no pueden ser objeto de apropiación, cesión, compensación o transferencia a favor de terceros ajenos al sistema solidario. Dicho de otro modo, los aportes obligatorios no pueden transformarse en “ganancia” ni desviarse de su finalidad de brindar asistencia médica.

La Resolución 1725/2025 retomó estos principios y en su Anexo (cláusula 13ª) dispuso que, cuando un beneficiario accede a un plan de salud mediante la derivación de sus aportes y contribuciones – ya sea por relación de dependencia, empleo doméstico o adhesión al monotributo - “dichos recursos, así como los subsidios de la seguridad social destinados a la salud, pertenecen al beneficiario” y deben aplicarse en su exclusivo beneficio, conforme lo establecido en las Leyes 23.660, 23.661 y el Decreto 576/93. Esto representa una rotunda afirmación de que los aportes son del afiliado, no de las entidades: se busca garantizar que el dinero que proviene del salario del trabajador efectivamente se use para financiar su cobertura médica, y no para engrosar el patrimonio de la prepaga u obra social.

En consecuencia, la nueva resolución ordenó medidas concretas para transparentar y reintegrar esos fondos al usuario del plan de salud. Cada peso aportado debe reflejarse en la factura mensual, reduciendo el valor de la cuota que el afiliado paga de su bolsillo. Si en un mes el monto de los aportes, contribuciones supera el valor de la cuota contratada, el excedente no se pierde ni queda en manos de la “empresa”: debe acumularse y aplicarse automáticamente a cubrir futuros pagos o conceptos facturables en los meses siguientes.

Asimismo, las entidades deben llevar un “Estado de Cuenta” del afiliado donde mes a mes se registre el saldo a favor que pudiera generarse. En caso de que el contrato finalice, la entidad de medicina prepaga o agente de salud tiene la obligación de reintegrar al afiliado titular cualquier saldo disponible en su cuenta, mediante el medio de pago que él indique. En otras palabras, bajo la Resolución 1725/2025 los aportes “vuelven a los trabajadores”, ya sea en forma de reducción de sus gastos mensuales o, de quedar un remanente acumulado, en un reembolso si se retiran del plan.

Adicionalmente, la resolución 1725/2025 introdujo un modelo

uniforme de factura y otros cambios contractuales para garantizar mayor transparencia, de modo que el afiliado pueda ver claramente cuánto de su cuota fue cubierto por sus aportes y qué destino tuvo cada parte de su dinero. El objetivo fue proteger el patrimonio de los beneficiarios y asegurar un sistema más equitativo, evitando que normativas confusas permitieran desviar recursos de la seguridad social de su finalidad original.

Las diferencias entre ambas resoluciones muestran un cambio de 180 grados en la concepción del destino de los aportes, lo que nos lleva a un debate más profundo y a preguntarnos ¿a quién pertenecen los aportes excedentes?

Más allá de las diferencias normativas, ambas regulaciones abren un debate central sobre la **naturaleza jurídica y el destino de los aportes y contribuciones** dentro del sistema solidario de salud argentino.

Los aportes obligatorios de trabajadores y contribuciones de los empleadores no constituyen un patrimonio individual ni institucional, sino **recursos colectivos** que integran la seguridad social, con una finalidad específica: financiar la cobertura médico-asistencial y sostener la solidaridad entre los beneficiarios.

En este sentido, los aportes no pueden concebirse como un crédito personal ni como un ingreso disponible para las entidades intervinientes. Son **fondos del sistema** que, aunque canalizados a través de distintos agentes, conservan su naturaleza de **recursos de afectación específica**.

El Decreto N° 576/1993 lo deja claro al disponer que los aportes “mantienen su carácter de recursos de la seguridad social, de utilización exclusiva para la cobertura de salud”, y que no pueden ser objeto de apropiación, cesión o transferencia a favor de terceros ajenos al sistema solidario.

En esta línea solo cabe concluir que la única manera de estar seguros de que el destino de esos fondos será utilizado para la cobertura de salud en un sistema solidario es que sea administrado y gestionado, por el órgano de control a través del fondo solidario de redistribución (FSR).

Como reflexión final -dejo una propuesta- que entiendo mejoraría el sistema, le daría la finalidad prevista por la normativa a los fondos excedentes de la seguridad social y mejoraría el financiamiento de prestaciones brindadas por el Fondo Solidario de Redistribución.

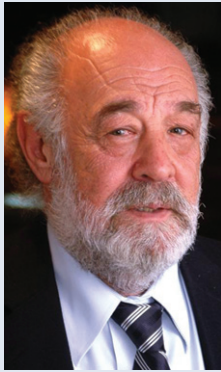
Desde esta perspectiva, tanto la apropiación “empresarial” -como permitía la Resolución 2400/2023- como la personalización absoluta de los aportes -como plantea la Resolución 1725/2025- **desnaturalizan el principio de solidaridad** que sustenta al sistema de salud argentino. Por ello, la resolución 2400/2023, aunque mal encaminada legalmente, se fundamentaba en la idea de que los aportes extra no le corresponden al afiliado en lo personal, sino al colectivo solidario. Al contrario, la resolución 1725/2025, al declarar que incluso los excedentes pertenecen al beneficiario, atomiza esos recursos en cuentas individuales, permitiendo que puedan salir del sistema compartido (por ejemplo, vía un reintegro en efectivo al desafiliarse).

Los aportes y contribuciones -incluso los denominados “excedentes”- **no pertenecen ni al beneficiario, ni a la entidad**, sino al sistema solidario en su conjunto, ya que conceptualmente no existen sobrantes cuando hay necesidades insatisfechas en el sistema de salud.

Por ello, en lugar de reintegrarse al afiliado como un crédito individual, o destinarse a los financiadores, deberían **canalizarse al Fondo Solidario de Redistribución (FSR)**, creado por la Ley N° 23.661, para ser redistribuidos según las necesidades prestacionales y apoyos financieros que los actores del sistema requieran.

De esta manera se aseguraría que **cada peso aportado continúe cumpliendo una función social**, fortaleciendo el principio de solidaridad inter e intra-institucional, garantizando la sustentabilidad del sistema y evitando su fragmentación en lógicas individualistas o corporativas. ■

REPENSAR Y RECONECTAR LA GESTIÓN SANITARIA



"Para cambiar la realidad,
debemos partir de la realidad misma".
Igor Markévich

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

En un reciente escrito, el pensador español Daniel Innerarity señala que las principales crisis que caracterizan al mundo actual tienen tres propiedades que las hacen especialmente complejas y muy difíciles de gestionar: que son en buena medida inevitables, que no se explican por un solo factor y que son totales.

Inspirados en la teoría cuántica, podríamos afirmar que existe una *interacción e interrelación* que conecta inescindible y constitutivamente a cada ámbito de la vida social: el clima, el modelo productivo, la desigualdad, la desinformación, el autoritarismo, etc. La *crisis sanitaria* debe entenderse imbricada en esta red global, con sus peculiaridades nacionales.

En esta lógica, urge **retornar al pensamiento crítico** frente a la corrosión social en un mundo que se está volviendo acrífico, sin tiempo para la reflexión, cada vez más complejo y problematizado. Sólo así será posible superar la etapa del "como si" y enfrentar lo que denomino el *efecto oca*: la atrofia del pensamiento en un medio ambiente donde se expande el virus tóxico de la corrupción, la mediocridad y la ignorancia.

La realidad argentina exhibe instituciones que aún responden a otras épocas: a productividades, poblaciones y biodiversidades que ya no existen, a tecnodiversidades perimidas y a infraestructuras urbanas que no dialogan con las actuales complejidades tecnológicas. Hoy, la proliferación de dispositivos y metodologías nos exige otra adecuación: logística, organizacional y cultural. No se trata de una disputa académica, sino de enfrentar *valores morales e intereses económicos* que condicionan la salud colectiva.

Permítanme recordar como ejemplo de estas falencias una vivencia personal, que fue mi experiencia como director de la Comisión Normalizadora del Hospital Posadas. Mi renuncia, en 2001, no fue un gesto de derrota sino de testimonio. Como escribí entonces, lo hice "con desencanto, pero sin desesperanza, con tristeza, pero sin claudicación", con el propósito de despertar conciencia frente a una realidad donde "la víctima es la sociedad necesitada de los servicios médicos que el Hospital debería proveer, pero no provee satisfactoriamente". El Posadas se me reveló como un escenario donde prevalecían "intereses, mezquindades y mediocridades" por encima del esfuerzo de quienes trabajaban con eficiencia.

Sin embargo, también fue posible comprobar que modi-

ficaciones ambientales simples -parquización, seguridad, salas remozadas, bancos para los pacientes, inauguración de consultorios pediátricos y saldar deudas laborales- podían transformar las conductas médicas para efficientizar y dignificar la atención. El balance me confirmó que es posible transformar, pero que el obstáculo no era técnico ni presupuestario, sino **político y ético**. Se debe enfrentar el desánimo, negarse al silencio y sostener conductas que intenten reparar lo dañado.

Frente a una realidad marcada por la fragmentación y dispersión del sistema de salud, el desafío no es suprimir los componentes de la ecuación sanitaria que han mostrado su validez histórica, sino **conjugar Estado y mercado**. Karl Popper lo expresó con nitidez: "un mercado libre sólo puede existir en el marco de un orden jurídico creado y garantizado por el Estado".

En nuestro caso, ello se traduce en la *fórmula sanitaria* y sus componentes: financiador, prestador, proveedor y usuario. Para que funcione, debe prevalecer la función de la coordinación -monitoreo, logística, información, comunicación-, de modo que derive en una verdadera *ecuación sanitaria*, donde confluyan la salud pública y la necesaria gobernanza: y así materializar el rol del Estado como garante intransferible del **derecho a la protección sanitaria**.

Pero ningún reconocimiento de derechos puede sustituir la falta de estructuras y de acciones adecuadas. Es necesario asumir la *cascada conceptual* de Mario Bunge, donde señala que no hay deseo sin estructura, estructura sin sistema, sistema sin función, función sin órgano y órgano sin finalidad. En este caso, *el órgano* que se impone como clave es el necesario Gabinete Estratégico de Gestión Operacional y su correspondiente Tablero de Comando que, con idoneidad y responsabilidad, conduzca los devenires cambiantes de la transición permanente.

No basta con reparar edificios o ampliar presupuestos: se requiere renovar la dirigencia. Hoy, seguimos atrapados en esquemas rígidos de macro, meso y microgestión perimidos y que son responsables directos del retroceso. Como demostró el reciente Nobel de economía, en un enfoque donde combina el efecto y la dinámica macro con el proceso micro (donde ocurre la innovación y disrupción). Necesitamos ejercitar el pensamiento crítico y abandonar la "*tecnolatría*" enunciativa.

No alcanza con acumular datos: hace falta comprensión y visión fractal capaces de detectar problemas de fondo y los pasadizos que los conectan. A sabiendas de que una gestión sin planificación se limita a administrar la superficie de los hechos; sólo una formación orientada al reconocimiento de los factores determinantes, condicionantes y predisponentes de los problemas sanitarios puede ofrecer dirección y sentido. Aquí resulta pertinente evocar a Paracelso: "todo diagnóstico contiene la terapéutica". Del mismo modo, todo acto médico debe contener lo investigado, lo analizado y lo discernido.

El futuro ya llegó. No hablamos de un porvenir lejano, sino de una mutación antropológica profunda que ya transforma los modos de producir, gestionar y cuidar la vida. En este contexto, la gestión sanitaria debe incorporar una nueva racionalidad: la gestión de datos, la adaptabilidad tecnológica y la resolución inteligente de problemas.

Para ello se requieren equipos adaptativos tecnológicos, que operen con dispositivos disruptivos y modelos de eficiencia probados en otros ámbitos: *joint ventures*, clústeres, plataforma, medicina traslacional -que articule hospitales, laboratorios y universidades- con modelos de gestión integral del paciente, que eviten intermediaciones innecesarias y optimicen recursos.

“ La realidad argentina exhibe instituciones que aún responden a otras épocas: a productividades, poblaciones y biodiversidades que ya no existen, a tecnodiversidades perimidas y a infraestructuras urbanas que no dialogan con las actuales complejidades tecnológicas. Hoy, la proliferación de dispositivos y metodologías nos exige otra adecuación: logística, organizacional y cultural. No se trata de una disputa académica, sino de enfrentar *valores morales e intereses económicos* que condicionan la salud colectiva. ”

No se trata de reproducir formatos comerciales, sino de apropiarse de su racionalidad adaptativa, rompiendo patrones perimidos, saltando etapas y evitando inversiones redundantes que el país ya ha realizado. Así como los observatorios regionales de hipertensión, diabetes y obesidad permiten monitorear variables críticas, lo que se requiere no es una acumulación cuantitativa de datos sino su uso cualitativo para generar conductas preventivas. En esta perspectiva, la historia clínica digitalizada no es sólo una herramienta para el paciente, sino un patrimonio de conocimiento colectivo, indispensable para las generaciones futuras.

Se trata de hacer visible lo invisible, de revelar los desbalances en la distribución del gasto sanitario y de reorientar los recursos hacia la prevención, la investigación y la gestión eficiente. Necesitamos volver a pensar el sistema sanitario como un todo articulado. El mercado, cuando innova con tecnologías disruptivas o modelos interdisciplinarios ágiles y de bajo costo, muestra que es posible articular lo público y lo privado bajo esquemas cooperativos. A sabiendas que la clasificación “pública/privada” es puramente instrumental, ya que toda el área sanitaria es pública: de ahí la responsabilidad ineludible que conlleva para el Estado nacional (sin omitir el *principio de subsidiaridad*, característica primaria del federalismo en la integración de la Nación).

En ese sentido, la creación de un Sistema Federal Integrado de Salud es imprescindible para armonizar los servicios públicos y privados mediante la certificación de efectores y coordinación por niveles de atención oportuna y adecuada: garantizando igualdad en el acceso y calidad científica. Con *fortalecimiento* de participación ciudadana, formación profesional y gobernanza responsable, el **Estado** podrá cumplir su rol intransferible como garante del derecho a la protección sanitaria, articulando redes bajo un Plan Nacional de Salud eficiente y equitativo. ■

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

THE DARK SIDE OF THE GOOD INTENTIONS LA CUENTA CORRIENTE INDIVIDUAL Y EL SISTEMA SOLIDARIO



Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados

Ya nos hemos pronunciado en artículos y opiniones anteriores sobre la transformación que está ocurriendo en nuestro Sistema Nacional del Seguro de Salud. También hemos señalado que los cambios eran necesarios en la idea de aceptar no sólo la crisis del sistema sino también la necesidad de virar hacia otros destinos que pudieran mejorar la atención de la población.

Originariamente y a partir del DNU 70/2023 se dispuso la incorporación -voluntaria, según su reglamentación⁽¹⁾ de las empresas de medicina prepaga para ser receptora directa de aportes y contribuciones. Recordemos que hasta ese momento los únicos receptores obligatorios de esos fondos eran las obras sociales inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales creado por la ley 23.660. El argumento sostenido desde el inicio de ese proceso de cambio en el sistema fue el “*terminar con la triangulación de aportes entre obras sociales y empresas de medicina prepaga, que generan mayores costos a la población*”.⁽²⁾

Si hacemos una cronología de las normas que se dictaron en el 2024, podremos ver que la intención originaria fue mantenida en el tiempo con una serie de reglamentaciones (decretos, más decretos de necesidad y urgencia y resoluciones) que reafirmaron esos conceptos. Así, podemos mencionar el Decreto 171/2024 que reglamentó la inscripción de las empresas de medicina prepaga en el Registro de Agentes del Seguro, el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 600/2024 que modificó algunos artículos del DNU 70/2023 y de otras normativas, por ejemplo el artículo 1 del Anexo II decreto 576/93 (reglamentario de la ley de obras sociales y de la del seguro nacional de salud)⁽³⁾, el Decreto 955/2024 que creó el Registro de Agentes del Seguro para atender beneficiarios monotributistas, permitiendo que quienes se inscribiesen a partir de octubre de 2024 no reciban a esas poblaciones. También la Resolución 3284/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud, a través de la cual y avanzando más allá de lo que una norma de rango superior le permitía (decreto 171/2024 con la inscripción voluntaria de las EMP al RNAS) dispuso la obligatoriedad de la inscripción.

Esa cronología termina con el dictado de la Resolución 1/2025 (ya en 2025) emitida por el Titular de la Unidad Gabinete

de Asesores⁽⁴⁾ que dispuso la transferencia directa (debió decir inmediata) de los afiliados que “triangulaban” aportes y contribuciones a través de alguna obra social, sin perjuicio de señalar que permitió la opción de continuar (debió decir volver) a aquellos beneficiarios que desearan permanecer en la obra social.⁽⁵⁾

Toda esta introducción tiene como objetivo analizar, en ese contexto, el dictado de la Resolución 1725/2025 de la Superintendencia de Servicios de Salud. Ese acto administrativo se publicó en el Boletín Oficial el 19 de septiembre pasado, y con una vigencia establecida a partir de 30 días de su publicación, que continúa con el camino trazado cronológicamente en los párrafos anteriores.

Ya hemos dicho que toda esta serie está dirigida a un tipo de población determinada y que tiene como pilar fundacional considerar que la medicina privada es mejor que la seguridad social (obras sociales) y que la economía de mercado solucionará los problemas del sistema de salud.

La Resolución aludida cuenta con un Anexo que se titula CLÁUSULAS MÍNIMAS QUE DEBERÁN CONTENER LOS CONTRATOS DE PLANES DE COBERTURA INDIVIDUALES ENTRE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA Y USUARIOS Y AGENTES DEL SEGURO DE SALUD y BENEFICIARIOS. Señalamos algunos aspectos de esa norma, para luego avanzar sobre aquellos que puedan ser más controversiales:

- a) Pautas mínimas que deben incluir los contratos *individuales*. Subrayamos la condición de individuales porque excluye expresamente a los corporativos, empresariales o colectivos.
- b) El Anexo II contiene un “ESTADO DE CUENTA CUOTA TRANSPARENTE”.
- c) Contiene una serie de instrucciones que deben contener los contratos, que refieren a reiteraciones de lo que las normas ya vigentes obligan a las instituciones de salud.
- d) Particularmente debemos analizar lo prescripto en el punto 13 del Anexo I, en cuanto prescribe que:

13. APORTES Y CONTRIBUCIONES, COTIZACIONES, SUBSIDIOS. “En los casos en que el acceso a una Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de salud se realice mediante la derivación de aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia, del Régimen Especial de la Seguridad Social para Empleados del Servicios Doméstico, o de las cotizaciones de los beneficiarios adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños contribuyentes, dichos recursos, así como los subsidios de la seguridad social destinados a la salud, pertenecen al beneficiario, conforme a lo dispuesto en las leyes n° 23.660, 23.661, el Decreto n° 576/93 y sus modificatorios, y deberán aplicarse en su exclusivo beneficio. Dichos recursos deberán reflejarse en la factura e imputarse para reducir el valor de la cuota del plan prestacional. Cuando el monto de los aportes y contribuciones, cotizaciones o subsidios percibidos supere el valor de la cuota

“La referencia a los subsidios debe entenderse como la decisión de “nominativizar” lo que los agentes del seguro de salud perciben por el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), que ontológicamente y en su marco normativo tiene otra finalidad. Tal como surge de los considerandos del decreto 1609/2012 que dispuso la creación de este sistema.”

contratada, el excedente deberá aplicarse a todos los conceptos facturables en los meses subsiguientes. El saldo resultante deberá constar mensualmente en el Estado de Cuenta. En caso de rescisión del contrato conforme al artículo 9 de la Ley n° 26.682, la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud deberá reintegrar al afiliado titular el saldo disponible en su cuenta corriente, mediante el medio de pago que éste indique”.

LA CUENTA CORRIENTE INDIVIDUAL

El inciso 13 de la norma transcrita establece lo que llamamos la cuenta corriente individual de ingreso. Debemos señalar que ella describe como fundamento de su decisión una transcripción sesgada de otra norma. Si bien el artículo 16 del Anexo I del Decreto 576/93 señala que los aportes y contribuciones son salario diferido y le pertenecen al afiliado, la transcripción no es literal porque omite considerar la parte más importante del artículo ya que hace a la esencia de la Seguridad Social. La norma dice “*salario diferido y solidario*”.⁽⁶⁾ Por lo tanto, la reglamentación (en su conjunto) deja en claro que la titularidad de los recursos no implica apropiación individual y le da un contenido material incompatible con la consecuencia que establece la Resolución 1725/2025-SSSalud.

Por otra parte, y para no limitar la crítica al fundamento jurídico del acto, vale señalar que se trata de una cuenta corriente de ingreso exclusivamente, porque no se valora el posible o presunto gasto en que el usuario o su grupo familiar pudieren incurrir. Así, un usuario podría generar un crédito a su favor sobre la base del valor del plan, a pesar de que el consumo -llamémoslo gasto prestacional- supere el valor de la cuota y del excedente.

Por último, la referencia a los subsidios debe entenderse como la decisión de “nominativizar” lo que los agentes del seguro de salud perciben por el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), que ontológicamente y en su marco normativo tiene otra finalidad. Tal como surge de los considerandos del decreto 1609/2012 que dispuso la creación de este sistema, “*el artículo 2° de la ley 23.661 establece que el Sistema Nacional del Seguro de Salud tiene, entre otros objetivos, el de garantizar a sus beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones de salud, eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva*”. Y hacemos mención exclusivamente al SUMA, ya que ni los monotributistas ni los jubilados, poblaciones a las que están destinados el SUMARTE y el SUMA 65, van a acceder a los postulados de la cuenta corriente individual, ya que es obvio que con su aporte no alcanzarán el valor de la cuota a abonar.

En ánimo de sostener esta premisa, proponemos una modificación de las normas en estos sentidos:

- a) Modificar el título al subsidio, pues ya no mitiga asimetrías y vulnera el principio de solidaridad que constituye uno de los pilares de la seguridad social, o
- b) Descontamos del aporte al Fondo Solidario de Redistribución el equivalente al 3% de la recaudación mensual (porcentaje que distribuye el subsidio) y lo integramos al aporte y contribución.

La imputación individual de aportes (incluyendo la nominatividad de los subsidios) conspira contra el sistema solidario. La estrategia de asignación nominativa se da de bruces con la idea de priorización de recursos (en la realidad de su escasez) e impide identificar y enfocarse en las necesidades de salud más urgentes y críticas de la población beneficiaria del sistema. En este marco, las poblaciones con alta prevalencia de enfermedades crónicas y con necesidad de tratamientos de alto costo se verán perjudicados en la asignación de recursos ya que no dependerá de la solidaridad del sistema. Recordemos que en un sistema solidario el joven subsidia al anciano, el rico al pobre y el sano al enfermo.

No puede perderse de vista el objetivo esencial del Fondo Solidario de Redistribución, establecido por el artículo 24 de la ley 23.661. En su inciso b) señala expresamente como una de sus finalidades “*b) subsidiar automáticamente a aquellos beneficiarios que, por todo concepto, perciban menores ingresos, con el propósito de equiparar sus niveles de cobertura obligatoria, según lo establezca la reglamentación*”. En todo caso, y teniendo en cuenta que está vigente la distribución del Subsidio Nominativo de Obras Sociales creado por el decreto 1901/2006, incorporamos otra propuesta en el sentido de elevar los importes que la tabla de ajuste por riesgo establece para ese subsidio. De este modo, se estaría cumpliendo con la finalidad que el legislador estableció para los destinos del FSR.

No dudamos de las buenas intenciones del objetivo tenido en mira al dictar la resolución. Pero ellas no deben traducirse en consecuencias que pueden ser negativas para todo el Sistema. El camino al infierno está plagado de buenas intenciones... ■

Bibliografía:

- 1) Ver al respecto el Decreto 171/2024, especialmente en artículo 1 que sustituyó el artículo 1 del Anexo I del decreto 576/93, permitiendo que las empresas de medicina prepaga “que pretendan ser elegibles para el ejercicio del derecho de la libre elección del Agente del Seguro de Salud previsto en el Decreto n° 504/98”.
- 2) En los considerandos del Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023 se expresa que “frente a la crisis del sistema de salud es imperativo lograr reducciones contundentes en los costos de las prestaciones, lo que en definitiva redundará en un beneficio directo para la población en general”.
- 3) Ya hemos comentado las consecuencias de esta modificación en: https://www.revistamedicos.ar/numero141/opinion_bustos_cochlar.htm
- 4) La suscribe este funcionario por excusación del Superintendente de Servicios de Salud por su anterior vinculación con OSDE, sin perjuicio de recordar que cuando la SSSalud promovió un amparo contra varias instituciones de salud (incluida OSDE), el mismo funcionario no se excusó.
- 5) Señalamos que se han planteado acciones judiciales contra esa norma, sin que hasta el momento hayan tenido alguna definición por parte de los Tribunales sobre el fondo del asunto.
- 6) La negrita nos pertenece.

IMPACTO DE LOS COSTOS DE NO CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD



Por el Dr. Ernesto van der Kooy (*)

Continualmente se registran publicaciones en nuestro país donde se reconocen las características de nuestro sistema de servicios de salud, fragmentado inequitativo, ineficiente, etc. En general, y al mismo tiempo se insiste en la necesidad de mayor financiamiento para lograr mejores resultados. En pocas ocasiones se insta a analizar nuestro modelo de atención y las formas de gestión.

Asistimos, aunque no se puntualiza, y sobre todo en los últimos años, a un aumento progresivo de los gastos de bolsillo (copagos, coseguros, gastos en medicamentos), y del gasto de seguros de salud voluntarios. O sea, asistimos a un aumento del gasto privado.

El 10% del PBI que se comunica como gasto global en salud desde hace años, por lo tanto, se obtiene a expensas de la disminución del gasto del Estado y de la seguridad social, donde impactan tanto los bajos salarios y la disminución de coberturas en obras sociales de referencia como el INSSJyP, como la crisis económica que llega a todas las provincias, responsables de la salud poblacional.

La Argentina es a la fecha, el país que registra el mayor gasto privado y el menor gasto público de la región. Lo contrario a lo que debe ser un sistema de salud progresivo. (M. Glanc. 2025).

Dentro del sistema de salud, al mismo tiempo se observa una población cada vez más envejecida, con una fuerte preponderancia de ECNT, y una continua innovación tecnológica que genera un incremento incesante de costos, sobre todo de medicamentos y dentro de ellos los de alto precio.

Siendo que esta situación se estima se agravará en los próximos años, y más allá de la necesidad de elaborar y aplicar modelos de atención que mejoren la calidad y perfeccionen el gasto, creemos que es necesario, más aún imprescindible, atacar a los costos de no calidad que atraviesan transversalmente a todo el sector.

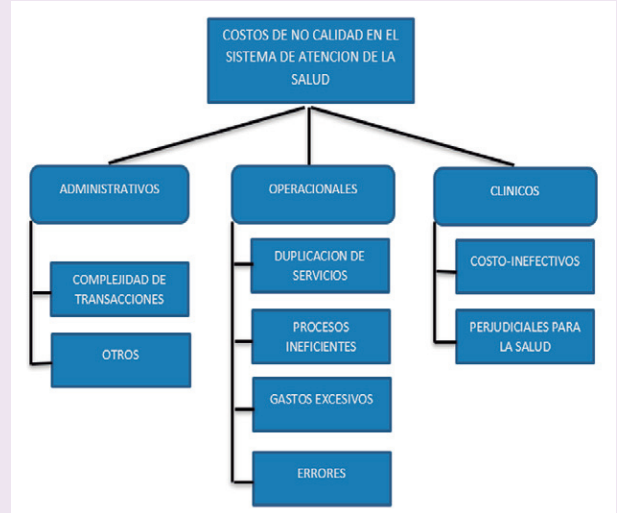
Analizando publicaciones de la U.E. y de EE. UU., de estudios de mucho valor y con metodología muy clara, se observa como los mismos evalúan ese costo de no calidad. Algunos ejemplos veremos al final de la nota.

En las empresas de bienes y servicios, no de salud, se conocen como COPQ (Cost of Poor Quality), o más informalmente como costo o gasto basura.

Es importante definir que entendemos como costo de no calidad, porque habitualmente la referencia es solo al acto médico, perdiendo de vista otros elementos de valor considerable.

Por definición entendemos como tales a erogaciones evitables producidas por ineficiencias o incumplimiento. Los costos de no

calidad se producen en todo el sistema de servicios de salud, en la macrogestión, mesogestión y microgestión. Comprende lo ambulatorio y la internación y pueden ser clasificados según se observa en el gráfico adjunto:



Cuando hablamos de costos de no calidad administrativos nos referimos al exceso de gastos administrativos, que superan lo necesario para alcanzar los objetivos generales de la organización y que se derivan principalmente de la complejidad para la accesibilidad a los sistemas de atención y de los diferentes formatos de sistemas de pago a proveedores.

Cuando lo hacemos de costos de no calidad operacional nos basamos en el uso ineficiente e innecesario de recursos en la producción y prestación de los servicios. Repetición innecesaria de prestaciones o procedimientos por falta de coordinación de la atención, tiempos de espera prolongados, reprocedimientos en atenciones ambulatorias, estudios, cirugías, etc., con o sin alteraciones de la salud de los pacientes.

Consumo excesivo de recursos humanos, físicos, tecnológicos, etc., y también de los errores, que son resoluciones de problemas con mala calidad, como las infecciones nosocomiales, complicaciones quirúrgicas, anestésicas y de técnicas inadecuadas de esterilización y de cuidados al paciente, errores de medicación, etc.

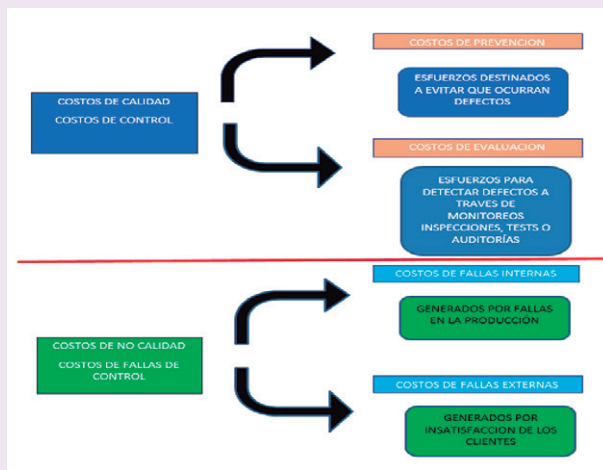
El tercer grupo, los costos de no calidad en la práctica clínica se superponen muchas veces con los errores operacionales, pero suman los costos de no calidad surgidos de la incertidumbre en diagnóstico y tratamiento que se incrementa por falta de buena formación profesional, revisiones excesivas, pedidos en cascada, y los tratamientos abusivos en casos con nulos beneficios, y aun riesgo para el paciente, uso de medicamentos de alto costo sin evidencia sustentable, incentivos financieros, etc.

Todos estos elementos han sido considerados y ponderados en estudios extranjeros, cuyos resultados generales exponemos al final del artículo.

Toda organización de salud debe contar con herramientas que apoyen la toma de decisiones y al sistema de gestión, sustentado en indicadores debidamente cuantificados con periodicidad.

Todas las empresas de salud prestadoras en mayor o en menor grado invierten sumas importantes para lograr que los servicios o productos que producen para los pacientes sean de óptima calidad, obtener la satisfacción de sus clientes internos y externos para lograr su adhesión y permanencia, reducir los riesgos de problemas legales y reclamos por perjuicios al usuario, reducir quejas, reducir los costos de no calidad de los procesos.

Pero en general dichas empresas no realizan la medición sistemática del monto invertido en mantener los estándares de calidad establecidos por la organización y exigidos por la legislación, tanto de prevención (normas, guías, sistemas de gestión de calidad, seguridad del paciente, etc.) como de evaluación (monitoreos periódicos, calidad científico-técnica, satisfacción del usuario, etc.).



Los costos de no calidad tampoco son sistemáticamente medidos en los establecimientos asistenciales, en general menos aún que los de calidad.

Son por fallas internas o por fallas externas. Las internas tales como repetición de atenciones, tratamientos excesivos, tratamientos no necesarios, errores (con o sin efectos adversos), etc.

Mientras que las externas entre otras, reclamos, quejas, pérdida de imagen institucional, insatisfacción del paciente y/o del financiador. Las fallas externas pueden ser más importantes y costosas que las ocasionadas por las fallas internas. El peso de las mismas puede ser visualizado en el próximo gráfico:

- De 20 usuarios que no han quedado satisfechos 19 no se lo dirán y 14 no volverán.
- Un usuario insatisfecho transmite a una media de 10 personas su experiencia (el 12 % se lo comunica a más de 20 personas).
- Un usuario satisfecho transmite su buena experiencia a una media de 5 personas.
- Cuesta 5 veces más dinero atraer un nuevo usuario que mantenerlo.

No vamos a investigar los errores y eventos adversos como fuente de costos de no calidad, pues el rubro amerita un análisis exhaustivo por sí mismo.

Pero sí remarcar algunos elementos que surgen de los trabajos del extranjero que los han valorizado, usando clasificaciones muy similares a la que expusimos ut supra.

En general los estudios de la U.É sobre todo el estudio ENEAS en España han trabajado sobre los errores, eventos adversos, incidentes, etc.

Los últimos estudios de EE. UU. han realizado un análisis más integral del problema, abordando todos los elementos de no calidad y analizando en el tiempo el impacto que han tenido acciones realizadas en el sistema sobre dichos costos de no calidad.

El estudio ENEAS 2004/5 de España fue hecho sólo sobre eventos hospitalarios. La incidencia de eventos adversos ha sido de 8,4% de los pacientes internados, lo que significó un 34,5% de prolongación de la estancia.

En el próximo cuadro se sintetizan algunos aspectos del análisis realizado:

NATURALEZA DEL PROBLEMA	Totales (%)	Evitables (%)
Relacionados con un procedimiento	25,0	31,7
Relacionados infección nosocomial	25,3	56,6
Relacionados con la medicación	37,4	34,8
Relacionado con los cuidados	7,6	56,0
Relacionados con el diagnóstico	2,7	84,2
Otros	1,8	33,4
Total	655 (100%)	278 (42,6%)

El 45% fueron eventos leves, el 39% moderados y el 16% graves. Costos por eventos adversos en la unión europea 21.100 millones de euros en 2017.

Sin embargo, es importante volver a remarcar que estos son costos de no calidad por eventos adversos. Son intrahospitalarios y por lo tanto significan solo un porcentaje de los costos de no calidad del sistema (falta lo ambulatorio, lo administrativo, los fraudes, etc. entre otros).

EE. UU. gasta cerca del 18% de su PBI en salud y con relación al gasto sus resultados son muy poco satisfactorios en los indicadores de salud poblacionales.

Ello ha llevado a hacer varios estudios para visualizar el porqué de la magnitud del gasto, más allá de su tipo de modelo de financiamiento, de su modelo de gestión y de su modelo de atención de la salud.

En 2010, el Instituto de Medicina (IOM) intentó analizar la cantidad de desperdicio en el gasto sanitario estadounidense y propuso seis categorías de posibles fuentes de desperdicio.

En 2012, Berwick y Hackbarth, considerando esas seis categorías informaron que aproximadamente el 34% del gasto sanitario estadounidense podría clasificarse como desperdicio. Identificaron como las mayores el gasto en medicamentos y la complejidad administrativa.

Frente a esto se ejecutaron medidas para ayudar a controlar el gasto de no calidad en atención médica, tales como reforma de los pagos (ej.: organizaciones de atención responsable, pagos agrupados, acuerdos de pago basados en el valor en atención primaria) reforma de la prestación (mejora en los circuitos administrativos, en la coordinación de la atención, centros médicos centrados en el paciente y las asociaciones de pacientes), etc.

En 2019 William H. Shrank, MD et col realizaron una actualización del trabajo de Berwick-Hackbarth sobre los niveles estimados de desperdicio en el sistema sanitario estadounidense, utilizando los mismos 6 parámetros, luego de 7 años de medidas aplicadas.

Las estimaciones alcanzadas determinaron que el gasto de no calidad representaba aproximadamente el 25% del gasto total en atención médica en Estados Unidos, o sea que había bajado un 9% del total, o sea un 25% del gasto de no calidad.

La categoría de complejidad administrativa se asoció con la mayor contribución al desperdicio, y el segundo contribuyente al desperdicio en Estados Unidos fue la fijación de precios deficiente, porque no se afectaron en las medidas tomadas, los precios de los medicamentos, sobre todo los de alto costo.

O sea, se mantuvieron los dos elementos sustanciales remarcados en 2012.

Recién en tercer lugar las fallas en la prestación de la atención, fallas en la coordinación de la atención y atención desproporcionada o de bajo valor.

Estos estudios nos muestran cual debe ser el camino para seguir con estos costos de no calidad. La implementación de medidas efectivas para eliminar el desperdicio representa una oportunidad para reducir los continuos aumentos en los gastos de atención médica en todos los sistemas sanitarios. ■

(*) Médico. Máster en Dirección de Empresas. Director de la Maestría en Gestión de Salud (USAL). Presidente de Prosanity Consulting.

¿CÓMO SE “FABRICA” UN PROFESIONAL? TODOS HABLAN DE LA UNIVERSIDAD, CASI NADIE ENTIENDE EL SISTEMA



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

En la Argentina la universidad, en particular la pública, está asociada al concepto de progreso social y excelencia científica. En épocas de expansión del país a comienzos del siglo XIX Florencio Sánchez con su *M'hijo el doctor*, cristalizó el sueño de ascenso social a través de la educación, tomó medio siglo que esa ilusión se haya vuelto un hecho colectivo.

La universidad era entonces el principal motor de integración social y el orgullo de un país que, aun con sus desigualdades, podía mostrar el mérito académico de sus científicos reconocidos en el mundo. Hoy, ese mito sobrevive, pero el contexto que lo sostenía se ha desvanecido.

Esa época tiene hoy un problema concreto: presupuestos insuficientes, magros salarios docentes, carreras que se multiplican sin coordinación con las necesidades sanitarias y un Estado que discute financiamiento universitario a la vez que discute gobernabilidad. La crisis no es solo educativa ni sanitaria. Es sistémica.

El mito del ascenso y la realidad del ajuste

En dos años las universidades nacionales perdieron poder real de compra. La inflación de 2023 superó el 200% interanual y siguió siendo alta en 2024, lo que licuó gastos de funcionamiento y salarios docentes. Esta caída del poder adquisitivo explica el tono de las protestas masivas universitarias de 2024 y 2025.

El Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) y los gremios advierten que con presupuesto prorrogado las transferencias nacionales a las universidades rondan 0,43% del PBI en 2025, por debajo incluso del 0,51% que proyectaba el presupuesto 2025, ya señalado como el nivel más bajo en décadas. Esto implica menos inversión en infraestructura, equipamiento y salario docente.

Sin presupuesto nacional aprobado, cualquier ajuste sobre los valores previos queda a discreción del Poder Ejecutivo. En ese marco, el Congreso sancionó una *Ley de Financiamiento Universitario* que, tras el veto presidencial, y el rechazo legislativo al veto y un decreto que lo anuló dejó al sistema nuevamente dependiendo de gestiones fragmentadas y recursos inciertos para sostenerse.

A esto se agrega pregunta incómoda: ¿quién financia la ciencia? El deterioro presupuestario golpea también al CONICET, becas y subsidios de investigación. La demora o reducción en fondos obliga a frenar líneas enteras de investigación. Esto erosiona la capacidad de producir evidencia local y desarrollo transferible a la producción. En un país periférico sin inversión privada en ciencia, resulta complejo sostener un sistema científico tecnológico actualizado y competitivo.

En la Argentina el estudiante de una universidad nacional no paga y el costo lo asume el Estado vía presupuesto universitario. Sin embargo, el gasto por estudiante por año es cada vez menor en términos reales. Ese gasto anual en algunos momentos no alcanzó la quinta parte de los valores en sistemas consolidados.

Esta brecha implica menos infraestructura, menos acceso a simuladores y laboratorios modernos, menos capacidad de sostener cargos docentes clínicos con dedicación protegida. Los presupuestos universitarios argentinos apenas cubren los salarios docentes y no docentes, dejando un mínimo margen para inversión, desarrollo de sistemas de apoyo estudiantil y financiamiento específicas para investigación; cualquier comparación internacional resulta alarmante.

A estos déficit debemos contraponerle un sistema ineficiente que supone promueve igualdad de acceso, pero gradúa porcentajes muy inferiores al 50% de los ingresantes, y en que crecen año a año los extranjeros. No hay acuerdos en un sistema de autonomía universitaria para encontrar respuestas comunes a estos problemas.

En síntesis, en la Argentina la formación de grado en salud descansa en una estructura básica, volumen docente mal pago y acceso a hospitales públicos sobrecargados. Se depende más de la buena voluntad del sistema de salud y del docente clínico que “hace docencia” además de trabajar. Este modelo de corte eminentemente asistencialista además invisibiliza la investigación y carece de efectividad para promover nuevos investigadores biomédicos.

Docentes agotados, hospitales sin respiro

Nadie se gradúa en salud solo leyendo libros. Se gradúa viendo pacientes, supervisado. Ese es el punto débil: el sistema docente-asistencial argentino depende de un docente que casi siempre tiene dos o tres empleos. Un empleo en el hospital, otro en la seguridad social, otro en una universidad pública o privada. A veces un tercero en consultorio o guardia.

Ese “multiempleo” es funcional para sostener ingresos personales en un contexto salarial deteriorado, pero es estructuralmente inestable para la enseñanza, porque la docencia queda atada a la buena voluntad individual y no a responsabilidades claras y tiempo protegido. Ni mencionar tiempo para investigar por eso predominan designaciones docentes de baja dedicación horaria que legitima la actividad del profesional dentro del hospital.

Esto es una diferencia clave con otros modelos integrados donde existen hospitales con convenios marco que reconocen formalmente al docente asistencial dentro de la plantilla con responsabilidades docente-asistenciales explícitas. Para completar el panorama, en la Argentina una parte de la docencia no está remunerada como tal ni reconocida en la escala salarial del hospital, son los ayudantes “ad-honorem”.

El resultado es previsible. Menos supervisión efectiva. Menos continuidad del tutorial. Y sobrecarga para servicios ya en emergencia. Comenzamos hablando de medicina, pero en las últimas décadas creció con fuerza la oferta de enfermería, obstetricia, instrumentación quirúrgica, acompañamiento terapéutico entre otros, en la oferta universitaria. La universidad toma así el lugar que ocupaba una formación técnica no universitaria en muchos casos.

Esto hace el piso formativo más homogéneo, pero no ha impactado tan claramente en mejorar los salarios de estos sectores, y persiste el déficit de personal de enfermería calificado en particular fuera de los grandes centros urbanos. Asimismo, a diferencia de otros lugares del mundo, no han logrado tomar tareas que, en el imaginario colectivo, y en el corazón corporativo profesional parece reservada solo a los médicos, aumentando los costos del sistema y reduciendo la accesibilidad al sistema de salud.

Las estadísticas universitarias (SPU, SIU) muestran que entre 2014 y 2024 aumentó la cantidad de carreras de salud ofrecidas en el interior del país, especialmente en provincias del NOA, NEA y Patagonia, como estrategia para retener recurso humano local. Sin embargo, la expansión territorial no siempre vino con equipamiento, campos de práctica o dedicación docente equivalente. Esto reproduce una desigualdad: títulos similares, contextos formativos muy distintos.

Una universidad que enseña, pero no articula

En el discurso oficial universitario todos enseñan por competencias. En la práctica, los planes de estudio en salud siguen muchas veces organizados en silos disciplinares clásicos, con integración clínica tardía y evaluación centrada en el examen teórico. Luego viene la residencia. En la Argentina las residencias en salud siguen siendo el mecanismo central de formación especializada. Pero la transición grado-residencia está fragmentada. Las competencias que la residencia da por supuestas no siempre son las que el egresado trae. Las prácticas finales obligatorias muestran el límite.

Sobre el papel, casi todas las carreras de salud exigen una práctica final supervisada. En la realidad, la calidad y profundidad de esa práctica dependen del hospital que la reciba y de la disponibilidad del tutor clínico. Esto genera un cuello de botella al final de la carrera que condiciona la preparación real para la residencia y, por extensión, para el sistema público que necesita ese recurso humano.

¿Y la acreditación? La Argentina tiene un sistema formal de aseguramiento de calidad universitaria en salud a través de CONEAU. Medicina, Odontología, Farmacia, Bioquímica, Enfermería y otras carreras atraviesan procesos periódicos de acreditación. Esto supone garantizar estándares mínimos comunes: carga horaria, perfil docente, campos de práctica, bibliografía, estructura edilicia.

Este es un sistema consolidado y modelo que ha revisado más de una vez estas carreras en este siglo. La discusión que deberíamos plantear a futuro es si la acreditación impulsa mejora continua o si es un trámite que certifica que “existen” cosas (un hospital declarado, una biblioteca, un plan de estudios impreso) sin evaluar si funcionan bien, o que mejoras y modernizaciones impulsará en los años próximos.

Empezar a incorporar a los estándares aspectos vinculados a las mejoras, al aseguramiento interno de calidad, a la inserción laboral de egresados, y la retroalimentación de empleadores. Si no se avanza en

este sentido el riesgo es obvio: que la acreditación se convierta en completar listas de cotejo burocráticas de cumplimiento formal que tranquiliza, pero no corrige las ineficiencias.

Sin pacto entre salud y educación, no hay salida

El país hincha su pecho al defenderla, pero discute la universidad como si fuera un planeta aislado y sin visualizar que forma entre otros los profesionales que atenderán su salud. Hoy ese dispositivo está en tensión en todos sus puntos de unión: financiamiento insuficiente; tensiones políticas; precariedad de la docencia basada en el multiempleo; desconexión entre planes de estudio y residencias.

Lo que emerge es una verdad incómoda: la Argentina no tiene un sistema integrado de formación en salud. La propuesta es simple de enunciar y difícil de ejecutar. Educación y salud deben sentarse a codiseñar políticas estables de formación, financiamiento y utilización del capital humano en salud.

Eso incluye actualizar marcos curriculares con participación real del sistema de salud, garantizar financiamiento previsible de las universidades, profesionalizar la docencia asistencial con dedicación reconocida y usar la acreditación como herramienta de mejora continua y no solo de control formal.

Sin ese pacto, la universidad puede seguir entregando títulos, pero la salud de la población seguirá sufriendo. ■

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



CHK

Consultores de Salud



Atención
especializada

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

Contacto:

Teléfono + 54 11-3698-6400

Correo electrónico a
chkconsultores@gmail.com

“IA Y LAS NUEVAS HABILIDADES TECNOLÓGICAS NECESARIAS PARA LA ERA DIGITAL”



Por Santiago Troncar (*)

En la edición 136 de *Revista Médicos* ⁽¹⁾ publiqué el artículo: “Ya se enseña medicina digital en la Facultad de Medicina?”, donde mencionaba la decisión del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) de contratar al Dr. Eric Topol para elaborar su famoso informe “Preparando al personal sanitario para afrontar el futuro digital”, llamado también “The Topol Review”, y mencionamos adicionalmente numerosas iniciativas que estaban llevando adelante distintas instituciones educativas de la Argentina y de la región para formar profesionales de la salud en materia de salud digital.

¿Cómo está avanzando la educación médica en la incorporación de IA y nuevos skills tecnológicos en nuestra región y en el mundo?

Revisemos algunas publicaciones que van marcando el camino de un incipiente consenso sobre la importancia de sumar skills de medicina digital para el personal de salud, y seguramente se incorporen pronto a las currículas oficiales de las instituciones académicas de las instituciones de ciencias de la salud.

En junio de 2024 el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud de Chile (CENS) publicó su versión 2.0 de su *Modelo de Competencias Referenciales en Salud Digital*. ⁽²⁾



Los cuatro (4) usuarios principales en el centro: tomadores de decisión, usuarios TICs, clínicos y pacientes, y los nueve (9) dominios clave que éstos requieren.

Por su parte, en abril de 2025, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO) lanzó su “*Digital Literacy Program*”, destinado a formar gratuitamente a profesionales de la salud de todo Latinoamérica.

“Diseñado como una experiencia totalmente virtual, el programa combina clases técnicas, diálogos sobre políticas con expertos, conferencias magistrales y espacios de colaboración. También incluye casos prácticos de la región y una herramienta de autoevaluación para adaptar el aprendizaje a las necesidades de cada participante”, reza el website de la OPS. ⁽³⁾

El 31 de enero de 2025 la revista JAMA había publicado “*The Digital Health Competencies in Medical Education Framework, An International Consensus Statement Based on a Delphi Study*” ⁽⁴⁾ firmado por Josip Car, MD, PhD1,2; Qi Chwen Ong, MBBS3,4; Tatiana Erlich Fox, MD3,5 et al, un consenso logrado entre 211 expertos de 79 países que definieron los 4 dominios, las 19 competencias clave y los 178 “learning outcomes” (mandatorios y discrecionales) de la salud digital para el diseño y desarrollo de la currícula de salud digital en las instituciones médicas de todo el mundo.

Los 4 dominios clave definidos fueron:

- *Profesionalismo en salud digital, con temas como ética, marco legal y regulatorio, privacidad y seguridad.*
- *Salud digital para pacientes y población, cubriendo herramientas y prácticas como telemedicina, sensores y wearables, apps de salud, entre otras intervenciones digitales.*
- *Sistemas de información para salud, sumando temas como plataformas de EHR, data governance, interoperabilidad y UX.*
- *Data Science para salud, cubriendo herramientas de AI y medicina de precisión, entre otras.*

¿Cómo ayudamos a los profesionales a incorporar IA en su práctica médica?

La IA es una disciplina que resulta explosiva y un tanto abrumadora para los profesionales de la salud. Estos son algunos primeros pasos que podría dar un profesional de la salud frente a la IA:

1. *El primer consejo obvio es lograr aprender a “promptear” (interactuar, dialogar y saber cómo hablarles adecuadamente a las aplicaciones de IA) y ponernos a usar la plataforma de IA que elijamos en nuestro trabajo diario. YouTube o las plataformas más masivas de cursos online (como Coursera, Udemy o LinkedIn) ofrecen gratis docenas de estos seminarios.*
2. *Aprovechar los programas educativos gratuitos introductorios a la IA y a los LLMs que ofrecen los grandes jugadores tecnológicos en la web: Google para sus plataformas Gemini y NotebookLM, OpenAI para su ChatGPT, Anthropic para su plataforma Claude, Microsoft y AWS para sus aplicaciones, entre otros jugadores líderes.*
3. *Resulta también altamente recomendable el programa “IA en Medicina y Salud Digital: Primeros Pasos para Profesionales de la Salud. Actualización 2025” ofrecido por la Academia*

Nacional de Medicina de Argentina, liderado por el Dr. Enrique Díaz Cantón, médico oncólogo del CEMIC y Profesor especializado en IA, junto con un grupo de especialistas en IA. ⁽⁴⁾

¿Cuáles son entonces los nuevos skills que demanda la práctica médica actual, cada día más atravesada y transformada por la tecnología?

- ✓ Entender y mantenerse actualizado sobre qué herramientas y tecnologías hay disponibles para la educación y digitalización de los profesionales médicos, su interacción con los pacientes, y cómo usarlas para lograr la transformación digital progresiva de la práctica médica sin desvirtuar el rol central del médico en el proceso.
- ✓ Entender el nuevo marco legal y regulatorio de la salud digital.
- ✓ Adoptar y desarrollar las mejores prácticas de telemedicina y seguimiento remoto de pacientes crónicos.
- ✓ Repensar los modelos de honorarios para el mundo digital.
- ✓ Entender la oportunidad que nos abre el uso de wearables, sensores y de la medicina personalizada.
- ✓ Emplear tecnología para potenciar la educación profesional continua y la investigación clínica (e.g. Guía de Elementos Descentralizados para ensayos clínicos de ANMAT).
- ✓ Promover la generación de contenidos médicos de calidad en Redes Sociales para educar pacientes y evitar la desinformación en salud, así como para capacitar profesionales médicos y organizaciones de salud.
- ✓ Entender y comenzar a usar inteligencia artificial y sus aplicaciones concretas en el consultorio médico.
- ✓ Promover prácticas y proyectos de registro de información clínica, de manera legal, privada, normalizada e interoperable, y comenzar a utilizar herramientas de data science para investigar, publicar y educar.

Capítulo aparte merecen las mal llamadas “Habilidades blandas”, tan necesarias para estos nuevos tiempos de transformación y trabajo multidisciplinario, tales como el trabajo en equipo, el project management, el liderazgo de equipos y la mejora en las habilidades generales de comunicación y oratoria.

Tal como aconsejaba Lao-Tse, todo camino de diez mil leguas comienza por un paso, y parecería que la comunidad académica de las ciencias de la salud ya comenzó esta larga marcha. ■

Bibliografía:

- 1) <https://issuu.com/revistamedicos.com.ar/docs/medicos136>
- 2) <https://cens.cl/wp-content/uploads/2024/06/Informe-Modelo-2.0.pdf>
- 3) <https://www.paho.org/en/digital-literacy-program>
- 4) <https://anm.edu.ar/ia-en-medicina-y-salud-digital-primeros-pasos-para-profesionales-de-la-salud-actualizacion-2025/>

Accedé también a todos los artículos y reportes mencionados en el artículo escaneando este Código QR:



(*) Digital Health Advisor&Mentor - Potenciando Profesionales Médicos con Tecnología & nuevos Skills Digitales - <https://linktr.ee/santitroncar/>



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2026

GRADO - MARZO 2026

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

MÁS INFORMACIÓN



ARGENTINA, HACIA EL NUEVO ILUMINISMO



"Si los pueblos no se ilustran, si no se divulgan sus derechos, si cada hombre no conoce lo que puede, vale, debe, nuevas ilusiones sucederán a las antiguas y será tal vez nuestra suerte cambiar de tiranos sin destruir la tiranía". **Mariano Moreno**

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

Los pensadores de la *Ilustración* sostenían que el conocimiento humano podía combatir la ignorancia, la superstición y la tiranía para construir un mundo mejor. La *Ilustración* tuvo una gran influencia en aspectos científicos, económicos, políticos y sociales de la época. Este tipo de pensamiento se expandió entre la población y los hombres de letras, pensadores y escritores que creaban nuevas formas de entender la realidad y la vida.⁽¹⁾

Se extendió también a través de nuevos medios de publicación y difusión, así como en libros, periódicos, reuniones, o en cafés en las grandes ciudades continentales, en las que participaban intelectuales y políticos a fin de discutir y debatir acerca de la ciencia, política, economía, sociología, leyes, filosofía y literatura.

La *Ilustración* fue marcada por su enfoque en el método científico, en dividir problemas y sistemas en sus componentes al momento de encontrar una solución y/o entender mejor cómo funciona el sistema o problema.⁽²⁾

La idea de construir una nación donde la "clase racional" fuese todo el país, quedando al margen una población donde no se aplicará la Constitución sino las leyes ordinarias y la justicia, muestra una particular puesta en práctica de la idea de "Soberanía de la Razón". Resuelto el conflicto político y lograda la paz luego de las batallas de Caseros y Pavón se marcó otro camino.⁽³⁾

La aparición del discurso médico higienista que articulará lo biológico con lo político, pondrá sus ojos en la orilla, en la periferia de la sociedad. La higiene médica, articulada con la educación y con las primeras medidas de acción social destinadas a la minoridad dará los antecedentes de la creación de la asistencia social.

“ La *Ilustración* fue marcada por su enfoque en el método científico, en dividir problemas y sistemas en sus componentes al momento de encontrar una solución y/o entender mejor cómo funciona el sistema o problema. ”



“ Nuestro país cuenta con recursos materiales y ciudadanos pensantes que podrían aportar -como ya lo han hecho históricamente- al mundo ideas que nos impulsen a un nuevo iluminismo y a un nuevo humanismo, solo nos deben dar la posibilidad, sin cercenar nuestros derechos, que, por otra parte, están escritos y garantizados en nuestra Constitución. ”

Es así que los iluministas del siglo XIX, fundamentalmente a partir de la Ley 1.420 de enseñanza laica, universal y gratuita comprendían que la educación era la base para el desarrollo, la equidad y la transformación del país en moderno y ordenado.

Una educación común, **gratuita y obligatoria** para todos los niños. Todos recibían los mismos contenidos sin distinción de clases, **el guardapolvo blanco como símbolo de igualdad**.

La educación se transforma en un instrumento político y como tal en una de las respuestas centrales para la homogeneización de una nación. Es a través de la *Escuela Normal de Paraná* fundada en 1870 por Sarmiento por donde saldrán las más importantes influencias positivistas muy cercanas al pensamiento de Augusto Comte.

Pero, faltaba algo más: la potestad del pueblo en el sufragio, cosa que se logra con la Ley Sáenz Peña. Así surge el primer gobierno elegido por sufragio casi universal, ya que aún estaba vedado a las mujeres votar.

Todo se aceleró a partir de entonces, la reforma universitaria democratizó los claustros y acercó aún más a las clases medias a la élite que había gobernado hasta ese momento. Además de que la democracia naciente se acercaba un poco más a la gente común. La aceleración de los tiempos, pese a las vicisitudes del sistema, los golpes de estado y los diferentes retrocesos no lograron frenar el avance en todos los aspectos del desarrollo de la Nación.

La ley del voto femenino fue sancionada el 9 de septiembre de 1947 y promulgada el 23 de septiembre, estableciendo este último como el *Día Nacional de los Derechos Políticos de la Mujer*, fecha en la que se reconoció la igualdad de derechos políticos entre mujeres y hombres, entre ellos, el derecho de las mujeres a elegir y ser elegidas.

La eliminación de los aranceles universitarios en la Argentina fue un hito histórico también impulsado por Juan Domingo Perón, quien decretó su supresión el 22 de noviembre de 1949. Esta medida transformó la educación superior de un privilegio a un derecho, permitiendo que sectores de menores ingresos accedieran a la universidad pública.⁽⁴⁾

Durante la gestión de Ramón Carrillo, la salud en la Argentina se transformó gracias a un enfoque integral basado en la sanidad pública, la prevención y la accesibilidad para toda la población. Se construyeron numerosos hospitales y centros de salud, se duplicaron las camas de internación y se creó EMESTA, la primera fábrica nacional de medicamentos, para garantizar el acceso a la salud y asegurar el abastecimiento público. Su filosofía era que la salud era un derecho y una herramienta para la construcción de una nación más fuerte y equitativa.

En cuanto a la infraestructura sanitaria se crearon más de 200 centros de atención, incluyendo hospitales en ciudades y pequeñas salas en zonas rurales, lo que llevó a la duplicación del número

de camas disponibles, pasando de unas 66.000 a 136.000. Se implementó la teoría del hospital para centralizar la gestión ejecutiva mientras se descentralizaba la operativa en las regiones.⁽⁵⁾

Durante el Ministerio de Salud de Carrillo se comenzó con la universalidad de la atención médica por la idea de que todos los ciudadanos tienen el mismo derecho a la salud, independientemente de su condición social. Afirmaba que la medicina es una ciencia social, política y económica, y que los avances científicos debían ser accesibles al pueblo.

El avance de este concepto de universalidad nos lleva a seguir pensando en que el país no se equivocó y con la creación posterior de las Obras Sociales Nacionales y el PAMI podemos ver como aumentó drásticamente la expectativa de vida en nuestro país. El complemento de los sistemas de Medicina Prepaga colaboró en este avance.

Se debe pensar ahora en un sistema integrado y complementario entre todos los subsistemas que componen la oferta prestacional en la actualidad.

No es sacándole el presupuesto a las universidades, a la educación general o a la salud pública como avanza un país moderno: salud es vida⁽⁶⁾ y sin vida no hay pueblo.

De una vez por todas aportemos nuestro esfuerzo y nuestras energías en un sistema que se siga desarrollando y que acompañe el desarrollo del país.

No existe país desarrollado sin cultura, sin arte, sin industrias y sin que se cuiden los intereses estratégicos de la Nación.

Y esos intereses pasan obligatoriamente por la educación, por el sistema de salud, por la protección estatal de la porción de ciudadanos que padecen inferioridad de oportunidades, por la alimentación adecuada y segura, por la provisión de atención sanitaria de aquellos que el sistema de tecnofeudalismo expulsa.⁽⁷⁾

Debemos realizar una distribución geográfica -de una vez por todas- de la oferta prestacional y de calidad a toda la geografía de la *República* y salir de la hiperconcentración de la región central. El personal de salud debe percibir ingresos dignos para poder vivir de acuerdo con el enorme esfuerzo que realiza y así eliminar el pluriempleo.

No se debe amenazar a los trabajadores en general con reformas laborales que nos retrotraerían a un sistema cuasi de esclavitud... reformas que ya se probaron y fracasaron, no solo en nuestro país sino en el mundo.

Nuestro país cuenta con recursos materiales y ciudadanos pensantes que podrían aportar -como ya lo han hecho históricamente- al mundo ideas que nos impulsen a un nuevo iluminismo y a un nuevo humanismo, **solo nos deben dar la posibilidad**, sin cercenar nuestros derechos, que, por otra parte, están escritos y garantizados en nuestra Constitución. ■

Bibliografía:

- 1) *¿Qué es la Ilustración? Kant, Emmanuel. Filosofía de la Historia / Madrid / Fondo de Cultura Económica / 2000, 25-37.*
- 2) *Discurso del Método - Rene Descartes / Colihue Clásica / Buenos Aires / 2004.*
- 3) *Historia de las ideas en Argentina / Diez lecciones iniciales / 1810-1980 / Oscar Terán / Editorial Siglo XXI / 2008.*
- 4) *La medida fue decretada el 22 de noviembre de 1949. El instrumento legal fue el Decreto 29.337, firmado por el presidente Juan Domingo Perón.*
- 5) *Ley 14.556 / Plan Analítico de Salud Pública, diseñado por el doctor Ramón Carrillo en 1947.*
- 6) *Concepto elaborado por la Dra. Liliana Chertkoff / Buenos Aires / 2025.*
- 7) *Tecnofeudalismo - El sigiloso sucesor del capitalismo / Yanis Varoufakis / Editorial Ariel / Buenos Aires / 2025.*

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

LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD) Y LA MEDICIÓN DEL PRODUCTO HOSPITALARIO EN EL HOSPITAL CENTRAL DR. RAMÓN CARRILLO DE SAN LUIS

Los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) constituyen el sistema de clasificación de pacientes más ampliamente usados en el mundo entero.

Diferentes países con las más diversas formas de organización de sus sistemas de salud utilizan los GRD como instrumento de financiación o como una herramienta de gestión de los servicios de salud.



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León ⁽¹⁾ y el Dr. Julio Smaile ⁽²⁾

Introducción

La correcta identificación y medición del producto sanitario es un tema de preocupación y estudio fundamentalmente para la gestión diaria de establecimientos de salud. De todos los sistemas ideados y probados en el mundo desde ya hace bastante tiempo, los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) son los más aceptados y difundidos para la medición del producto de internación hospitalaria.

Este sistema de medición del producto de la internación puede utilizarse como un instrumento para financiar servicios u hospitales, como una herramienta de gestión en los servicios sanitarios o también como una herramienta en el área de la calidad asistencial.

A pesar de la importancia de esta herramienta normalizadora y de su implantación desde hace más de cuatro décadas, los usuarios no siempre conocen como funciona el sistema, y con frecuencia, tienen dificultades para identificar qué tipo de pacientes se clasifican en cada GRD. Esto hace que la herramienta pierda cierto grado de utilidad y que los médicos no se sientan identificados al desconocerla y porque no se les informa adecuadamente de los resultados obtenidos.

Desde el Hospital R. Carrillo de San Luis hemos tomado hace un tiempo la determinación de avanzar sobre algunas cuestiones necesarias para implementar la gestión clínica. En primer lugar, hemos creado el área de "Gestión Clínica" con el fin de acercar a los médicos a la gestión (es decir a la microgestión), incursionar y mejorar la calidad en sus dos vertientes (hospital en proceso de acreditación) y en la medición del producto a partir de los Grupos Relacionados al Diagnóstico como así también en un futuro cercano en tener los costos del establecimiento.

Los GRD clasifican a los pacientes hospitalarios en grupos

homogéneos en cuanto a consumo de recursos. En realidad, se trata de un programa informático que, alimentado con datos de los pacientes dados de alta de un hospital, es capaz de clasificarlos en grupos. En cada grupo se clasifican pacientes clínicamente similares y con parecido consumo de recursos.

La agrupación GRD es única y excluyente de forma que cada paciente se clasifica en un único GRD que está descrito por:

- 1) Un número.
- 2) Un título que pretende ser descriptivo de su contenido.
- 3) Una indicación de si es un GRD médico o quirúrgico.
- 4) Un peso que pondera el consumo necesario para asistir ese tipo de pacientes (El peso es fijo y se calculó en función de los recursos reales consumidos en una base de datos histórica).

Es decir que los GRD son un sistema de clasificar pacientes que se agrupan homogéneamente en el análisis de grandes bases de datos las cuales combinan **diagnósticos, procedimientos y otras variables relevantes**, con el objetivo de valorar y por lo tanto predecir el consumo de recursos de cada paciente. Tiene algunas características importantes como ser:

- El número de los GRD son manejables (entre 260 y 1250 según la versión), exhaustivos y excluyentes.
- Las variables que utilizan forman parte de los datos que habitualmente se recogen (o deberían) en el hospital, tanto de variables médicas como administrativas **llamada CMBD (conjunto mínimo básico de datos)**.
- Cada grupo de GRD representa una entidad que podemos decir coherente, y
- El consumo de los pacientes incluidos en un grupo es similar (isoconsumo).

La necesidad de medir el producto hospitalario

Hace décadas que se observó la necesidad de medir adecuadamente en producto hospitalario desarrollando sistemas que lo realicen, siendo dos los factores decisivos que incidieron en el diseño que hasta entonces estaba basado primordialmente en los días camas.

Por un lado, se veía que había grandes variaciones en la utilización de recursos entre hospitales para la atención de pacientes con similares diagnósticos, lo cual supone problemas importantes de calidad.

Y paralelamente a lo anterior, el incremento constante de los costos en la atención hospitalaria urgía la necesidad de mejorar los sistemas de medición y diseñar políticas activas para contener el gasto. Por lo tanto, se necesitaba desarrollar una unidad de medida uniforme del producto a donde imputar los costos finales. Esta uniformidad de medición del producto hospitalario es necesaria a fin de poder comparar la performance de las diferentes instituciones de salud.

También el desarrollo que se produjo en la actividad industrial en cuanto a sistemas novedosos de costos y de control de calidad sumado al avance que produjo en los hospitales la introducción a la gestión sanitaria potenciaron el desarrollo y la aplicación de sistemas de medida del producto hospitalario y su utilización para la medición de costos y para el control de la calidad.

Los GRD como herramientas de gestión

Desde el diseño inicial allá por el año 1978, su gran expansión fue en 1982 cuando se modificaron los límites de reembolso de los gastos hospitalarios en el Medicare. Al año siguiente el Congreso de EE.UU modificó el acta de la seguridad social para

dar cabida a un sistema de pago prospectivo a los hospitales basado en los GRD y para todos los afiliados al Medicare (que es un programa que financia la atención de los ciudadanos mayores de 65 años).

Este uso como unidad de pago en el sistema de financiamiento hospitalario del Medicare además de haber logrado contener en gran medida la escalada de costos, fue un reconocimiento del papel fundamental que cumple la casuística hospitalaria en la estructura de costos. Es decir que podemos aseverar que este sistema de pago introdujo algo más de racionalidad a un sistema basado solo en el número de camas, a si estaba o no acreditado o en los días de estada.

Pero también terminó con las discusiones que en nuestro país hemos estado acostumbrados a escuchar reiteradamente, en donde los hospitales justificaban el mayor gasto y pidiendo partidas adicionales aludiendo a la supuesta atención de pacientes de mayor complejidad que el resto.

Avanzando en el tiempo y llegando a la actualidad el otro hito importante fue la propagación de los GRD como un sistema de pago para los hospitales generales, lo que indujo a la creación de los AP-DRG (All Patients DRG) y luego los IR-DRG, sistema que se popularizó en la mayoría de los países desarrollados siendo el último el más utilizado a la fecha. Esto es fundamentalmente debido a que es una ampliación de la versión original en la que se INCLUYEN todo tipo de pacientes y no solo a los de más de 65 años ya que se incorporaron categorías que no estaban en la primera versión.

Ahora bien, a partir de esta nueva versión los países lo utilizan no solo como modalidad de pago, sino que los niveles centrales lo usan para el cálculo presupuestario, para la revisión de utilización (verificación de promedios de días de estada, comparación de tasa de mortalidad, análisis de los outliers, para la elaboración del case mix de cada hospital, etc.).



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

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

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

Nuestras publicaciones

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

ESPECIALISTAS EN GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICOS LEGALES
24
ANIVERSARIO
2002 - 2026

EL ERROR MÉDICO
NUEVOS CONCEPTOS INFORMÁTICOS
SINTEMA DEL SECTOR

En resumen, podemos decir que en el ámbito hospitalario son utilizados para medir la actividad, para la estimación de costos, para la asignación presupuestaria entre servicios, para el control del gasto y el control de la calidad entre otras actividades.

Análisis del case mix del Hospital Ramón Carrillo de San Luis

A partir del comienzo de este año se comenzó a analizar el case mix del Hospital R. Carrillo a través del análisis de los GRD. Se obtuvieron hasta la fecha los datos de los primeros tres (3) meses en curso del corriente año.

En el primer trimestre del año se agruparon 2.937 egresos tanto clínicos como quirúrgicos, los cuales arrojaron un peso relativo cercano a la unidad 1 (0,96) con una estancia media bruta de 5,78 días, la cual una vez estimados los outliers fue de 4,16 días. Con respecto a los casos por fuera (outliers) el porcentaje detectado fue del 5,41% valor que coincide con las referencias encontradas en la bibliografía internacional (4,3 a 5,4%).

La CDM (categoría diagnóstica mayor) que encabeza el mayor número de egresos en el período es la 08 correspondiente a las enfermedades y trastornos musculoesqueléticos y tejido conectivo con 459 egresos. A continuación, se ubican las enfermedades correspondientes a egresos de hígado, vía biliar y páncreas (CDM 07) con 404 egresos.

Las CDM 06 (aparato digestivo) y 11 (enfermedades y trastornos del aparato urinario) les siguen con 341 y 334 egresos respectivamente.

El total de los egresos consumieron un total de casi 17.000 estancias (16.990) y la cantidad de pacientes fallecidos en el período fue de 157, siendo la CDM 04 (aparato respiratorio) la de mayor mortalidad con un total de 68 pacientes fallecidos los cuales tenían un PR mayor del doble de todos los egresos estudiados (2,22 vs 0,96) y una EM de alrededor de 11 días. En el análisis de los diagnósticos de estos pacientes se encontraron las neumonías como la mayor causa de deceso, que a su vez también fueron las causas en primer y segundo lugar de todos los decesos encontrados en todas las CDM.

La EM de las CDM 08, 07, 06 y 11 fue de 6,55; 4,33; 4,72 y 4,60 respectivamente. Entre estas 4 CDM consumieron un total de 7.900 estancias en el período sobre el total de 16.990 estancias.

Este número de estancias que a primera vista parece como un dato más, tendrá mucha más importancia en el futuro cuando el establecimiento cuente con el costo en el contexto de la contabilidad analítica.

Independientemente de los datos que acompañan este informe es importante realizar algunas salvedades. El ítem, posiblemente el de mayor impacto por lo analizado durante el comienzo del uso del agrupador, es el tema del registro hospitalario de la prestación como también el registro del **diagnóstico de egreso**.

Los GRD se obtienen de los informes de hospitalización, en donde deben estar claramente especificados la edad de paciente, el sexo, el diagnóstico principal, el/os diagnóstico/s secundario/s y las intervenciones y/o procedimientos. Lo que se estuvo observando es que en muchos casos se omitían datos, tanto en el diagnóstico de egreso, como así también, en las intervenciones quirúrgicas o en los procedimientos que acompañaban la internación. Esto llevo aparejado también un fuerte trabajo en las distintas unidades de internación para mejorar fuertemente la capacidad de registro y de la calidad del mismo.

Consideraciones finales: aportaciones y potencialidades de los GRD

Los GRD, como medida del producto sanitario, aportan una amplia y variada información sobre la actividad desarrollada en

los hospitales y sobre los hábitos asistenciales y estilos médicos que lo soportan. Como se ha comentado desde la dirección del establecimiento y junto al área de GC se ha tomado la medición del producto sanitario (juntamente con otras) como un objetivo primordial en el día a día del hospital.

La utilización de los GRD en el HEC debería producir un salto cualitativo en la gestión, ya que permite agrupar pacientes de similares características clínicas lo que a nuestro juicio podría permitir en avanzar en esquemas de gestión por procesos al identificar los procesos más frecuentemente atendidos y sistematizar los componentes de cuidados de cada uno de ellos.

También podría permitir evaluar la calidad en la atención al medir los resultados asistenciales por grupos estandarizados de pacientes comparando cada uno de ellos a través de diferentes indicadores como promedio día de estada (tanto EM bruta como la EM depurada y la ajustada por la casuística), reinternaciones, mortalidad, internaciones pasibles de tratamiento ambulatorio, etc.

Además, permiten observar la frecuentación de procedimientos quirúrgicos y el análisis de su coherencia con respecto a la población asignada al hospital.

Lo mismo corre para los estilos de práctica clínica en base al análisis de los procedimientos y técnicas clínicas empleadas y de la ambulatorización de los procesos.

Como se había comentado en líneas anteriores también servirán para el conocimiento de los costos basado en los procesos.

Los elementos que se pueden analizar con GRD se sintetizan en los siguientes puntos:

1. **Morbilidad atendida:** se pueden analizar las características generales de los pacientes atendidos en el hospital (edad, sexo y de donde provienen) pero fundamentalmente la distribución de las enfermedades y de los procedimientos realizados. La frecuentación de las enfermedades y procedimientos quirúrgicos permiten definir el perfil asistencial del hospital.
2. **Indicadores claves:** para el análisis de los GRD se utilizan una serie de indicadores claves que comparándolos con otras bases de datos facilita la identificación de resultados que pueden ser mejorados. Algunos de estos son:

- ✓ Estancia media.
- ✓ Estancia media preoperatoria.
- ✓ Tasas de reingresos.
- ✓ Tasa de mortalidad.
- ✓ Ambulatorización de procesos.
- ✓ Análisis de estancias evitables.
- ✓ Tasa de complicaciones y su relevancia.

Si lo miramos desde el punto de vista financiero los sistemas tipo GRD pueden ser de gran utilidad para formular el presupuesto del hospital y para el control de su ejecución.

Ahora bien, lo anterior solo será importante desde el **punto de vista teórico** si no mejoramos los que integramos el equipo de salud con la registración y la recolección de los datos en cada internación de los diferentes pacientes y en cierta forma también la necesidad de capacitación específica a los usuarios que lo utilizarán: cuerpo directivo, jefes de servicios tanto asistenciales como no asistenciales, codificadores, etc. ■

- 1) Director General Hospital Central Dr Ramón Carrillo de San Luis.
- 2) Jefe del Área de Gestión Clínica Hospital Central Dr. Ramón Carrillo de San Luis.

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

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

LA MEDICINA FAMILIAR, OPORTUNIDAD ESTRATÉGICA



"La familia, matriz de humanización del ser humano".
Dra. Aurora Pérez

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

El año 1990 está signado por el comienzo de la era antropológica digital ⁽¹⁾⁽²⁾, coincide también con la caída del muro de Berlín (noviembre 1989). Nada es ajeno a los cambios sociales, políticos, atmosféricos, navegamos por el espacio en los confines de una de las tantas galaxias, en este planeta tierra que es nuestro único hogar. ⁽³⁾

Es un tiempo de transformaciones vertiginosas y eventos a nivel personal, social y planetarios jamás imaginados en estos últimos 35 años... Como la Policrisis (Edgar Morin): crisis planetarias superpuestas y amplificadas por la geopolítica, guerras (56 activas octubre de 2025 la mayor cifra luego de la 2da Guerra mundial), cambio climático, contaminación ambiental, inseguridad alimenticia/energética/económica, epidemias, tensiones sociales, migraciones, y otras tragedias colectivas, todas interconexas e interdependientes. ⁽³⁾

Crisis planetarias que nos atraviesan y condicionan, y nos exigen "el reto de lo universal" ⁽⁴⁾, atrevernos a comprender la complejidad y la incertidumbre, aceptar que toda acción individual o colectiva está sellada en una huella ecológica que deja su impronta y condiciona la vida en su esencia, en nuestra vida y la de los otros, en la vida humana, vegetal, animal, del ambiente, un todo que es universal, a pesar de que no sea percibido como tal.

"La antropología digital es un campo consolidado y en expansión, centrado en las transformaciones relacionadas con internet que posibilitan una amplia gama de nuevos fenómenos sociales. La investigación en este apasionante ámbito ofrece valiosas perspectivas sobre la relación entre la tecnología de las comunicaciones digitales y la práctica cultural, revelando nuevas configuraciones del trabajo y el capital, la reinscripción del poder hegemónico y novedosas experimentaciones con la autoconstrucción y la relacionalidad". ⁽¹⁾

¿Por qué citar estos fenómenos para reflexionar sobre el impacto de la medicina familiar en el sistema de salud? ¿Por qué traer a la antropología digital, la economía, la historia, la sociología, la ecología y otras ciencias para explicar el valor estratégico de la medicina familiar hoy?

¿Por qué recurrir a la medicina familiar en sistemas de salud colapsados por diversas crisis, pérdida de personal del equipo de

salud, sueldos paupérrimos y condiciones laborales deficientes, tensiones sociales etc.?

El sistema de salud de la Argentina en este último tiempo atraviesa la desfinanciación absurda de todo tipo de instituciones académicas, de investigación, esenciales y prestigiosas, hospitales de referencia internacional, centros de salud, universidades, la lista es innumerable.

La gestión sanitaria, la práctica asistencial, la prestación de servicios de salud necesitan ser abordadas desde una práctica interdisciplinaria-transdisciplinaria, que aún hoy es una paradoja en muchos espacios donde las luchas de poder, los egos, la ignorancia constituyen la más absurda opción.

"Estos desafíos obligan a profundizar en el análisis económico riguroso incorporando al mundo sanitario instrumentos e indicadores económicos que comparen el producto de los servicios de salud". ⁽⁵⁾

En este sentido la medicina familiar representa una oportunidad estratégica, se ocupa de las personas en sus procesos de salud-enfermedad dentro del ciclo vital en el núcleo familiar, familias de todo tipo y composición. Comprender problemáticas que exigen una mirada compleja donde no solo se enferma el paciente, se enferma la familia. ⁽⁶⁻⁷⁾

La familia, matriz de humanización del ser humano, lugar de referencia donde siempre se vuelve, memorias emotivas que dejan su impronta indeleble, dimensión donde las alertas tempranas pueden ser tratadas a tiempo, donde la atención primaria de la salud se constituye en un valor imprescindible, con la capacidad de atenuar la sobre prestación en guardias y en los siguientes niveles de complejidad con una derivación oportuna.



Vivimos hoy situaciones dramáticas en el sistema de salud, por el altísimo costo de medicamentos e insumos, con grandes masas poblacionales empobrecidas, profesionales mal pagos, que

no reciben valoración social, con indicadores alarmantes de síndrome de burnout.

En la Argentina diversos sectores públicos, privados o de obras sociales ofrecen prestaciones de medicina familiar, pero son escasos, los profesionales padecen el multiempleo, en diversas regiones resulta difícil encontrar médicos de familia, las residencias sufren condiciones inaceptables.

La medicina familiar como *primera puerta de entrada en el sistema de salud* podría optimizar costos, jerarquizar excelencia de trabajo. Es imprescindible un trabajo interdisciplinario, transdisciplinario e intersectorial que comience por tratar este paradigma desde el pregrado de las universidades, donde la comprensión de una sola salud, aun no se ha instalado en las currículas académicas, en una sociedad que desconoce la construcción colectiva de la salud.

En instituciones con un potencial académico de referencia y atravesadas por una falta perversa de recursos económicos. Sin embargo, la idea de trabajar en políticas de estado, en políticas institucionales, que logren instalar nuevos desafíos es un horizonte esperanzador, con aproximaciones sucesivas posibles de construir integrando la inteligencia humana, la tecnología digital, la fuerza creativa de jóvenes y viejos con vocación.

Comencemos a trabajar con grupos poblacionales no mayores a 250.000 habitantes, con trabajos de investigación – acción que elaboren indicadores y herramientas metodológicas multiplicables, encontremos el modo de financiarlos con recursos legítimos.

El *conocimiento como fuerza emancipadora*, la integración, la búsqueda de consenso representan alientos vitales. La humanidad siempre tuvo que enfrentarse a desafíos imposibles. Somos portadores de un legado inspirador. ■

Bibliografía:

1. Boellstorff Tom, Dattatreyan Ethiraj Gabriel - "**Antropología digital**" 2023 DOI: 10.1093/OBO/9780199766567-0087 <https://www.oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199766567/obo-9780199766567-0087.xml>.
2. Tellería María Cecilia "**Notas sobre la antropología de lo digital**" Polis revista latinoamericana - V23 N69| 2024 <https://doi.org/10.32735/S0718-6568/2024-N69-3741>.
3. Morin Edgar. Kern Anne - "Tierra Patria" - Editorial Kairós - ISBN-9788472452848
4. Boucheron Patrick "**Conjurar el miedo**" - Editorial Fondo de cultura. ISBN: 9789877191356.
5. Báscolo, Ernesto Pablo; Lago, Fernando Pablo; Geri, Milva; Moscoso, Nebel Silvana; Arnaudo, María Florencia - **Financiamiento público del gasto total en salud: un estudio ecológico por países según niveles de ingreso**; Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; Gerencia y Políticas de Salud; 13; 26; 6-2014; 60-75 disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/47709>.
6. Cacace Patricio "**Teoría de la complejidad y los sistemas de salud**" <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/229/220>.
7. Edgar L, Salvador T, José M. **Impacto Económico de la Medicina Familiar en los Sistemas de Salud de Iberoamérica**. Rev. Bras Med Fam Comunidade. 2018. disponible <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1852>.
8. Río-de-la-Loza-Zamora José G, López-Ortiz Geovani. "**Barreras para el desarrollo de investigación en medicina familiar en Iberoamérica: revisión sistemática**". Rev. Mex. med. familiar Disponible en: <https://doi.org/10.24875/rmf.21000125>.
9. Aurora Pérez "**Familia Enfoque interdisciplinario**" Editorial Lugar/2009. ISBN: 978-950-892-321.
10. Burucua José. Emilio "**Civilización Historia de un concepto**" - Editorial Fondo de Cultura 2024 ISBN 9789877195.
11. Einstein Albert "**Mi visión del Mundo**" Editorial Maxi Tusquets - 4ta Ed. 2017. ISBN 97884836545.
12. Cotazo Inés Moisés Cecilia "**Estado Salud y desocupación de la vulnerabilidad a la exclusión**" Editorial Paidós - Tramas Sociales. ISBN9501245101
13. Sadin Eric "**La era del individuo tirano**" - Editorial Caja Negra 2022. ISBN9789874822646.

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

Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

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

Seguinos en:

✉ @RevistaMedicos 📷 @revista_medicos

🌐 Revista Médicos 📘 Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar

MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO Y EL DILEMA DE LOS COMUNES



Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)

La tendencia creciente al incremento de los costos de la atención médica para aseguradores y prestadores se viene manteniendo a lo largo de los últimos años, aunque ha adquirido cierta aceleración. Y si bien la deflación lograda pareciera constituir una esperanza de alivio en sus cuentas, deberán continuar erogando las crecientes facturas de servicios médicos a la que se suman medicamentos innovadores y *Dispositivos Médicos Implantables* de cada vez mayor precio. Por otra parte, el gasto fiscal seguirá su tendencia al ajuste obligado con un impacto que, si bien es esperado, aun resulta desconocido respecto de la gestión sanitaria pública.

Esto lleva a considerar en la expansión de los costos una fuerza impulsora que hace inevitable la transformación de algunos aspectos centrales del modelo de atención sanitaria. Básicamente, para establecer una señal de futuro que apunte a promover y profundizar - a partir del 2026 - cambios estructurales respecto de la eficacia de gestión de lo asistencial y la eficiencia en el gasto.

Por ejemplo, la evolución del gasto farmacéutico viene siendo francamente superior a la de la atención médica, sobre la cual incide en más de un 40% del total. El impacto es significativo si se analiza el peso relativo de los medicamentos oncológicos e inmunomoduladores para tratamientos especiales, cuyo volumen de ventas solamente para el segundo trimestre de 2025 fue de 610.640 millones de pesos, lo que equivale al 23.1% de la facturación total de medicamentos por grupo anatómico (L) en el mismo período y al 78% del total de reventa de importados (INDEC 2025). Datos que refuerzan la urgencia de gestionar mejor la prescripción farmacéutica, especialmente de los denominados de alto precio.

¿Cuáles podrían ser los caminos para lograrlo?

1. Evitar el riesgo del dilema de los comunes

El dilema o tragedia de los comunes de Garret Hardin (1968) es una metáfora social donde el exceso de intereses individuales a corto plazo actuando en forma egoísta, aunque racional lleva a chocar con el interés colectivo a largo plazo, en función del exceso de uso de un recurso compartido y escaso que no tiene un dueño claro y es un bien común.

La suma de acciones egoístas conduce a un virtual agotamiento de tal recurso, aunque a ninguno de ellos les convenga que suceda, con lo que el perjuicio se hace colectivo. Tiene por lo tanto dos visiones. Una socio-económica y otra ética.

Los medicamentos innovadores con escasa efectividad contrastada y alto precio, por un lado, y los pacientes vinculados en la relación de agencia con los profesionales como parte de la asimetría de información son los actores del dilema. Y el recurso escaso y bien común es el gasto en salud.

Como principales responsables individuales de la asignación de recursos en base a la toma de decisiones con valoraciones subjetivas y en condiciones de incertidumbre, aquellos profesionales que generan una demanda judicial inducida sin evidencia cierta parecen ignorar el daño a largo plazo sobre el recurso escaso.

Desde la perspectiva médica, la denominada regla del rescate se da cuando aparece una nueva opción de intervención sin evidencia clara del beneficio (efectividad no adecuadamente contrastada) y donde entran en juego recursos escasos si además el insumo tiene un alto precio.

En ese punto comienza el conflicto bioético entre bienestar individual y bienestar colectivo, cada vez que un paciente obtiene judicialmente un medicamento de altísimo precio y escasa efectividad que en forma simultánea implica un elevado costo de oportunidad para la cobertura de otros pacientes y la propia sustentabilidad futura del sistema sanitario en su conjunto.

Cuando esta instancia se multiplica, la situación socio-económica y bioética se asemeja al dilema de los comunes. En el caso de la salud como bien meritorio donde existen derechos, este dilema exige regulaciones claras y transparentes con criterio ético por parte del Estado y la propia sociedad.

2. Encontrar un negociador central dispuesto a tener poder de mercado frente al alto precio

En algunos países desarrollados existe un único organismo negociador (normalmente el Estado), con capacidad de decidir si acepta el precio que una empresa farmacéutica quiere cobrar por sus productos. Otros países llevan a cabo análisis de cuánto beneficio adicional (valor) representa un nuevo medicamento sobre los que ya están en el mercado, y a qué costo (precio).

Si éste es demasiado alto y el beneficio demasiado pequeño, están dispuestos a decir no a un nuevo medicamento hasta que este no reduzca su número final. En nuestro país, las negociaciones con los laboratorios o sus intermediarias - salvo el PAMI - se atomizan entre cientos de negociaciones individuales y confidenciales con financiadores medianos y pequeños, lo que resulta en mucho menos poder negociador de descuentos para estos.

La falta de consolidación en la negociación es una razón clave por la que se paga más que otros países, por falta de oportunidad para gestionar discusiones más duras. En este sentido, las decisiones que ha tomado el Ministerio nacional sobre compras directas a laboratorios o a través de la nueva plataforma digital SIGMAC operada por la Superintendencia de Servicios de Salud para la gestión de provisión de medicamentos de alto precio, van a contribuir sin duda a optimizar y transparentar el uso de los fondos públicos o de las obras sociales nacionales, y a abrir el camino a instancias de negociación centralizada con mayor poder de mercado.

“ La evolución del gasto farmacéutico viene siendo francamente superior a la de la atención médica, sobre la cual incide en más de un 40% del total. El impacto es significativo si se analiza el peso relativo de los medicamentos oncológicos e inmunomoduladores para tratamientos especiales, cuyo volumen de ventas solamente para el segundo trimestre de 2025 fue de 610.640 millones de pesos, lo que equivale al 23.1% de la facturación total de medicamentos por grupo anatómico (L) en el mismo período y al 78% del total de reventa de importados (INDEC 2025). ”

3. Establecer mecanismos de regulación de precios para la innovación disruptiva

El sistema de salud tiene que encontrar su punto de equilibrio, sin gastar más de lo que dispone. Muchos países, aún de economías de libre mercado, establecen límites respecto de cuánto pagarán por los medicamentos oncológicos o para tratamientos especiales de alto precio.

La condición de precio aceptante de nuestro sistema de salud, dado el poder de monopolio que ofrece la patente o la imposibilidad de copiar una molécula compleja y competir en el mercado sanitario, requiere al menos disponer de un *Observatorio Internacional de Precios* que permita investigar consistentemente las diferencias existentes con otros países.

Especialmente con los de América Latina, muchas veces con precios dos o tres veces inferiores. En 2023 comparativamente resultaban más del doble que en Chile, Colombia y México, incluso teniendo en cuenta los descuentos confidenciales que pueden terminar reduciendo sustancialmente lo que se paga. Conceptualmente, un mercado opaco y dinámico como el de los medicamentos innovadores disruptivos no puede funcionar como un auto sin frenos.

4. Limitar que el sistema permita la presencia de incentivos perversos

Las compañías farmacéuticas que revenden importados en el mercado local no son las únicas que ganan dinero con los altos precios de los medicamentos. La ausencia de protocolos y guías de práctica para ajustar la variabilidad de la práctica profesional y normatizar tratamientos así como la amplitud con que cualquier prestador sin especialistas reconocidos y autorizados expresamente -como exige por ejemplo el *Fondo Nacional de Recursos de Uruguay*- puede prescribir libremente medicamentos de alto precio y aun terapias génicas, hace que los medicamentos con cobertura a precio cero para los pacientes impacten significativamente en el gasto del sistema.

De esta forma, se potencian los incentivos perversos asociados al beneficio de la industria, que podrían ser controlados si se decidiera crear una Agencia de Evaluación tecnológica o financiera autónoma y transparente que fijara posición sobre este tipo de moléculas biotecnológicas innovadoras con efectividad poco contrastada.

Estableciendo análisis de costo-efectividad-calidad con la suficiente solvencia e idoneidad técnica del dictamen para uso de la Justicia, podría comenzar a ponerle límites a los conflictos de interés resultado de la inducción de la demanda a litigar contra el financiador. De lo contrario, se seguirá pagando por todo -lo efectivo y lo poco efectivo- mientras la justicia, asumiendo responsabilidad técnica y política en función del amplio concepto del derecho a la salud, continuará fallando en favor de las empresas farmacéuticas.

5. Analizar la dinámica de las patentes y sus ventajas sobre el astronómico precio de las moléculas

La FDA o la AEM otorgan patentes a las compañías farmacéuticas generando monopolios temporales durante los cuales la competencia por copias o genéricos con menor precio está limitada garantizando poder de mercado y precio de monopolio en base a un abuso de posición dominante. A esto se suma que las mismas compañías logran tener éxito en encontrar mecanismos para prolongar tales periodos mediante diferentes tácticas, como las patentes de uso que sólo están relacionadas tangencialmente con la molécula o terapia en cuestión.

A favor de ello, las empresas aducen que los precios de los medicamentos son los que soportará el mercado, señalando que lo importante es el valor en términos de utilidad que sus productos ofrecen a la sociedad. Por ejemplo, una cura única con un costo de 3 millones de dólares puede ser beneficiosa al Sistema si termina evitando 10 millones de dólares en gastos hospitalarios futuros y costos directos perdidos. El problema reside en que, para un medicamento innovador oncológico o inmunomodulador bajo patente, el precio medio anual de entrada al mercado fue de 300.000 dólares en 2023, cuando en 2021 había sido de 180.000 dólares.

6. Introducir cambios en el modelo de gestión público y privado

Quizás sea éste el momento para una reinención audaz de los sistemas público y privado que sirva como instrumento para hacer más eficiente el alza del gasto sanitario, a punto de partida de promover un nuevo esquema asistencial con eje en el paciente, definido a partir de una atención preventiva, personalizada y fuertemente predictiva.

El actual sistema carece de instrumentos adecuados para contener los costos asociados a los medicamentos de alto precio, ni posee criterios claros respecto de qué cubrir y bajo que conceptos y decisiones terapéuticas. Todos no pueden hacer todo. Debe crearse un programa de calificación de prestadores expresamente autorizados para ofrecer las mejores oportunidades terapéuticas, que aseguren el uso adecuado de las nuevas moléculas disruptivas garantizando los derechos de los pacientes, el consentimiento informado y su seguridad.

Esta estrategia de cambio se plantea en base a cuatro componentes básicos: un *Modelo Integral de Gestión de la Atención en Salud*, que enfatice la atención primaria y la prevención como piso básico de organización del mismo; una política de medicamentos innovadores que procure negociar menores precios y dar racionalidad en la entrada al mercado sanitario a nuevas moléculas y tratamientos de escasa efectividad contrastada, y mecanismos de financiamiento basados en valor que permitan regular el incentivo perverso de pagar por hacer sin importar los resultados.

Considerando además la búsqueda de fuentes de ingresos alternativas ante la amenaza que la oferta acelerada y creciente de medicamentos biotecnológicos y terapias génicas cada vez más sofisticadas impone a la expansión potencial del gasto.

En definitiva, establecer un nuevo esquema dinámico donde los financiadores se conviertan en el núcleo activo del sistema, respondiendo por la cobertura y regulando la gestión de los crecientes costos de los prestadores en tiempo real, en tanto estos se centran en pasar de la *Medicina basada en la Evidencia* a la basada en la *Eficiencia*, optimizando sus resultados asistenciales en términos de efectividad y aprovechando el impacto de la IA para mejorar su estructura de costos y el uso adecuado de los datos. ■

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

LA CONVERGENCIA HACIA UNA CULTURA GERENCIAL ÚNICA EN SALUD



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

El sistema sanitario convive con el pluralismo y la segmentación del financiamiento, la cobertura y las prestaciones. Pero también con culturas de gestión diferentes que se han ido modelando de la mano de las características, las problemáticas y requerimientos de los “clientes” de cada uno de estos subsistemas que son diferentes, aunque todos sean ciudadanos de un mismo país.

Las diferencias económicas entre los grupos sociales e inserción laboral y social han ido segmentando los subsistemas (público, privado y seguridad social) hasta generar especies de islas que dialogan muy poco entre sí y producen un escaso intercambio y aprendizaje mutuo de las mejores prácticas gerenciales en salud.

Se llega a la situación donde profesionales que trabajan en uno o más subsectores tienen diferente comportamiento según el lugar donde les toque ejercer en ese momento y eso habla de **gerenciales y trayectorias laborales**, lo que refuerza la segmentación.

Existen tres mundos gerenciales en salud que tienen escasa relación a pesar de convivir con población y recursos:

- **Sector público (salud en las provincias y obras sociales e institutos provinciales).**
 - Cultura centrada en la **lógica presupuestaria** (ejecución anual, rigideces administrativas, controles ex-post).
 - Identidad de los trabajadores más cercana a la condición de empleados estatales que a la de gestores de resultados sanitarios.
 - Escasa movilidad, permanencia en cargos, promoción más ligada a antigüedad que a desempeño.
- **Seguridad social:**
 - Obras sociales nacionales bajo influencia de sindicatos; provinciales bajo influencia de gobiernos locales.

- Cultura de **negociación política/sindical**: convenios, cápi-tas, distribución de fondos.
- Gestores acostumbrados a lidiar con la puja corporativa y la relación con prestadores privados en redes heterogéneas.
- **Sector privado (prepagas, prestadores, industria farmacéutica):**
 - Lógica de **empresa competitiva**: eficiencia de costos, marketing, posicionamiento en el mercado.
 - Estilo de management orientado a indicadores económicos, satisfacción del cliente y rentabilidad.
 - Mayor permeabilidad a innovaciones gerenciales internacionales (KPIs, balanced scorecard, acreditaciones internacionales).

La consecuencia de este comportamiento cerrado y de islas son recursos humanos que se forman y consolidan dentro de su propio “circuito” (público, social, privado).

Es **muy poco común** que un directivo público pase a gerenciar una prepa, que un técnico de seguridad social salte a un hospital público provincial y quizás lo más cercano es un cierto intercambio de gerentes entre prepagas y ciertas obras sociales nacionales que tienden acercarse desde el punto de vista gerencial. En este momento ambos pertenecen al mercado de agentes del seguro de salud y consecuencia allí se reforzará las relaciones y los vínculos del aprendizaje.

El resultado de la falta de intercambio es culturas cerradas con escaso intercambio de prácticas exitosas que repercute fundamentalmente en el sector público que ha quedado prisionero de la burocratización. La fragmentación institucional se replica en la **fragmentación de trayectorias laborales**.

Las consecuencias de la segmentación se observan en un sistema que no puede ser considerado tal, dado que faltan vasos comunicantes que permitan coordinar y articular las acciones que llevan adelante cada uno y que se pueden observar en las siguientes características:

1. **Rigidez organizacional**: cada subsistema defiende su status quo y resiste la adopción de prácticas de otros ámbitos.
2. **Innovación fragmentada**: la digitalización puede avanzar en prepagas, pero tarda años en permear al sector público; la auditoría farmacéutica avanza en obras sociales grandes, pero casi no se transfiere a hospitales provinciales.
3. **Debilidad sistémica**: sin vasos comunicantes, los aprendizajes se pierden y cada subsistema “reinventa la rueda”.
4. **Desigualdad en gestión**: mientras el privado puede incorporar rápidamente metodologías de gestión, el público quedarezagado, y la seguridad social se mueve a ritmo político-corporativo.

Más allá de estas observaciones críticas existen en el variado sistema sanitario argentino algunas excepciones y pequeñas ventanas de esperanza que permiten pensar un cambio:

- **Algunos profesionales de alto nivel** (médicos, sanitaristas, economistas de la salud) sí circulan entre sectores como consultores o académicos.

“ El resultado de la falta de intercambio es culturas cerradas con escaso intercambio de prácticas exitosas que repercute fundamentalmente en el sector público que ha quedado prisionero de la burocratización. La fragmentación institucional se replica en la fragmentación de trayectorias laborales. ”

- **Programas de cooperación público-privada** (ej. ANMAT con industria, INCUCAI con hospitales privados, experiencias de Córdoba con Hospital Ferreyra) generan espacios mixtos.
- **Formación académica conjunta** (maestrías, diplomaturas en gestión de salud) crea redes personales que pueden atravesar sectores.

Sin embargo, estos espacios son todavía **nichos minoritarios** frente a la norma general que es el encapsulamiento de cada uno dentro de su sector.

El desafío que tenemos es como vincular y conectar estas islas para generar sinergias creativas que permitan el surgimiento de una cultura gerencial en salud que permee todos los sectores con independencia de su origen, propiedad y jurisdicción. En definitiva, la salud es una y la problemática de los pacientes también.

Estas son algunas líneas que podrían plantearse para comenzar a acercar saberes y experiencias y construir un espacio común que resultará beneficioso para todo el sistema:

- **Carreras sanitarias transversales:** certificaciones y concursos que habiliten movilidad entre subsistemas.
- **Escuelas de gobierno en salud** con programas de intercambio público-privado-seguridad social.
- **Agencias intersectoriales** (p. ej. compras conjuntas de medicamentos, agencias de evaluación de tecnologías) donde convivan equipos de los tres mundos.
- **Políticas de incentivos:** valorar la experiencia adquirida en otros subsistemas como mérito en concursos y contrataciones.

Los dirigentes sectoriales son los que deben llevar la iniciativa en la materia en el caso del sector público no se pueden pretender mejores resultados sin invertir en formación del talento humano, que aparece como muy escaso en las jurisdicciones provinciales a las cuales se les transfiere una responsabilidad cada vez más importante.

El privado también puede salirse de su micromundo e involucrarse, así como hacen los grandes hospitales privados en Brasil en colaborar para mejorar la cultura de gestión del público.

Finalmente, pero no menos importante respecto de la Seguridad Social que ha hecho en algunos casos avances muy importantes en materia de organización y gestión, es hora de que reflexione sobre la misión de la obra social porque ser eficiente y eficaz para lo que no hay que hacer es el peor error que se puede cometer.

La seguridad social mediante el accionar de las obras sociales deben terminar de comprender que su rol es consolidarse como fondos de salud, ante todo, es decir su principal objetivo es cuidar y mantener la salud de la población en primer lugar y después pensar en recuperar. El salto hacia la prevención es algo clave y donde se juega el futuro y la sustentabilidad del sistema. Esperemos que los dirigentes estén a la altura de los tiempos. ■

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



Toda la información imprescindible sobre el Sistema de Salud en Argentina

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

COMUNICAR CON IDENTIDAD: LA MARCA PERSONAL DEL MÉDICO EN CADA CONVERSACIÓN



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

Si mañana alguien describiera cómo lo atendiste, ¿qué diría de tu manera de comunicar?” La respuesta a esa pregunta revela más de nuestra práctica profesional de lo que imaginamos. Y claramente también habla de la persona que somos más allá de lo profesional.

La medicina se apoya en diagnósticos, terapias y tecnologías, pero lo que los pacientes recuerdan -y lo que transmiten a sus familias- no es solo la precisión del tratamiento, sino cómo se les habló, cómo se les escuchó y cómo se les acompañó en momentos decisivos.

En un contexto donde la información circula con rapidez y las decisiones se discuten colectivamente, la comunicación médica-paciente ya no puede considerarse un aspecto secundario. Es un eje central del cuidado, de la seguridad y también de la identidad profesional.

Comunicación como cuidado y como marca personal

Cada palabra, cada gesto y cada silencio son parte del acto médico. No se trata únicamente de transmitir datos clínicos, sino de construir confianza, reducir incertidumbre y sostener la dignidad de la persona en momentos de alta vulnerabilidad.

A la vez, esa forma de comunicar se convierte en una marca personal: la referencia que pacientes y colegas tendrán de cada médico. Es lo que define si seremos recordados solo como técnicos correctos o como referentes humanos y confiables.

Como toda marca, se construye con coherencia. Cada consulta, cada notificación de malas noticias, cada espacio de acompañamiento suma o resta a esa huella profesional.

Comunicación deficiente: un riesgo clínico, legal, humano

Diversos estudios muestran que una proporción significativa de los reclamos judiciales en salud no se originan exclusivamente en errores técnicos, sino en deficiencias en la comunicación.

Humphrey et al. (2022), por ejemplo, analizaron reclamos de mala praxis en Estados Unidos y encontraron que el 49% involucraban fallas comunicacionales: de ellos, un 53% correspondía a problemas entre médico y paciente, mientras que el 47% se daba entre profesionales de la salud.

Lo más llamativo es que el 40% de esos fallos ocurría en momentos de transferencia de cuidado (“handoff”), justamente cuando la información debía ser más clara y precisa. Además, los casos con fallas comunicativas resultaron más costosos y con mayor impacto para los pacientes y las instituciones.

En la misma línea, un análisis de CRICO (el programa de riesgo asociado a Harvard) sobre más de 23.000 casos reveló que el 30% de las demandas médicas incluían algún tipo de error o deficiencia en la comunicación, desde explicaciones incompletas hasta uso de lenguaje técnico que el paciente no comprendía, pasando por falta de información sobre riesgos o demoras en la entrega de resultados.

“Un análisis de CRICO (el programa de riesgo asociado a Harvard) sobre más de 23.000 casos reveló que el 30% de las demandas médicas incluían algún tipo de error o deficiencia en la comunicación, desde explicaciones incompletas hasta uso de lenguaje técnico que el paciente no comprendía, pasando por falta de información sobre riesgos o demoras en la entrega de resultados.”

Si bien estos datos provienen de otros países, la experiencia en la Argentina refleja una tendencia similar: gran parte de las quejas de pacientes y familiares no surge de la técnica médica en sí misma, sino de cómo se explicó (o no se explicó) lo que estaba ocurriendo.

Dicho de otro modo: la percepción de abandono o de falta de escucha pesa tanto como un error clínico al momento de iniciar un reclamo.

Veamos más en profundidad este punto, ya que entre las causas más frecuentes de juicios por praxis médica (nótese que no decimos mala praxis, debido a que ya con el mero título nos encontramos con un sesgo negativo) se encuentran:

- ✓ Indiferencia percibida hacia el paciente.
- ✓ Falta de información clara y suficiente sobre diagnósticos, riesgos o tratamientos.
- ✓ Explicaciones confusas o contradictorias, que generan desconfianza.
- ✓ Entrega tardía o incompleta de la historia clínica.
- ✓ Ausencia del profesional principal en momentos críticos.
- ✓ Comentarios inadecuados o despectivos sobre colegas responsables.

En la mayoría de los casos, el malestar del paciente o su familia no surge solo de lo que ocurrió clínicamente, sino de cómo se les explicó (o no se les explicó), cuándo se los atendió y de qué manera se los acompañó.

La prevención de conflictos, entonces, está estrechamente ligada a la calidad de la comunicación.

Principios clave en la comunicación de malas noticias

Existen consensos internacionales y modelos conocidos -como SPIKES, BREAKS o ABCDE- que marcan pasos estructurados. Más allá de las siglas, lo esencial puede resumirse en algunos principios simples:

- Prepararse primero como profesionales, con toda la información necesaria, validarse en las emociones como profesional, no desconectar de lo que nos pasa como operadores de la situación.
- Preparar el contexto: elegir lugar, tiempo y privacidad. Evitar interrupciones de otras personas que pudieran ingresar o estar escuchando. Tomarse el tiempo este momento crucial.
- Anunciar que se dará una noticia importante.
- Diferenciar diagnóstico de pronóstico: explicar lo que ocurre hoy y lo que puede pasar mañana.
- Usar lenguaje claro y adaptado al paciente. Evitar excesivos tecnicismos.
- Validar y contener las emociones del paciente y familiares.
- Ofrecer opciones, escenarios posibles y acompañamiento concreto. Disponibilidad.

Estos principios no son fórmulas rígidas, sino brújulas para sostener la conversación sin perder humanidad ni claridad.

Comunicación y unidades de prevención de conflictos. Herramientas de mediación

Las herramientas de la mediación sanitaria o mediación en salud aplican estos mismos principios como base de su práctica.

Se trata de un espacio estructurado para abordar situaciones de tensión, conflicto o incertidumbre en el ámbito de las organizaciones de salud, donde la comunicación se transforma en herramienta de cuidado y también de resolución.

En la mediación sanitaria, el énfasis está puesto en:

- Reconocer y validar emociones antes de entrar en la información técnica.
- Explorar necesidades reales más allá de lo que se dice en la superficie.
- Promover un lenguaje claro y accesible, que reduzca la distancia entre lo técnico y lo humano.
- Favorecer acuerdos graduales y decisiones compartidas, en vez de imponer soluciones.
- Prevenir conflictos antes de que escalen, creando puentes que transformen la conversación, en un espacio de cooperación.

La mediación sanitaria no reemplaza la práctica clínica, sino que la enriquece. Permite dar lugar a la voz del usuario paciente y de la familia en un entorno cuidado, donde lo relacional importa tanto como lo técnico.

No es necesario que los conflictos “salgan” de la organización y se aborden en una mediación externa. Se pueden resolver internamente.

Incorporar *Unidades de Prevención de Conflictos* dentro de obras sociales, empresas de medicina prepaga, hospitales, clínicas y consultorios es, además, una estrategia poderosa de prevención de juicios y conflictos institucionales.

Cuidar con palabras, dejar huella

La comunicación adecuada no es un adorno: es una herramienta clínica, un factor de prevención de conflictos y un pilar de la identidad profesional.

La mediación sanitaria nos recuerda que, en cada interacción, lo esencial es reconocer al otro como sujeto, contener la emoción y abrir caminos de decisión compartida. La práctica clínica y la mediación se encuentran en un mismo punto: *el valor humano de la palabra*.

En un mundo donde la tecnología avanza y las pruebas diagnósticas se multiplican, la diferencia humana se juega en el encuentro. Allí, cada palabra puede ser brújula o tormenta.

La invitación es simple: elegir ser faro y construir tu identidad profesional y organizacional a través de la comunicación. ■

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

www.revistamedicos.ar

Medicina Global

Médicos

La revista de salud y calidad de vida

PATIENT BLOOD MANAGEMENT: LA ESTRATEGIA QUE REVOLUCIONA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Por la Dra. Alicia Vilaseca (*)

En el contexto actual de la medicina, la optimización de los recursos y la mejora de la seguridad del paciente son imperativos. El **Patient Blood Management (PBM)**, una estrategia sistémica, centrada en el paciente y basada en la evidencia, se ha posicionado como una herramienta fundamental para lograr ambos objetivos.

Más que una simple alternativa a la transfusión, el PBM busca mejorar los resultados clínicos de los pacientes, reducir los riesgos asociados a las transfusiones y conservar un recurso tan valioso y limitado como la sangre alogénica.

El PBM se basa en tres pilares fundamentales, también conocidos como las “3 E’s”:

1. **Evaluación** y manejo de la anemia y la ferropenia preoperatorias.
2. **Evitar** pérdidas sanguíneas.
3. **Evitar** la transfusión innecesaria.

El PBM requiere de un trabajo transdisciplinario de todo el equipo de salud que permita detectar los pacientes en riesgo de quedar expuestos a transfusiones, que concientice sobre los recursos necesarios durante el período de hospitalización para reducir la pérdida de sangre, tan simples como el uso de mantas térmicas en cirugía o sala de partos para evitar la hipotermia no intencionada y sus consecuencias sobre la hemostasia, como el estricto control del número de extracciones diarias y volumen de las mismas (principal causa de anemia iatrogénica en el paciente internado).

La evidencia científica ha dejado en evidencia que hoy pleno siglo XXI las transfusiones tiene un 50% de indicación inadecuada evitable y con serios efectos adversos con aumento de la morbimortalidad.

Debemos generar conciencia en la necesidad de preservar la propia sangre, utilizando todos los recursos para que el propio cuerpo pueda responder a la emergencia, reservando la transfusión para el paciente oncológico en etapas de fallo medular y las primeras etapas del tratamiento del sangrado crítico de cualquier origen.

La anemia y la ferropenia: enemigos silenciosos

La **anemia** y la **ferropenia** preoperatorias son factores de riesgo modificables de exposición a transfusiones. La presencia de anemia ferropénica afecta a más de 2.360 millones de personas alrededor del mundo siendo la más frecuente, incluso en sus formas leves.

La misma se asocia con un aumento de la morbilidad, la mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria. Un paciente anémico tiene una mayor probabilidad de necesitar una transfusión sanguínea durante o después de su estancia hospitalaria y más si fue por motivos quirúrgicos, lo que a su vez incrementa los riesgos de efectos adversos como el TRALI (lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión) y el TACO (sobrecarga circulatoria asociada a la transfusión).

La **ferropenia** sin anemia es el **déficit nutricional más frecuente afectando a más de 1.180 millones de personas alrededor del mundo**, siendo también un factor crítico. La deficiencia de hierro compromete la capacidad del organismo para compensar la pérdida de sangre, lo que puede

exacerbar la necesidad de transfusiones, pero además por sus otras funciones como cofactor de la síntesis de enzimas mitocondriales, y de las vías noradrenérgicas dopaminérgicas y serotoninérgicas expone al paciente quirúrgico mayor inestabilidad hemodinámica, susceptibilidad a infecciones, delirio postoperatorio, entre otros.

La identificación y el tratamiento oportuno de estas condiciones, mediante la suplementación de hierro (oral o intravenosa) y eritropoyetina si es necesario, son pasos cruciales en la preparación del paciente para cualquier procedimiento mayor.

Dentro de la población más expuesta debemos poner en situación privilegiada a las mujeres en edad fértil, embarazadas niños y adultos mayores.

La salud sanguínea: un concepto transformador

El concepto de “**Salud Sanguínea**”, acuñado por Sherri Osawa del Centro de Sangre de Canadá, enfatiza una perspectiva proactiva y centrada en el paciente. Osawa argumenta que debemos considerar la sangre como un órgano vivo, un reflejo de la salud general del paciente.

El PBM busca no solo optimizar este “órgano”, sino también mejorar el estado de salud global del individuo. Abordar la salud sanguínea significa garantizar que el paciente llegue a las situaciones potencialmente críticas como parto cirugía sepsis etc., con sus reservas de hierro y hemoglobina en niveles óptimos, lo que mejora su resiliencia y su capacidad de recuperación.

El urgente llamado de la OMS y el “Win-Win” del PBM

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** ha instado a todos los países a adoptar el PBM como una estrategia de salud pública. Este llamado urgente se basa en la evidencia de que el PBM mejora la seguridad del paciente y optimiza los recursos sanitarios. La implementación del PBM representa una situación de “**ganar-ganar**” (“win-win”):

- **Para el paciente:** disminuye el riesgo de transfusiones innecesarias, lo que se traduce en menos complicaciones, una recuperación más rápida y una estancia hospitalaria más corta.
- **Para el sistema de salud:** reduce costos al minimizar el uso de hemoderivados, disminuir las complicaciones postoperatorias y acortar la duración de la hospitalización.
- **Para el banco de sangre:** aligera la presión sobre el suministro de sangre, garantizando que haya stock disponible para quienes realmente lo necesitan en casos de emergencia.

El PBM no es una moda pasajera, sino una evolución necesaria en la práctica médica. Al enfocarnos en la salud sanguínea del paciente y en la optimización de sus propios recursos, estamos construyendo un sistema de atención médica más seguro, eficiente y centrado en la persona.

El PBM no es una opción; es un estándar de atención. Adoptarlo significa priorizar la seguridad, la eficiencia y la calidad en la práctica clínica diaria.

Citas bibliográficas recomendadas:

- **OMS (2010):** *Transfusion safety and clinical use: Patient blood management*. La OMS ha publicado directrices y llamados a la acción que respaldan la implementación del PBM a nivel global.
- **Kotze et al. (2012):** *The cost-effectiveness of a patient blood management programme in a tertiary hospital setting*. Este tipo de estudios demuestran el impacto económico positivo de la implementación del PBM.
- **Spahn et al. (2019):** *The new era of Patient Blood Management: a multidisciplinary approach*. Numerosos artículos en revistas como *Transfusion* y *Anesthesiology* destacan la importancia del enfoque multidisciplinario del PBM y su impacto positivo en los resultados clínicos. ■

(*) Jefa de Hematología Clínica San Camilo, Buenos Aires, Argentina. Presidenta del Capítulo Argentino de la Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management



Tu tranquilidad es nuestro propósito

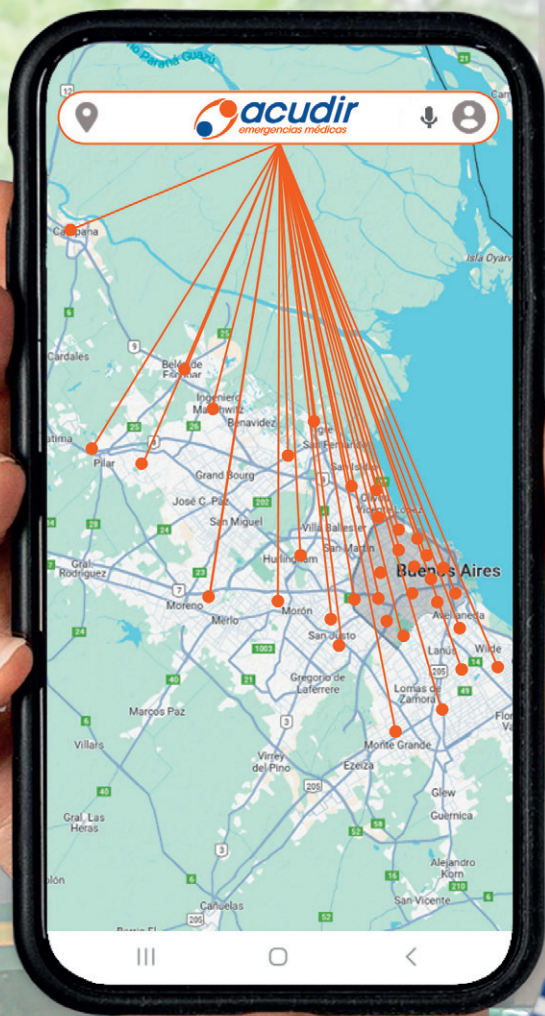
Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



www.scienza.com



acudir
emergencias médicas



Continuamos
ampliando
la estructura.

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

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



www.acudiremergencias.com.ar



acudir
emergencias médicas
La calidad es nuestra actitud.