

AÑO XXVII - N° 151 - MARZO 2026 - WWW.REVISTAMEDICOS.AR

Mé[•]dicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

SALUD

¿TIEMPO DE BARAJAR Y DAR DE NUEVO?

 GALENO

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

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



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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4682-0534

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

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

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

OPINIÓN

LA SALUD ANTE UNA NUEVA FUERZA SOCIAL
 Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA) **6**

DEBATE

ACERCA DE OUTFRAGE FATIGUE, BURNOUT Y GRANDEZAS
 Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Director Académico IPEGSA **8**

DEBATE

¿CUÁNTO NOS CUESTA EL EFECTO MURCIÉLAGO EN LOS MEDICAMENTOS?
 Por el Dr. Federico Tobar - Asesor global en Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de Naciones Unidas **10**

COLUMNNA

JUSTICIA Y SALUD: CUANDO EL DERECHO INDIVIDUAL TENSIONA LA EQUIDAD COLECTIVA
 Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines **12**

OPINIÓN

MORIR CON DIGNIDAD EN SISTEMAS BAJO PRESIÓN: LA EUTANASIA EN EL DEBATE GLOBAL
 Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario **14**

OPINIÓN

LA SALUD FRENTE A LA DILUCIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
 Por el Dr. Sergio Del Prete - Mg. Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata. Argentina **16**

VOCES

HACIA UNA MEJORA EN EL SISTEMA DE COBRO DE PRESTACIONES DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE PROVINCIAS
 Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados **18**

PRIMERA PLANA

RESIDENCIAS SIN EXAMEN ÚNICO: ¿QUIÉN ELIGE A QUIÉN?
 Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Ex Director Nacional de Capital Humano Ministerio de Salud **20**

COLUMNNA

DISIECTA MEMBRA: LA SALUD DESGARRADA
 Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) **22**

OPINIÓN

COBERTURA Y ACCESO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA: LECCIONES COMPARADAS PARA REPENSAR LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SANITARIA
 Por el Dr. David Aruachan - Especialista en Economía y Gestión en Salud. Ex Viceministro de Salud de la Nación. Ex Gerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación **24**

COLUMNNA

EL HOSPITAL EMPRESA
 Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud - Miembro del Grupo PAIS **25**

COLUMNNA

EL REFLEJO DE PÁVLOV: ANTECEDENTES Y ACTUALIDAD DEL ACOSTUMBRAMIENTO A LA DESHUMANIZACIÓN EN EL CONTRATO SOCIAL
 Por el Dr. Mauricio Klajman - Docente Libre - Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas Facultad de Medicina - U.B.A **26**

VOCES

IMPACTO DEL ACUERDO ARGENTINA - EE. UU. EN LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA
 Por el Dr. Carlos Alberto Díaz - Especialista en Medicina Interna-nefrología-terapia intensiva-salud pública. Director de la Carrera Economía y gestión de la salud de ISALUD **28**

COLUMNNA

NUEVO ENTORNO SANITARIO: ¿EXISTE EL EMPRESARIO DE LA SALUD?
 Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB) **30**

COLUMNNA

LA GESTIÓN SANITARIA EN TIEMPOS DE SINDEMIA Y POLICRISIS
 Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica - Epidemióloga. Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - U.B.A **32**

VOCES

MÁS ALLÁ DE LA VOCACIÓN: EL DISEÑO SISTÉMICO DE UNA MEDICINA HUMANA
 Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria **34**

INFORME ESPECIAL

ACTUALIZACIÓN DE LA ESTIMACIÓN DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA ASISTENCIAL CONTENIDA EN EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO) 2025
 Por el Prof. Dr. Ernesto van der Kooy - Especialista en administración de Establecimientos de Salud. Máster en Dirección de Empresas. Universidad del Salvador - Presidente de Prosanity S.A. **36**

ACTUALIDAD

HÁBITOS DE VIDA Y PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA COMUNITARIA
 Por Sofía Trojanowski, Karina Zabala, Miriam Del Rio, Néstor Vázquez y Edith Labos - Área de Docencia e Investigación en el Adulto. Instituto de Salud Pública y Medicina Preventiva. UBA **44**

VOCES

BANCO DE MEDICAMENTOS: UNA OPCIÓN EFICIENTE PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS (2da. PARTE)
 Por el Dr. Adolfo Sánchez de León, la CPN. Andrea Lange y la Farm. Alicia Ávila - Director General, Directora Contable Financiera y Directora de Farmacia del Hospital Ramon Carrillo de San Luis **46**

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

En el momento de la verdad.

The logo for OSDE (Organismo de Regulación y Supervisión de la Actividad Económica) is displayed in white. It features the letters 'osde' in a lowercase, sans-serif font. The 'o' is a solid circle, the 's' is a simple curve, and the 'd' has a distinctive shape with a horizontal bar at the bottom. The 'e' is a simple, rounded letter.

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

LA SALUD ANTE UNA NUEVA FUERZA SOCIAL



Por el Dr. Rubén Torres (*)

La sociedad asiste, agobiada y silenciosa, a un proceso terminal de la organización de su sistema de salud, basado esencialmente en términos de solidaridad. Y cabe preguntarse por las razones de ese silencio.

El discurso cotidiano del gobierno (no solo el actual) y de la ciudadanía, ve el derecho a la salud como el derecho a acceder a servicios de salud, y esto influye en la agenda política y organizativa del sector.

La salud parece consistir solo en tratar a las personas cuando enferman, olvidando que ese proceso no ocurre casualmente, que hay determinantes, que afectan con mayor severidad a ciertas clases sociales. Nos limitamos a atender pacientes, y se “cancelan” todas aquellas opciones no supeditadas al lucro.

Todo parece solucionarse solamente con el estudio obsesivo de los enfermos, usando tecnologías cada vez más sofisticadas, y determinando qué medicamentos y tratamientos conducen a la cura.

Estamos atrapados en una lógica empresarial, de venta de medicamentos y servicios sanitarios, que se intensifica con el auge de la IA y la salud digital, y la política sanitaria se concibe solo en términos de precios de medicamentos, seguros, hospitales, clínicas, terapias, tratamientos.

La crisis sanitaria de la pandemia, que en lugar de generar un cambio radical en lo que debe hacerse para prevenir infecciones y futuras pandemias terminó convirtiéndose en un negocio de vacunas y antivirales, es un claro ejemplo de esto. Pero es necesario comprender valores y razones esenciales.

Hay una fuerza social preocupante, que lleva a un individualismo muy marcado. El consumismo (lógica absolutamente opuesta a la solidaridad) parece convertirse en el motor central de muchas vidas, y objetos y experiencias se desechan rápidamente manteniendo a los individuos en una búsqueda perpetua de la satisfacción y una eterna insatisfacción (la modernidad líquida que describiera Zygmunt Bauman como característica central de la sociedad de consumo).

Las relaciones sentimentales son un reflejo de esto: cada uno con su vida, su trabajo, su mundo, a veces, hacemos algo juntos, y no se quiere tener hijos, porque implica demasiada responsabilidad, que no se quiere asumir, porque impide tener una “buena vida”, y se prefieren las mascotas.

El filósofo coreano Byung Chul Han habla de un sistema de dominación que utiliza un poder seductor, inteligente, que consigue que los hombres se sometan por sí mismos en la sociedad actual, al que llama psicopolítica. A través de él, se pretenden libres, y son en realidad esclavos absolutos, en la medida en que se explotan a sí mismos de forma voluntaria, sin amo que los obligue a trabajar.

Ese sujeto empresario de sí mismo, es incapaz de establecer con los otros relaciones libres de una finalidad (como habitualmente sucede entre empresarios). Pero ser libre significa estar en una coexistencia satisfactoria, cuando la humanidad está entrando en una crisis, con escasa vida pública; todos trabajan a distancia, ganan dinero, pero no ven el mundo. Y ese aislamiento total no nos hace libres.

Solo dentro de la comunidad con otros, los individuos tienen los medios necesarios para desarrollar sus dotes en todos los sentidos; solo dentro de la comunidad es posible la libertad personal: ser libre es realizarse mutuamente. El valor central de la solidaridad. El agobio, la depresión y el burnout que hoy acosan a los miembros del equipo de salud, son expresión de esa profunda crisis de la libertad.

Hoy muchos de nosotros somos ese trabajador que se explota a sí mismo, y por el aislamiento, no se forma ningún “nosotros” político con capacidad para una acción común, y el ciudadano se convierte en el consumidor del que hablaba Bauman.

Así, los votantes, como consumidores, no tienen interés real por la política, solo reaccionan quejándose, igual que el consumidor ante las mercancías y los servicios que le desagradan. ¿Parecido a la realidad actual de nuestra salud pública?

Políticos y partidos también siguen esta lógica del consumo, y se degradan a proveedores que deben satisfacer a los votantes. La exigencia de transparencia que hoy se exige a los políticos, no es una reivindicación política de un ciudadano con iniciativa, sino la de un espectador pasivo.

La participación solo se entiende como reclamación y queja. Una sociedad de la transparencia, poblada de espectadores y consumidores, es una democracia de espectadores. ¿Parecido a la realidad de nuestro sector? ¿Cómo será la salud pública en esta crisis?

Necesitamos reconstruir la lógica de cómo se construye y concibe la política sanitaria, en el Estado, en las universidades, en las cámaras dirigenciales. Como se priorizan los valores, se definen los programas, el modelo de atención, el financiamiento.

El Estado no debe garantizar solo acceso, debe absolutamente garantizar acceso a procedimientos, insumos y tecnologías que disminuyan la carga de enfermedad de la sociedad que conduce.

Las universidades dejar de privilegiar un modelo de enseñanza que orienta a los jóvenes hacia una forma de pensar lineal, centrada en el poder y la lógica del consumo. Deben reafirmar su compromiso ético con el conocimiento que allí se genera, dar contenido político a la actividad científica. Es urgente ante un mundo que aleja a las personas de la acción comunitaria.

Hay que intentar impulsar ese cambio en los jóvenes, ese principio ético que luego se pierde en la lógica del mundo que aquí se critica. El sistema de salud opera desde hace mucho tiempo con incentivos perversos: si bien hay mayor valor moral y económico en mantener a las personas sanas que en tratarlas una vez que enferman, el sistema centra sus recursos principalmente en el tratamiento, y no en la prevención.

Los médicos y otros profesionales de la salud están capacitados para diagnosticar y tratar enfermedades; y los hospitales y los centros de salud son fundamentales, y lo que hacen es absolutamente importante, pero ni ellos ni los hospitales donde trabajan pueden mantenerse fácilmente si se esfuerzan por impedir que las personas utilicen los servicios que ofrecen. Posiblemente habría que pensar en un nuevo desafío: el de incentivar a ganar dinero manteniendo a la gente sana. ■

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

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

ACERCA DE OUTRAGE FATIGUE, BURNOUT Y GRANDEZAS



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Literalmente, outrage fatigue significa “fatiga por indignación”. Se trata de una categoría citada con frecuencia, que hace alusión al agotamiento colectivo frente a la indignación permanente. Un fenómeno que, por entendible, no deja de ser complejo y peligroso: algo así como una anestesia social por la que las personas somos testigos de conflictos irresueltos, injusticias flagrantes y escándalos cotidianos, en un loop en el que la arbitrariedad y la impunidad siguen indignando, pero ya no produce respuesta, porque lo que antes era intolerable ahora se ha hecho paisaje.

Con ello, la indignación pierde potencia simbólica y lo excepcional se transforma en cotidianeidad permisiva. Finalmente, cada cual se repliega en su propio universo y el círculo termina de cerrar. No se trata de anomia o individualismo. Es un mecanismo, en última instancia, de defensa social.

Existen múltiples fenómenos globales que explican ese sentimiento generalizado: la monumental concentración de riqueza y la consecuente captura de la política por parte de esas élites, el deterioro de ingresos de amplios sectores desplazados, la degradación material del bienestar cotidiano en materia de salud, educación, seguridad social, vivienda, y previsibilidad económica.

La pandemia de COVID-19, la crisis climática, las guerras en curso y el riesgo de una confrontación mayor, el colapso de los sistemas de bienestar, la disolución de partidos políticos y estructuras representativas de amplias capas de la sociedad... Un escenario apabullante de injusticia, riesgo y desaparición de toda capacidad de respuesta para el hombre y la mujer común.

Concurren procesos simétricos que nos afectan singularmente en nuestro país: décadas de fracasos políticos y económicos, desaparición de la base social que fue alguna vez constitutiva de nuestra identidad, estancamiento económico, degradación del trabajo, inseguridad alimentaria, desmoronamiento de la representación ciudadana, desacople entre promesas democráticas y experiencia vivida, inseguridad, desaparición de la expectativa de ascenso social, exclusión. Injusticia.

Y en ese marco se inscribe para el sector salud el ánimo de este 2026 que se inicia. Lo prolongado de la crisis ya se convirtió en escenario. Recortes presupuestarios y desinversión en salud pública, debilitamiento de la cobertura sanitaria esencial, desfinanciamiento del sector público provincial, creciente predominio del gasto de bolsillo, deterioro de ingresos de prestadores, licuación de honorarios médicos y del equipo de salud, hospitales sobre demandados y vaciados. Barreras de acceso a la atención y al medicamento, deterioro de las tasas de vacunación hasta límites insospechados y consecuente reemergencia de enfermedades que creímos por lo menos parcialmente superadas. Salida de la OMS.

La natural puja distributiva transformada en un “todos contra todos” con resultado cero. La Seguridad Social y el financiamiento privado abocados a la gestión del deterioro a través de la restricción silenciosa de prestaciones y el aumento de barreras administrativas. Una sensación de inevitabilidad que se acentúa día a día. Todos embarcados en una estrategia de amortiguación, no de reforma, en la que al paciente no le queda más recurso que adaptarse al sistema y recibir lo que según su capacidad de compra le toca. No es una triste enumeración catártica. Es nuestro escenario habitual.

En el otro extremo, el equipo de salud, como cara visible del sistema, enfrenta el costo de la despersonalización, la licuación de sus ingresos, el multiempleo, el agotamiento emocional y la pérdida del sentido del logro, en abierta refutación de las aspiraciones vocacionales que alguna vez guiaron su elección.

La vivencia cotidiana de la contradicción estructural que le exige sostener un sistema que ya no le devuelve sentido, resultados ni reconocimiento. El Burn Out como “índice de la dislocación entre lo que la gente es y lo que tiene que hacer. Una erosión de los valores, la dignidad, el espíritu y la voluntad - una erosión del alma humana”. (Christina Maslach. 1981).

Así, la crisis estructural arrastra un reclamo sin respuesta que se traduce en agotamiento (outrage) que lleva necesariamente al repliegue en lo individual, que a su vez conduce al burnout, con su secuela de detrimento en lo asistencial, conflictividad creciente, y frustración inevitable.

Son las dos caras de una misma moneda: *El burnout es el costo psíquico privado* de una crisis pública no resuelta, y el outrage fatigue es el costo político colectivo de ese mismo fracaso.

En ese contexto, mientras el Ministerio de Salud publicaba la nueva versión de los “Indicadores Básicos de Salud” (con datos del año 2024, es decir antes del impacto pleno del “recorte del gasto público más grande de la historia”), en los que la mortalidad infantil subió de 8 a 8,5 cada 1.000 nacidos vivos, y la materna de 2,7 a 3,2 cada 10.000, se emitió el Decreto 56/2026, que se establece al año 2026 como el “Año de la Grandeza Argentina”, y dispone que toda la documentación oficial de la Administración Pública Nacional, deberá llevar esa leyenda.

Declarar **Grandeza**, mientras el sistema de salud muestra su **deterioro estructural** no es solo una tensión retórica; es una **contradicción objetiva**. Por lo menos en lo que hace a la salud, la grandeza debería expresarse a través del acceso efectivo y oportuno a la atención, a la sustentabilidad del conjunto, a recursos humanos resguardados y motivados, a rectoría estatal clara, y a la objetiva reducción de inequidades territoriales y sociales.

La grandeza se juega en la viabilidad de nuestras vidas y nuestros sueños. Decretarla a través de un acto administrativo es como mínimo una **disonancia ética**, o en todo caso, **fragilidad maquillada**. *Un país fatigado no puede ser grande. Un sistema quemado no puede sostener grandeza.*

Hay un lugar vacante en el sector salud y es el de la convocatoria a sacudir este estado de cosas. Quienes formamos parte del sistema, particularmente en puestos de conducción sectorial no debemos esperar modificaciones substanciales en las políticas en curso. Sin embargo, podemos ser los artífices de materializar la esperanza, a través de la implementación de iniciativas capaces de producir efectos reales, aunque ciertamente, acotados.

Meso gestores capaces de cambiar procesos, más que producir reformas en lo macro. Mesas técnicas entre financiadores y prestadores con la intención de acordar, más que obtener ventajas parciales. Consorcios público - privados con acuerdos de prestación con reglas y protocolos consensuados. Actores sectoriales capaces de hacer confluir trayectoria, autoridad técnica y honestidad intelectual. Instituciones que generen climas y espacios de racionalidad y crecimiento. Organizaciones profesionales que se atrevan a posicionarse por encima del interés corporativo y sean capaces de aportar a la construcción de una transversalidad sectorial fructífera... Acciones, más que disertaciones. Protagonismo dirigido al bien común.

Se inicia 2026. Tal vez podamos comenzar a transformar un diagnóstico largamente compartido en decisiones coordinadas, basadas en evidencias y consensos para tratar de revertir el deterioro y avanzar. No hacia la “grandeza”, sino hacia algo mejor. ■

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



GALENO

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

¿CUÁNTO NOS CUESTA EL EFECTO MURCIÉLAGO EN LOS MEDICAMENTOS?



Por el Dr. Federico Tobar (*)

Hace 22 años tuve un ACV por un aneurisma. Recibí una excelente atención, me colocaron dos stents y luego me indicaron profilaxis secundaria. Mi médico me prescribió lo que yo denominé “Ultimopril”. La que, entonces, era la última versión de *Inhibidores de la Enzima Convertidora*. Ese nuevo nieto del enalapril costaba casi 7 veces más que su abuelo.

El doctor me explicó que, según las evidencias disponibles de trials robustos, el ultimopril no tiene efectos hipotensores significativamente mejores que el enalapril, pero sí permite mayor recuperación de la elasticidad arterial. Por lo cual, no dudé en incorporar al ultimopril a mi vida cotidiana.

Según mis cálculos, llevo invertidos en ultimopril unos 7 mil dólares. No es demasiado si considero que mi abuelo murió a los 50 años, presumiblemente por un derrame cerebral y mi madre lo hizo a los 62. Quiero decir, me siento afortunado y agradecido por haber accedido a un diagnóstico y tratamiento oportunos, así como a una profilaxis secundaria efectiva que me permite continuar haciendo muchas cosas.

Entre ellas, escribir estas líneas, haber visto crecer a mi hijo junto a mi mujer y haber disfrutado de las navidades y los cumpleaños con mis hermanos. Considero esos logros como regalos de Dios, de la medicina argentina, pero también de la industria farmacéutica.

A lo largo de estos más de veinte años de sobrevivida, viví en algunos países y viajé por muchos más. Fue así como descubrí que si fuera español no hubiera gastado un centavo en adquirir ultimopril. Cuando mi hijo estudiaba en Navarra le encargaba en cada viaje que me traiga algunas cajas. Aun sin la cobertura de la sanidad, como el Estado regula precios el ultimopril me costaba un quinto de lo que lo pagaba en la Argentina.

También, en ocasiones, se lo he pedido a mi hermano que trabaja en Brasil, donde cuesta la mitad que en mi país. En Panamá, donde viví once años, el ultimopril cuesta 3 veces los que yo lo pagaba en la Argentina. Por lo cual me persuadí de que en cada viaje a la patria debía aprovisionarme.

Mi sorpresa fue cuando me mudé a Nueva York, porque el frasquito con 30 comprimidos del ultimopril del mismo fabricante que yo adquiría en la Argentina a 35 dólares me costaba 8. Ahora que vivo en Kenia lo pago solo 4 dólares. También la misma marca.

Una vez, trabajando en República Dominicana me compré el ultimopril más barato y descubrí que era de un laboratorio argentino. El vencimiento de la patente y la inmediata aparición de copias me ilusiono. Probablemente, desde entonces dejó de llamarse ultimopril para ser el penúltimopril. Pero para mí lo importante es que ya había al menos dos versiones en el mercado Argentino.

Lo insólito es que la copia en la Argentina se vende a un precio mayor que el original. He llamado a este fenómeno “efecto murciélago” porque se cuelgan del techo. No tenemos competencia, sino dos productos oligopólicos que, en lugar de competir por el precio de venta al público, lo hacen por el contrato con las obras sociales y prepagas.

Hay algunos inadvertidos que llaman a eso “genéricos de marca” sembrando confusión. Genérico de marca es un oxímoron. Lo que es genérico no tiene marca. Se trata, en realidad de copias o de medicamentos similares a los originales, pero que, como decía antes, no compiten con estos por precios. Porque se las arreglan para configurar su propio monopolio y, por lo tanto, también detentan precios mayores. Como si fueran productos únicos.

No son genéricos, son “baticopias”, copias murciélago, porque como esos animales, se cuelgan del techo. Incluso en el caso del ultimopril, la copia se vende más cara que el original.

Pero ¿qué significa para los pacientes que las baticopias se vendan más caras? Voy a dar un ejemplo, en Brasil el Estado combate a las baticopias forzándolas a convertirse en genéricos. Eso significa que se comercializan sin nombre de fantasía, pero, además, que son obligados a venderse a un precio al menos 35% menor que el precio del producto que detentaba la patente.

En otras palabras, si en lugar de ser argentino fuera brasileño no hubiera pagado 7 mil dólares sino 4.500 dólares en mi tratamiento. En España hubiera pagado unos 800 euros a lo largo de las dos décadas si fuera ilegal. Hubiera pagado la mitad de eso si fuera residente legal y contara con la cobertura de la sanidad. Y no hubiera pagado nada si además fuera pobre.

En conclusión, cuánto me costó hasta ahora que la Argentina no tenga genéricos sino baticopias. Por lo menos cuatro meses de trabajo en estas últimas dos décadas tuve que trabajar no para pagar mi medicación sino para pagar el costo de transacción que implica el que no haya competencia.

¿Cómo se podría reducir ese costo de transacción? Haciendo lo que hacen todos los países desarrollados, incorporando competencia genérica. Esto no es solo habilitar al farmacéutico a sustituir. Porque el incentivo para el farmacéutico es a dispensar el producto que le deja mayor margen.

Tampoco es obligar a los médicos a hacer la receta por Denominación Común Internacional. Mientras el paciente no sepa que hay múltiples proveedores del producto no estará empoderado para tomar decisiones que optimicen su gasto.

Lo que hace falta es eliminar en forma progresiva las baticopias y forzarlas a convertirse en genéricos. Es decir, forzar a los proveedores a competir por precios.

¿Cuánto cuesta eso? ¿Cuánto debería invertir el Estado para hacer lo que hace Brasil y todos los países de la OCDE? Nada. Absolutamente nada. O tal vez, si, el costo de fortalecer las capacidades de la ANMAT para garantizar la equivalencia terapéutica en todos los casos.

No estoy seguro si está ANMAT hoy en condiciones operativas de evaluar la equivalencia terapéutica de todos los medicamentos. Lo que sí puedo afirmar con absoluta seguridad es que el paciente no puede evaluar equivalencia terapéutica.

Entre el 35% y el 45% de los argentinos tienen enfermedades crónicas y requieren de medicamentos para su tratamiento. Es decir que casi la mitad de los argentinos se vería beneficiada por una política de genéricos que, como en mi caso, a lo largo de dos décadas le permitiría ahorrar el equivalente a al menos cuatro meses de trabajo.

Durante años pagué por mi tratamiento no sólo el valor del medicamento, sino el costo de un mercado que nunca llegó a ser competitivo. Allí donde esa competencia finalmente se organiza, los pacientes pagan menos, adhieren más y viven mejor.

De eso se trata esta discusión: no de nombres comerciales, sino de construir mercados que funcionen al servicio de la salud. ■

(*) Asesor global en Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de Naciones Unidas.

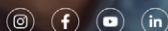


30 años
cumpliendo
con vos

OSPE

Cuidar es estar

ospesalud.com.ar



JUSTICIA Y SALUD: CUANDO EL DERECHO INDIVIDUAL TENSIONA LA EQUIDAD COLECTIVA



Por el Dr. Carlos Felice (*)

La salud no debería decidirse en un juzgado. Sin embargo, cada vez con mayor frecuencia, el acceso a ella depende de una medida cautelar. Lo que nació como una herramienta de protección frente a las fallas del sistema empieza a convertirse en su reemplazo. Allí se abre una tensión profunda entre el derecho individual y la equidad colectiva.

Quando el expediente reemplaza al protocolo

Hubo un tiempo en que la salud se discutía en consultorios, auditorías médicas y mesas técnicas, donde la evidencia clínica y la planificación orientaban las decisiones. Hoy, con demasiada frecuencia, esas discusiones se trasladan a los estrados. El expediente reemplaza al protocolo; el juez sustituye al evaluador sanitario. Y el fallo, inevitablemente, altera el equilibrio de un sistema construido sobre la solidaridad.

No se trata de cuestionar el derecho a la salud, que es un mandato constitucional y una obligación ética. Cuando un paciente recurre a la Justicia, no lo hace por capricho, sino porque percibe que el sistema no le responde. En ese sentido, la vía judicial cumple una función indispensable de resguardo. El problema surge cuando la excepción se transforma en regla y la intervención judicial deja de ser correctiva para volverse estructural.

En los últimos años, la litigiosidad en torno a medicamentos o tratamientos ha crecido de manera sostenida. Muchas de estas tecnologías llegan con evidencia clínica todavía incipiente, beneficios marginales o indicaciones que exceden lo aprobado por las agencias regulatorias. El fallo resuelve la urgencia individual, pero rara vez pondera el impacto sistémico. Cada decisión que ordena financiar una prestación -particularmente aquellas de alto costo- compromete recursos que, por definición, son finitos.

El costo invisible de cada sentencia

Aquí aparece una dimensión incómoda, pero ineludible: el costo de oportunidad. Cada peso destinado a una terapia de eficacia incierta es un recurso que deja de invertirse en prestaciones

básicas o en tratamientos con efectividad comprobada para una población mayor. La salud pública no es la suma de casos aislados; es una arquitectura colectiva que requiere previsibilidad y planificación.

Cuando la asignación de recursos se desplaza desde las instancias técnicas hacia la capacidad de litigar, la equidad se resiente. Accede quien logra judicializar su reclamo, no necesariamente quien presenta la mayor urgencia sanitaria. Así, el sistema solidario comienza a fracturarse en dos vías: una administrativa, con tiempos y criterios explícitos; y otra judicial, urgente y, muchas veces, desarticulada del análisis técnico riguroso.

En este escenario han surgido prácticas que complejizan aún más el panorama. Existen estudios jurídicos que operan con una lógica de mercado: captan pacientes, promueven reclamos masivos y obtienen honorarios financiados por los propios fondos del sistema. El expediente deja de ser únicamente un instrumento de protección para convertirse en una unidad de negocios. La excepción, en definitiva, se mercantiliza.

Gobernanza sanitaria y reglas claras

El debate de fondo no es estrictamente jurídico, sino de gobernanza sanitaria. ¿Cómo incorporar la innovación sin comprometer la sostenibilidad del sistema? ¿Cómo garantizar un acceso oportuno sin afectar la distribución equitativa de los recursos? Sin reglas claras para la evaluación de tecnologías sanitarias y sin criterios explícitos de cobertura, el sistema opera a la defensiva, respondiendo caso por caso a la presión de los tribunales.

Existen herramientas para ordenar este proceso. Vincular el financiamiento a los resultados en salud, monitorear la efectividad en la práctica real y establecer parámetros transparentes de valor terapéutico no implica negar derechos, sino gestionarlos con responsabilidad. La equidad no se opone al acceso; lo encuadra y lo hace posible.

La Justicia debe seguir siendo la última garantía frente a la arbitrariedad o la negligencia. Sin embargo, no puede convertirse en la puerta de entrada ordinaria para cada nueva innovación médica. Cuando cada tratamiento depende de una cautelar, la política sanitaria pierde su eje y la equidad se reduce a una aspiración retórica.

El desafío, entonces, es recuperar el equilibrio: reconocer el derecho individual sin desatender la responsabilidad colectiva.

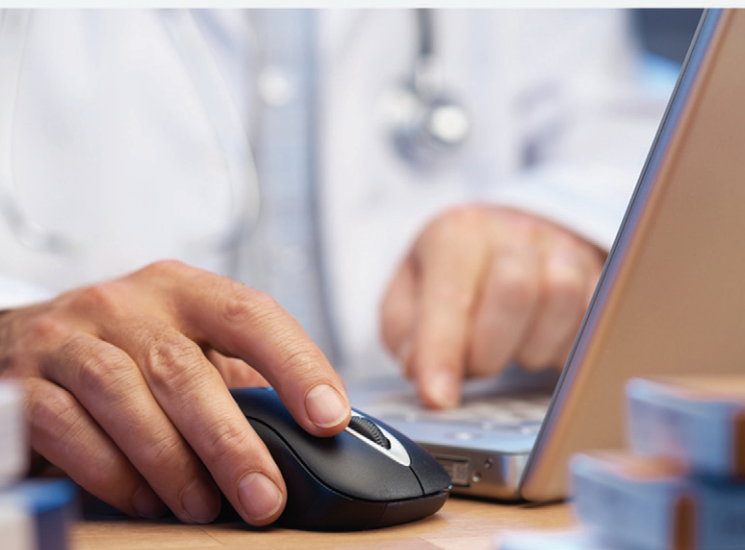
Debemos entender que la verdadera justicia en salud no consiste solo en resolver un caso aislado, sino en sostener un sistema capaz de cuidar a todos.

Porque cuando la salud se dirime permanentemente en los tribunales, lo que se pone en juego no es solo un presupuesto, sino la cohesión misma del contrato social que sostiene a nuestra seguridad social. ■

(*) 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).



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.

MORIR CON DIGNIDAD EN SISTEMAS BAJO PRESIÓN

LA EUTANASIA EN EL DEBATE GLOBAL



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

La eutanasia y el suicidio asistido ocupan hoy un lugar central en el debate público global. Ya no se trata solo de una discusión bioética confinada a comités médicos o aulas universitarias, sino de una conversación social atravesada por cambios demográficos, tensiones en los sistemas de salud y transformaciones profundas en la forma en que las sociedades entienden la autonomía, la dignidad y el final de la vida.

El envejecimiento poblacional es el telón de fondo ineludible. En la mayoría de los países de ingresos medios y altos, la expectativa de vida se ha extendido más rápido que la capacidad de los sistemas sanitarios para ofrecer años adicionales con buena calidad. Enfermedades crónicas, neurodegenerativas y situaciones de dependencia prolongada se multiplican, y con ellas el sufrimiento físico y emocional de los pacientes y de sus familias.

En este contexto, la eutanasia y el suicidio asistido emergen para algunos como respuestas compasivas frente al dolor extremo; para otros, como señales inquietantes de una sociedad que no sabe, o no quiere, cuidar a sus más vulnerables.

El mapa legal es heterogéneo y dinámico. Países Bajos, Bélgica, Canadá, Colombia, España y más recientemente Uruguay, han avanzado en regulaciones que permiten alguna forma de muerte médicamente asistida, mientras que otros mantienen prohibiciones estrictas. Este mosaico normativo refleja diferencias culturales, religiosas y políticas, pero también distintos arreglos institucionales en salud.

No es casual que el debate se intensifique allí donde los sistemas de bienestar están bajo presión fiscal y donde la medicina tecnológica puede prolongar la vida biológica más allá de lo que muchos consideran una vida digna.

Desde la economía de la salud, el tema suele abordarse con cautela, cuando no con incomodidad. Existe el temor-legítimo- de que introducir argumentos económicos banalice decisiones profundamente humanas. Sin embargo, ignorar la dimensión económica no la hace desaparecer.

Los cuidados al final de la vida concentran una proporción significativa del gasto sanitario total. Internaciones prolongadas, terapias intensivas de bajo beneficio clínico y tratamientos fútiles consumen recursos escasos que compiten con necesidades preventivas o de atención primaria. La pregunta incómoda es si los sistemas están diseñados para maximizar bienestar o simplemente para extender procesos biológicos.

Aquí surge una línea ética delicada: la eutanasia no puede, ni debe, convertirse en una herramienta de ahorro. Cualquier marco regulatorio serio debe blindarse contra incentivos perversos, explícitos o implícitos, que empujen a personas mayores, pobres o con discapacidad a “elegir” morir por sentirse una carga. La libertad de elección solo es auténtica cuando existen alternativas reales: acceso oportuno a cuidados paliativos de calidad, apoyo psicológico, acompañamiento social y alivio del dolor. Sin esa red, hablar de autonomía es, en el mejor de los casos, una ilusión.

Al mismo tiempo, reducir el debate a una oposición entre “vida” y “muerte” empobrece la discusión. Muchas demandas de eutanasia expresan, en realidad, un reclamo por control, por no ser sometidos a intervenciones médicas invasivas y desproporcionadas, y por tener voz en decisiones que históricamente quedaron en manos de profesionales o instituciones. En este sentido, el crecimiento de las directivas anticipadas y del consentimiento informado robusto forma parte del mismo fenómeno cultural.

El impacto social también merece atención. La legalización en algunos países no ha producido, como se temía, una pendiente resbaladiza evidente, pero sí ha obligado a redefinir roles profesionales y abrir conversaciones familiares antes postergadas. Médicos y enfermeros enfrentan dilemas morales complejos, y los sistemas deben invertir en formación, comités de evaluación y mecanismos de control. Todo esto tiene costos, aunque también puede generar ahorros indirectos al evitar intervenciones inútiles y sufrimiento evitable.

En los países de ingresos medios, como muchos de América Latina, el debate adquiere matices adicionales. La desigualdad en el acceso a servicios básicos de salud plantea una pregunta previa: ¿es legítimo discutir eutanasia cuando amplios sectores no acceden siquiera a analgesia adecuada o a cuidados paliativos? Tal vez la respuesta no sea postergar indefinidamente la discusión, sino integrarla a una agenda más amplia de derechos al final de la vida, donde la prioridad sea garantizar que nadie sufra por abandono o pobreza.

La eutanasia y el suicidio asistido funcionan, en definitiva, como un espejo incómodo. Reflejan no solo cómo morimos, sino cómo vivimos, cómo cuidamos y cómo asignamos valor a la fragilidad humana. Abordar el debate desde una mirada social y económica no implica deshumanizarlo, sino reconocer que las decisiones individuales ocurren dentro de sistemas concretos, con incentivos, límites y responsabilidades colectivas. El desafío global es construir marcos que protejan la dignidad sin convertir la muerte en una solución fácil a problemas que, en el fondo, son de organización social y de justicia sanitaria.

En ese equilibrio frágil, la transparencia y el debate público informado son claves. Las políticas sobre muerte asistida no pueden diseñarse en silencio ni delegarse solo en expertos. Requieren estadísticas claras, evaluaciones periódicas, participación ciudadana y una narrativa honesta que reconozca tensiones y límites.

La pregunta no es si la economía influye en estas decisiones -porque siempre lo hace- sino cómo lograr que esa influencia esté subordinada a valores explícitos y consensuados. En un mundo que envejece y medicaliza el final de la vida, discutir eutanasia es, en el fondo, discutir qué entendemos por bienestar, solidaridad y responsabilidad colectiva frente al sufrimiento. No hay respuestas simples, pero sí una obligación ética de no mirar hacia otro lado. ■

(*) 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

LA SALUD FRENTE A LA DILUCIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



Por el Dr. Sergio Del Prete (*)

Conforme los trabajadores se han ido cristalizando en su informalización, y aparecen nuevas capas de ingresantes al mundo laboral que engrosan la misma, los grupos familiares que los integran continúan empobreciéndose en un peligroso círculo vicioso entre trabajo precario, pobreza y riesgo de enfermedad.

Lo que queda expuesto es como se va alejando el tradicional círculo virtuoso del trabajo y del capital humano como parte del capital productivo y social para pasar a ser reemplazado por el círculo vicioso de la desprotección social y la carencia de seguridades básicas.

El nuevo modelo contractual entre empresa y trabajador reemplaza al de tiempo fijo e indeterminado por una variante flexible y temporal, en la cual las cargas sociales se van diluyendo en el nuevo "salario". Este trabajador, ahora temporal y precarizado en sus derechos, resulta comparable al obrero destajista intermitente de la segunda revolución industrial.

¿Cómo impacta el nuevo escenario social del trabajo sobre la clásica protección social y la cobertura y accesibilidad a la salud?

Analizando el componente de financiamiento del sistema sanitario, casi toda América Latina entró en crisis desde los años 90 respecto de la disponibilidad de recursos genuinos para cubrir el seguro social de salud, históricamente vinculado al empleo formal desde la tradición del contrato laboral.

Todo trabajador en relación de dependencia y legalmente registrado como tal ingresaba al seguro solidario sin restricciones ni exclusiones para el uso de los servicios asistenciales, a partir de su condición de aportante desde el salario. A lo que sumaba la contribución del empleador. Eventuales diferencias verticales de escala salarial se diluían dentro del pool financiero del seguro, al igual que lo hacían los riesgos individuales.

Quedaba para los pobres o los sin trabajo la provisión de cobertura asistencial por parte del sector estatal, financiado a partir de rentas generales. Y para los de mayores ingresos, la alternativa de una franja de seguros privados de enfermedad, cuyas primas se erogaban directamente "de bolsillo".

Al profundizarse la precarización e informalización del trabajo, la caída del número de los aportantes resultó significativa, paralela a la de los fondos de los seguros. Más aún si se le suma la baja del salario medio de la economía.

Por lo tanto no solo se redujo el número de asegurados, sino también las posibilidades efectivas de financiar en forma efectiva lo que se observa como expansión creciente y poco eficiente del gasto en salud.

El resultado se plasma en una desigual utilización de los servicios asistenciales, especialmente en casos de enfermedades catastróficas por su impacto en la economía familiar. Y esto va modificando a su vez el perfil de la oferta de atención sanitaria, en función de las particularidades personales y socio-económicas que posee la nueva demanda informalizada y desprotegida frente a la necesidad de obtener atención médica.

La seguridad social se transformó gradualmente en inseguridad social. Mayores dificultades de acceso al sistema de salud, barreras de entrada económicas por bajos ingresos, vulnerabilidad extrema a gastos directos o de bolsillo en los quintiles más bajos de la población -especialmente en medicamentos- y un aumento creciente del riesgo socio-sanitario son caras de una misma moneda vinculada a la ruptura entre contrato laboral y protección social.

De la misma forma se le asocia el problema del envejecimiento, que determina que la carga de enfermedades no transmisibles aumente indefectiblemente en el tiempo, lo que lleva a suponer una creciente demanda de servicios públicos de salud de costos crecientes.

El modelo de Seguridad Social *bismarckiano* tradicional ya no puede aparecer como el aglutinador del progreso social. Por el contrario, se configura como una parte más dentro de un amplio sistema polimorfo, de fronteras difusas y mayor complejidad en los mecanismos de protección de las personas, donde se entremezclan aportes y contribuciones, subsidios cruzados y transferencias en un escenario atravesado por la subocupación y la precarización laboral.

La disminución del volumen de aportes al esquema de protección social en salud no es sino el preludio del desmoronamiento de la base tributaria salarial que sostenía sus cimientos. Ahora bien, el principal desafío aun no debatido para la cuestión de la salud en el tercer decenio del siglo XXI es encontrar una nueva política en el campo de *Protección Social* que permita evitar la vulnerabilidad financiera de la enfermedad y su impacto sobre el capital humano, y a la vez incrementar el capital social.

Si el objetivo de una reconversión macroeconómica es -además de la modernización necesaria- un giro de 180 grados en la filosofía tradicional del binomio crecimiento y desarrollo, el problema es como hacer más eficiente el gasto social sin distorsionar los objetivos de compensación financiera para los más necesitados.

En especial cuando, como imagen del avance de la desprotección social, el componente más importante del Gasto Nacional en salud comienza a ser el *Gasto Privado o de bolsillo* de los hogares. Situación que demuestra una significativa inequidad de financiamiento, al quedar favorecidos solo los individuos con mayor capacidad económica,

“ Todo trabajador en relación de dependencia y legalmente registrado como tal ingresaba al seguro solidario sin restricciones ni exclusiones para el uso de los servicios asistenciales, a partir de su condición de aportante desde el salario. A lo que sumaba la contribución del empleador. Eventuales diferencias verticales de escala salarial se diluían dentro del pool financiero del seguro, al igual que lo hacían los riesgos individuales. ”

¿Cuáles son los aspectos básicos de la Protección Social en Salud sobre los que debiera seguir insistiéndose en el mediano y largo plazo?

En primer lugar, si se mantiene o desaparece el concepto de protección solidaria que garantice igualdad de oportunidades. El segundo se vincula a lo político. La salud, como la educación, no es la representación de los intereses de un sector ideológico o de una corporación u oligopolio, sino que ambas deben constituirse en políticas de Estado donde éste resulte garante final.

Y como tal, exige un principio básico. Consenso social que permita mínimo sustento para la acción político-técnica específica. Algo que todavía no se ha construido adecuadamente, vistas las pujas de intereses, así como las alianzas y oposiciones que se observan en el territorio de las decisiones educativas y sanitarias.

Sin pausa, pero con prisa, las actuales generaciones de trabajadores fuera del esquema legal laboral han hipotecado su futuro previsional y la cobertura de su salud, sin crédito social a la vista.

Entonces ¿No resulta acaso una contradicción perpetuar sistemas de protección social egoístamente acotados a trabajadores “de primera” -en desmedro de similares pares ocupados pero “de segunda”- en lugar de buscar nuevos esquemas aseguradores para resolver la deuda social a futuro? ¿Es lógico mantener a todos los ocupados sin cobertura aseguradora como *free riders* del sistema público, cuando algunos podrían hacerse cargo de un “boleto social”?

En un campo donde la política tiene enorme injerencia como es lo social, sería útil dejar de lado suspicacias o academicismos extremos para evitar esterilizar la cuestión de la protección social en salud y aportar, a través de diagnósticos precisos y herramientas adecuadas, solución a los complejos interrogantes que forman parte de la realidad profunda del escenario social y económico de la Argentina de hoy y del futuro. ■

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



UCA | FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INSCRIPCIÓN ABIERTA 2026

TU FUTURO EMPIEZA HOY

CARRERAS DE GRADO

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

¿Listo para empezar?

RESERVÁ TU LUGAR

INSCRIBITE AHORA >

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



ESCANEA EL QR

UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA · BUENOS AIRES

HACIA UNA MEJORA EN EL SISTEMA DE COBRO DE PRESTACIONES DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE PROVINCIAS



Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados

En enero de 1993, el decreto 9/93 impuso la obligación a las obras sociales del Sistema Nacional de Seguro de Salud, de pagar las prestaciones que sus beneficiarios demandasen de los hospitales públicos que cumplieran con la normativa que oportunamente dictase el Poder Ejecutivo Nacional. Más allá de alguna discusión constitucional acerca de la posible doble imposición que existiría entre 1. El pago de tributos que, por lo menos en parte, deben ir canalizados al financiamiento del sistema de salud; y 2. El cobro individual de prestaciones de salud en efectores públicos; esta medida tuvo el fin loable de evitar que el Estado Nacional subsidie, de forma indirecta, a las obras sociales.

Entre los considerandos de esa norma se sostuvo la necesidad de garantizar el financiamiento de esos hospitales públicos.

Pocos meses después del dictado de esa norma, se creó el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA); también con el objeto de mejorar el financiamiento de los efectores públicos de salud, por vía del decreto 578/93.

Este sistema funcionó hasta octubre de 2000, en que fue sustituido mediante el decreto 939/2000, por el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, a los efectos de que el Hospital Público pudiera “hacer una asignación más adecuada y un uso más eficiente de sus recursos, destinándolos a las acciones de atención de la salud de primer, segundo y tercer nivel”.

23 años después, el decreto 343/23, creó el “Sistema de Integración y Calidad para Establecimientos Públicos de Salud (SICEPS)”, en reemplazo del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (RNHPGD), con los siguientes objetivos:

- “Promover acciones tendientes a integrar el sistema de salud satisfaciendo las necesidades de la población a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad.
- Fomentar una gestión efectiva, eficiente, humanizada para la calidad y seguridad de la atención en los establecimientos públicos de salud.
- Mejorar los niveles de calidad de atención y acceso efectivo a la atención en salud por parte de la población.
- Respetar las particularidades regionales y locales de la población y de los Establecimientos Públicos de Salud bajo una concepción federal, que a su vez, normalice y desarrolle estrategias y protocolos rectores como línea de base y visión común de gobernanza.
- Fortalecer los procesos que promueven la motivación y el compromiso de los y las integrantes del equipo de salud.
- Alinear el efectivo acceso de la población a los efectores sanitarios públicos con incentivos de sustentabilidad de la atención”.

Más adelante en el tiempo, la Res. SSSalud 584/21, aprobó un nuevo procedimiento para el recupero de las prestaciones brindadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada a los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud mediante Plataforma On-line, con el fin de incorporar “la tecnificación y automatización de sus diversas etapas, lo que a su vez permitirá transparentar y abreviar los tiempos en que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada perciben los pagos por las prestaciones brindadas a beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud”.

Así, llegamos al dictado del decreto 172/2024, que derogó la Resolución SSSalud 584/21; y, consecuentemente, todo el sistema de gestión de cobro de prestaciones brindadas por los hospitales públicos a los beneficiarios de las obras sociales, sobre la base de los siguientes considerandos:

“Que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo descentralizado en la órbita del MINISTERIO DE SALUD, actúa en aspectos vinculados a la actividad desarrollada por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, interviniendo en forma disfuncional en el trámite de facturación y pagos de estos, con el consecuente retraso y acumulación de trámites.

Que, por otro lado, se entiende que no se cumplieron eficazmente los objetivos que motivaron el dictado de la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 584/21, por la que se aprobó el procedimiento para el recupero de las prestaciones brindadas por los referidos Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, tendiente a facilitar el pago de tales prestaciones.

Que ello dejó en evidencia la ineficiencia y desaprovechamiento de recursos, lo cual amerita la adecuación de la normativa mencionada”.

La eliminación del régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), sellada por el Decreto 172/2024, no solo desmanteló un sistema que llevaba décadas de aplicación; sino que, ha agravado la situación financiera de numerosos financiadores.

El sistema de descentralización, nacido originalmente en la década del 90 -como vimos-, buscaba que los hospitales públicos fueran unidades de gestión capaces de facturar servicios a las obras sociales cuando atendieran a sus afiliados. El objetivo era claro: evitar que los principales obligados a brindar cobertura médico-prestacional -las obras sociales-, omitieran hacerse cargo del costo del servicio cuando no atendían directamente a sus socios, sin perder la gratuidad para quienes no poseyesen cobertura.

Sin embargo, el Decreto 172/2024 barrió con este esquema. Al eliminar el registro y la normativa que regulaba el recupero de costos bajo estándares nacionales, se viró a una discrecionalidad provincial sin marcos de referencia claros ni comunes. Sin un nomenclador nacional de referencia, cada jurisdicción actúa como un “compartimento estanco”, cobrando valores de modo discrecional por las mismas prestaciones, como si se tratara de “aduanas internas”.

No se trata de añorar ciegamente el pasado y pedir la restitución de un sistema que, sin dudas, tenía falencias que debían ser corregidas. Burocracia en el cobro, demoras en el flujo de fondos hacia el hospital y una gestión a veces politizada. Sin embargo, la solución no era eliminar el sistema, sino evolucionar hacia uno más eficaz.

Sin embargo, en nuestra opinión, la solución no era eliminar el sistema de Hospital Público de Gestión Descentralizada; sino, enderezar sus distorsiones. Siempre es malo, desde el punto de vista lógico, castigar el “uso” por el “abuso”.

Suele afirmarse: “lo anterior no funcionó, dejemos que se pruebe algo nuevo”; o, en sentido contrario, “todo pasado fue mejor”. Estas afirmaciones dogmáticas nublan la posibilidad de razonar que debemos tratar de desarrollar. Estamos convencidos que ninguna de esas afirmaciones extremas es verdadera. Seguramente había cosas que no funcionaban y había que abandonar, otras que modificar y algunas otras que crear. El hecho que, para la población de la República Argentina, en los últimos años, “la salud” no estuviera entre sus 10 prioridades de solución de la política refleja, entre otras cuestiones, que “todo mal” no andaba en esta materia.

Con respecto a este tema particular, consideramos que el anterior sistema de hospitales públicos tenía fallas, pero -reiteramos- habría que modificar sus desvíos; pero no eliminarlo.

Lo más importante es que, a pesar de que uno de los objetivos que tuvo en mira el decreto 172/2024 era eliminar la ineficiencia, el resultado práctico no se traduce en mejores servicios para el beneficiario.

Tanto en los artículos que publicamos en esta revista, como en nuestra vida profesional, intentamos evitar críticas tiradas al vacío; sino aportar ideas superadoras a las situaciones que analizamos.

A continuación, esbozaremos algunas propuestas vinculadas con la instauración de un nuevo sistema de cobro de prestaciones de los hospitales públicos de las prestaciones que le brindan a beneficiarios de obras sociales:

1. Digitalización, cobro automático, con auditorías expeditivas

Un sistema eficaz requiere la interoperabilidad de historias clínicas y la facturación automática. Cuando un paciente con cobertura de obra social ingresa a un hospital público, el sistema debe validar la cobertura y emitir la factura de forma inmediata bajo un **Nomenclador Nacional ético y actualizado**, con un sistema expeditivo de auditorías.

2. Creación de un Nomenclador Nacional ético y actualizado, de modo conjunto entre Nación y provincias

En el número 140 de esta revista escribimos una nota acerca de *“El régimen de cobro del Hospital Público. El decreto 172/2024 y las facultades de las provincias”*. Entre otras cuestiones, allí explicamos que *“...la reforma de 1994 introduce como principio inspirador la máxima de fortalecer el federalismo, en cuyo cumplimiento, entre otras medidas, amplía la participación de las provincias a través del ejercicio de facultades concurrentes y compartidas”*. Por aplicación de dichas facultades, entendemos que, en el ámbito de funcionamiento del Consejo Federal de Salud (en adelante, COFESA), autoridades de la Nación y de todas las provincias deberían crear un Nomenclador Ético -con métodos periódicos de actualización-, que fijen valores uniformes de las prestaciones, para defender los intereses del Estado Nacional, de las provincias y de los financiadores de la salud, de modo previsible y homogéneo.

3. Uniformidad de métodos de cobro de las prestaciones

En el propio ámbito del COFESA, nos parece oportuno establecer, también de modo uniforme, métodos de cobro de las prestaciones. Por ejemplo, que solo tengan la posibilidad de ser ejecutadas como título ejecutivo, aquellas prestaciones que no puedan ser consultadas previamente con el financiador -emergencias, urgencias, etc.-.

4. Incentivos compartidos

Si bien esta propuesta corresponde a decisiones de las provincias, los recursos obtenidos por la facturación a terceros no deberían desaparecer en las arcas generales del Estado provincial. Deberían quedar en el hospital, pero con un destino específico. Por ejemplo: que un porcentaje sea destinado a la mejora de la infraestructura, otro para equipamiento y un porcentaje directo para el bolsillo del personal de salud, para mejorar su retribución. De hecho, algunas provincias ya adoptaron medidas parecidas a ésta última.

Esta propuesta va en consonancia con un Sistema de Salud más integrado. En efecto, los que tenemos la convicción de que la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud atenta contra una cobertura prestacional más eficaz de nuestra población, entendemos que la desarticulación total del Sistema de Hospital Público de Gestión Descentralizada no favorece su integración.

El hospital público es el corazón del sistema -su *“efector natural”*-, especialmente en el interior del país donde es, muchas veces, el único efector de alta complejidad.

En síntesis, entendemos que el camino es la profesionalización de la gestión, no el desmantelamiento total del Sistema de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. ■



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

RESIDENCIAS SIN EXAMEN ÚNICO: ¿QUIÉN ELIGE A QUIÉN?

El fin del Examen Único desde 2026 reconfigura el acceso a las residencias. Nos devolvió una fragmentación que había costado una década superar, menos datos para planificar, más costos de movilidad y un riesgo silencioso de volver a un sistema donde la geografía (y el bolsillo) pesa tanto como el mérito.



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Del "un examen para todo" al regreso del mapa fragmentado

En la Argentina, el ingreso a residencias nunca fue solo un examen, fue, y es, un espejo de cómo se organiza y planifica el capital humano en salud, de cómo se interpreta el federalismo sanitario, de dónde se forman los profesionales, y de qué tan fácil (o difícil) es moverse para entrenarse como especialista.

El Examen Único (EU) no fue siempre la realidad vigente, nació como respuesta práctica a un problema concreto. La existencia de múltiples exámenes con lógicas distintas era una barrera de acceso para quienes vivían lejos de los grandes centros, dificultaba la cobertura de plazas alejadas, y no permitía tener datos para planificar.

En términos simples, el EU se pensó como una prueba anual que evalúa conocimientos de grado para residencias y que permite acceder a distintos concursos sin rendir exámenes diferentes. Los datos históricos muestran su expansión entre 2011 y 2019 aumentaron los preinscriptos y, sobre todo, creció el número de provincias participantes (de 6 a 23 más instituciones nacionales públicas y privadas).

El seguimiento que hace el Observatorio Federal de Tarento Humanos en Salud fue advirtiendo que, pese a esto, sigue habiendo jurisdicciones donde faltan postulantes para cubrir cargos, y otras donde la competencia es intensa. La aparición Concurso Unificado (Nación + Prov. de Buenos Aires + CABA) significó concertar en un gran concurso una proporción significativa de la oferta.

La filosofía fue simple, acercar el examen a los centros formadores para dar accesibilidad y aumentar la cobertura. Córdoba fue el único distrito que mantuvo históricamente un circuito propio de concurso y examen, con normativa provincial específica y llamados locales. El escándalo por presuntas irregularidades y fraude en el examen 2025, dio la clave contextual para el Ministerio cerrara ese "gran paraguas". Paradójicamente algunas provincias lo festejaron como un logro, ya veremos por qué.

El esquema unificado sostenía la narrativa de "el postulante elige". Puede elegir de toda la oferta del país por igual desde su casa y rendir una única vez en su lugar de residencia. Sin EU, el péndulo se mueve y ahora parecería que son las provincias las que "eligen". Cuantos más concursos distintos quieras considerar, más exámenes, más traslados, más estadías. El riesgo es evidente: cuando la movilidad se encarece, el sistema tiende a favorecer a quienes pueden pagarla, y a las instituciones situadas en los lugares de formación. exploremos estos conceptos con más detalle.

El AMBA, ese imán: donde "atiende Dios" y se concentran oportunidades

Hay una razón por la que, cuando se habla de residencias, el AMBA aparece como sinónimo de oportunidades. La concentración de formación y de cargos en CABA y en la región circundante es evidente y reportada por múltiples estudios, paralela a la concentración de profesionales. Esto impacta en la cobertura de residencias donde las residencias "básicas" en ciudades pequeñas tienen mucha menor ocupación que en ciudades grandes con centros formadores, y mientras que las especialidades no priorizadas logran coberturas altas en ambos entornos.

La pregunta incómoda es, si el EU buscaba, entre otras cosas, mejorar accesibilidad y cobertura, ¿qué pasa cuando la accesibilidad vuelve a depender de la posibilidad de moverse? Para un graduado con intenciones de acceder a los exámenes de CABA o la provincia de Buenos Aires que debe trasladarse a rendir ya sea porque busca una especialidad no disponible en sus cercanías, o le interesa determinado centro formador, debe considerar un presupuesto entre 500.000 y un millón de pesos para trasladarse y permanecer al menos un par de días en el lugar de examen, dependiendo del lugar de procedencia.

“ El seguimiento que hace el Observatorio Federal de Tarento Humanos en Salud fue advirtiendo que, pese a esto, sigue habiendo jurisdicciones donde faltan postulantes para cubrir cargos, y otras donde la competencia es intensa. La aparición Concurso Unificado (Nación + Prov. de Buenos Aires + CABA) significó concertar en un gran concurso una proporción significativa de la oferta. ”

La “nueva Argentina” de carreras de salud: más sedes, más graduados... ¿más arraigo?

En paralelo a los cambios en residencias, la Argentina cambió en la base dónde se estudia Medicina. Si bien sigue habiendo una fuerte concentración regional en el área central del país (más del 80%) en particular en el AMBA, hoy hay 51 carreras de Medicina en la Argentina, con un fuerte crecimiento de proyectos recientes en áreas descentralizadas. Se incorporaron 14 carreras públicas en nueve provincias en dos décadas. Algo parecido ocurre con las carreras de enfermería que se han sumado en numerosas universidades alcanzando 74 carreras, cubriendo todas las provincias. Esto alimenta una expectativa frecuente en provincias y ciudades intermedias: que “si formamos médicos acá, se van a quedar”.

La literatura internacional sugiere que el lugar de formación es un predictor relevante de radicación, algo que parecería repetirse en nuestro país. Aproximadamente algo más de la mitad de los egresados permanece para el postgrado donde completo su formación de grado. Esto explica que las provincias con facultad tienden a mostrar mejores condiciones relativas para cubrir vacantes, mientras que otras quedan más expuestas a la falta de postulantes. También explica su preferencia por los exámenes descentralizados. Tal vez los costos de probar suerte en otro lugar sea un factor para incrementar la retención de los graduados locales.

La contracara es que hay ciudades y provincias que dependen, estructuralmente, de que lleguen médicos formados en otro lado. En el esquema del EU, al menos se reducía la fricción inicial podía rendirse el examen desde otros lugares. Con exámenes separados, ese flujo externo puede bajar, si el costo de “probar suerte” en varias jurisdicciones se vuelve prohibitivo. Estas

provincias y centros formadores alejados de las carreras de grado, en particular en medicina, verán comprometida su capacidad de captación. Como ocurriera en atañeo seguirán dependiendo del “regreso del hijo pródigo” que se desplazó para formarse en el grado, y decide regresar para la residencia.

La pregunta final: federalismo, equidad y planificación

En síntesis, por un lado, los grandes centros con carrera de Medicina y alta oferta de residencias (AMBA y capitales tradicionales) tienden a sostener demanda por inercia: volumen de egresados, redes y prestigio. La fragmentación los afecta menos. Por otro lado, las provincias con nuevas carreras de Medicina y Enfermería pueden retener una parte importante de su talento, pero la distribución interna (capital vs interior) seguirá siendo un desafío. Finalmente, los territorios sin carrera de grado son los más vulnerables: al depender del “flujo externo”.

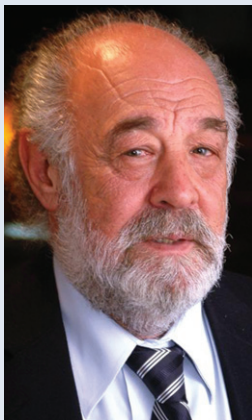
El Examen Único no resolvía todos los problemas, pero sí ofrecía un piso de eficiencia (una evaluación) y un vector de equidad de acceso (menos barreras logísticas), sumado a que permitía una planificación centralizada. Con su discontinuidad desde 2026, el debate vuelve a ser, ¿quién elige a quién? En teoría, el postulante. En la práctica, el sistema también elige o condiciona, filtrando por geografía, y recursos para moverse. La planificación, ausente, se pierde una de las herramientas más poderosas para asegurar la fuerza de trabajo en salud. ■

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



www.sanidad.org.ar

DISIECTA MEMBRA: LA SALUD DESGARRADA



"Hay otros mundos, pero están en éste".
Paul Eluard

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

Membra *disiecta* o *disiecta membra* es un término latino que significa literalmente "miembros dispersos" o "restos dispersos". Se utiliza para designar las partes o fragmentos de un todo arrancadas de su orden orgánico original, por ejemplo, fragmentos de pergamino viejo arrancados de su códice para ser reutilizados.

La metáfora resulta tentadora cuando se la traslada al sistema de salud argentino. Sin embargo, afirmar que el sistema de salud fue "desmembrado" supone, como punto de partida, la existencia previa de un sistema coherente e integrado, algo que, en rigor, nunca llegó a constituirse plena ni parcialmente -ni como idea, modelo o imaginario.

Fue, a lo sumo, una sucesión de prohombres que no llegaron a constituir un todo. Al decir de Marcelino Cerejido, *tenemos científicos, pero no ciencia*. Más que la pérdida de una unidad orgánica, lo que se observa es la **persistencia histórica de una configuración fragmentaria** que, por su propia *complejidad*, sólo podría sostenerse desde un paradigma distinto.

En ese sentido, el pensamiento complejo de Edgar Morin ofrece claves fecundas: la *recursividad*, entendida como un proceso de permanente renovación; la *dialógica*, que integra componentes opuestos no como contradicción a resolver sino como tensión constitutiva del pensamiento crítico; y la *hologramaticidad*, según la cual cada parte contiene la idea del todo y el todo se expresa en cada parte.

Desde esta perspectiva, el sistema de salud no se presenta como una estructura unificada, sino como una yuxtaposición dinámica, un "*mosaico vivo*". Vivo, precisamente, por las cuotas de autonomía, interdependencia y autoorganización que caracterizan a sus componentes.

Pero hoy se mantiene una visión caleidoscópica, acorde a una política camaleónica, con los trastornos que este *biopoder* produce de manera cínica y perversa bajo la apariencia de programas.

Esto es resultado de un accionar atravesado por múltiples factores: desde disfunciones cognitivas y situaciones de estrés o angustia hasta presiones políticas y, con particular frecuencia, fuerzas motrices de carácter estrictamente económico que, al resguardar sus márgenes de ganancia lejos del bienestar humano, bloquean su despliegue potencial y vacían de sentido a **la salud como patrimonio básico de la comunidad**.

¿Cómo salir de esta anestesia adaptativa que, como todo recurso transitorio, se ha vuelto paralizante? Una anestesia cuyos efectos -la insensibilidad, la anulación de la conciencia y el bloqueo de la responsabilidad- terminan por invertir los valores: se premia la mediocridad como modo de castigar el talento.

De ahí la necesidad (o más bien, el deber) de no "tomar el rábano por las hojas", lo que obliga a diferenciar comentaristas de observadores calificados y *doxa* de *episteme*, para así abordar la visión de *espacio-tiempo sanitario contemporáneo y dinámico*.

Para avanzar es este camino, merece plantearse: ¿quiénes cumplen hoy con el rol de *salubristas*? Entendiendo que el **salubrismo** pretende la mejora de la salud colectiva mediante la puesta en marcha de intervenciones esencialmente colectivas y con la creación, desarrollo y ajuste de diversos sistemas sociales que interactúan de forma más o menos funcional para la finalidad que se propone, que sería la mejora de la salud y su distribución con valores de justicia social.

La salud quebrada impone un llamado a despertar, a salir del actual estado de anestesia y deconstruir lo devastado sabiendo que desgarrar no es herida: es *disiecta membra*. No se sale del caos con proclamas, sino con propuestas elaboradas a partir de criterios y dispositivos que el desarrollo científico-tecnológico hoy nos aporta pero que no logramos traducir en arquitectura institucional.

El velo que corrió la pandemia, tanto en el "pre", el "durante" y el "pos", aún continúa sin ser destacado en su real dimensión. En el "pre" desconocimos las indicaciones de la OMS; durante la guerra biológica nos manejamos sin tablero de comando y en el "pos" seguimos sin un balance. Hoy nos retiramos de la OMS, mientras evalúan cómo prevenir la siguiente pandemia: ¿cuántos murieron y cuántos *dejamos morir*?

Carecemos aún de una **Gerencia Pública Contable**, que transparente las asignaciones de dinero y recursos; una **Agencia de Información y Comunicación**, que centralice de manera sistemática y responsable el conocimiento de la situación y las recomendaciones a la población; el establecimiento meridiano de las prioridades, que pasan por mitigar el sufrimiento; y finalmente, un **Registro de Fallas y Éxitos** para desaprender y aprender, la verdadera esencia del oficio médico: conocimiento científico + práctica clínica = experiencia.

Como se advierte a simple vista, comprender la complejidad del problema exige tiempo; pero aún mayor es la tarea de desarrollar la capacidad, la destreza y la experiencia necesarias para manejar los dispositivos -las herramientas- al servicio del pensamiento crítico.

De ello depende la elaboración de políticas públicas alternativas frente a un tema de carácter *multiplanar*: filosófico, intelectual, cultural y moral, y no meramente económico, como suele reducirse en reclamos sindicales o de insumos que, con frecuencia, encubren prácticas corruptas. Se trata, en definitiva, de impulsar de manera consciente la puesta en marcha de procesos de construcción colectiva, con los flujos y reflujos propios de todo avance que se realiza paso a paso.

Una resolución sustancial requiere un Acuerdo que trascienda la actual desunión y exprese una genuina voluntad de articulación nacional, capaz de recomponer la *disiecta membra* generada por la ignorancia, la irresponsabilidad y la ausencia de un horizonte común. De manera tal de dar consistencia a lo expresado por Arturo Frondizi en su carta a John F. Kennedy: "somos un territorio con vocación de Nación".

Para darle valor de desafío y no de lamento, es imprescindible enseñar, aún en una sociedad fallida, la búsqueda de la trans-

“ La salud quebrada impone un llamado a despertar, a salir del actual estado de anestesia y deconstruir lo devastado sabiendo que desgarrar no es herida: es *diseicta membra*. ”

formación. Las transformaciones no se hacen con eslóganes sino con acciones y el sistema de atención de la salud (pública) no se hace con protestas sino con propuestas, y estas no se elaboran con debates discursivos sino aplicando los principios del pensamiento crítico: “*Se debe tender a lo real y para ello partir de lo real*”. (Ígor Markévitch).

La reforma sanitaria que requiere la Argentina demanda contar con:

- Una **estructura** integrada en un sistema de salud.
- Una **estrategia** que se exprese en un plan nacional que se ejecute a nivel regional y provincial.
- Una **cultura** de producción, gestión y capacitación continua.

Empleando los adelantos científicos de esta nueva Revolución Industrial -en particular aquellos vinculados a la ciencia y el análisis de datos, y a su aplicación dinámica mediante la inteligencia artificial-, resulta posible participar activamente en la redefinición de los diseños sociales y urbanos y, desde luego, en la reformulación de los propios diagramas médicos y sanitarios. No se trata sólo de incorporar tecnologías, sino de integrarlas de manera crítica y estratégica para ampliar capacidades de planificación, anticipación y cuidado, alineando innovación con bienestar colectivo.

La fragmentación sanitaria hace tiempo dejó de ser un mero defecto de un sistema perfectible, para ser una forma de poder que invierte la finalidad de la atención sanitaria, convirtiéndose en un entramado de intereses, rutinas, incentivos y miedos que se alimenta del desorden y lo reproduce.

Debemos reconocer dicha distorsión y encarar un rumbo de transformación con determinación política, conocimiento científico, y gobernanza responsable. Sólo de esta manera se podrá elaborar el diagrama que contenga la **Genuina Salud Pública Argentina** con sentido moral. ■

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

U UNIVERSIDAD
ISALUD

CARRERAS DE GRADO

+ POSGRADOS

+ CURSOS

SISTEMA DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL

ECONOMÍA Y GESTIÓN

ADMINISTRACIÓN
HOSPITALARIA

AUDITORÍA

MEDICINA LEGAL

Inscribite ahora!

isalud.edu.ar

COBERTURA Y ACCESO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA: LECCIONES COMPARADAS PARA REPENSAR LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SANITARIA



Por el Dr. David Aruachan (*)

La discusión sobre cobertura y acceso a los servicios de salud en América Latina ha adquirido una renovada centralidad en los últimos años. La presión creciente sobre el financiamiento de los sistemas, el aumento de las enfermedades crónicas y la expansión de tecnologías médicas de alto costo obligan a repensar los modelos de protección sanitaria. En este contexto, analizar comparativamente la organización de los sistemas de salud en distintos países permite identificar fortalezas institucionales, brechas de acceso y posibles caminos de reforma.

Un aspecto particularmente relevante es la cobertura de los trabajadores formales y de regímenes especiales -como empleadas domésticas, monotributistas o trabajadores rurales-, sectores que históricamente han quedado en zonas grises entre los sistemas contributivos y los esquemas de protección pública. El análisis comparado entre Argentina, Uruguay, Paraguay, Brasil, Chile y México permite observar diferentes estrategias para abordar este desafío y, al mismo tiempo, evidenciar tensiones estructurales comunes en la región.

Argentina se destaca por un modelo singular basado en el sistema de **obras sociales**, que articula financiamiento contributivo con provisión pública y privada. Este esquema ha permitido desarrollar una cobertura amplia que incluye atención primaria, acceso a especialistas, tratamientos complejos, medicamentos y programas de prevención, además de extender la cobertura a los familiares directos de los trabajadores. En términos comparativos, este modelo ofrece una capacidad relevante para canalizar la demanda de servicios de mediana y alta complejidad. Sin embargo, la heterogeneidad entre obras sociales, la carga administrativa y las tensiones financieras generan diferencias en la calidad de la cobertura y en la oportunidad del acceso.

Uruguay, por su parte, ha consolidado uno de los sistemas más integrados de la región a través del **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)**. Financiado mediante el Fondo Nacional de Salud (FONASA), este modelo se orienta hacia la cobertura universal y ha logrado incorporar a sectores históricamente excluidos del sistema contributivo, incluyendo trabajadores informales y empleadas domésticas. La fortaleza del modelo uruguayo radica en su lógica de integración institucional y en la fuerte inversión en programas de prevención y promoción de la salud. No obstante, enfrenta desafíos en términos de infraestructura y disponibilidad de servicios en zonas rurales.

En Brasil, el **Sistema Único de Saúde (SUS)** representa uno de los experimentos más ambiciosos de cobertura universal en el mundo. Su extensa red de atención primaria y su enfoque comunitario constituyen pilares fundamentales de su funcionamiento. Sin embargo, la magnitud territorial del país y las desigualdades socioeconómicas generan diferencias importantes en el acceso efectivo a servicios especializados y tratamientos complejos, lo que se traduce en tiempos de espera prolongados y sobrecarga del sistema público.

Chile, en cambio, opera con un esquema dual compuesto por el sistema público **FONASA** y el subsistema privado **ISAPRE**. Aunque este modelo ha permitido expandir la cobertura sanitaria, también ha generado brechas significativas en el acceso y la calidad de la atención entre ambos sectores. Los afiliados al sistema privado suelen acceder a servicios con mayor rapidez, mientras que quienes dependen del sistema público enfrentan mayores restricciones presupuestarias y listas de espera más extensas.

México presenta una estructura particularmente fragmentada, en la que conviven múltiples instituciones de seguridad social -como el IMSS y el ISSSTE- junto con esquemas destinados a personas sin cobertura contributiva. Esta fragmentación institucional se traduce en heterogeneidades significativas en la calidad de los servicios, la disponibilidad de recursos y la cobertura de tratamientos, especialmente en regiones con menor desarrollo económico.

Paraguay enfrenta desafíos aún más estructurales. Aunque el Instituto de Previsión Social (IPS) proporciona cobertura a los trabajadores formales y sus familias, las limitaciones de infraestructura, financiamiento y recursos humanos condicionan la capacidad del sistema para garantizar acceso oportuno y prestaciones de alta complejidad, particularmente en áreas rurales.

Más allá de las diferencias institucionales, todos los países analizados comparten un perfil epidemiológico cada vez más similar. Las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, los trastornos mentales y las patologías musculoesqueléticas concentran aproximadamente el 80% de la carga de enfermedad en la región. Este cambio epidemiológico obliga a sistemas de salud que fueron diseñados originalmente para enfrentar enfermedades agudas a adaptarse a un escenario dominado por patologías crónicas que requieren continuidad asistencial, medicamentos de alto costo y equipos interdisciplinarios.

En este contexto, el acceso a **tratamientos de alto costo** se ha convertido en uno de los principales puntos de tensión en los sistemas de salud. Argentina y Uruguay cuentan con mecanismos relativamente desarrollados para financiar estos tratamientos a través de programas específicos y fondos dedicados, mientras que en Brasil, Chile, Paraguay y México la disponibilidad de estos recursos suele variar según la región o el tipo de cobertura del paciente.

Una consecuencia directa de estas tensiones es el aumento de la **judicialización de la salud**, fenómeno particularmente visible en Argentina y Brasil. Cuando los mecanismos administrativos o de cobertura resultan insuficientes para garantizar el acceso a determinadas prestaciones, los pacientes recurren al sistema judicial para obtener medicamentos o tratamientos. Este proceso genera presiones adicionales sobre los presupuestos sanitarios y revela las dificultades de los sistemas para establecer reglas claras de priorización y financiamiento.

El análisis comparado muestra, en definitiva, que la ampliación de la cobertura formal no garantiza por sí misma el acceso efectivo a los servicios de salud. La organización institucional, la integración entre financiamiento y provisión, la disponibilidad de infraestructura y la capacidad de financiar tecnologías médicas cada vez más costosas se han convertido en variables centrales para evaluar el desempeño de los sistemas sanitarios.

Para América Latina, el desafío ya no es únicamente expandir la cobertura, sino **garantizar acceso real, equitativo y sostenible a los servicios de salud** en un contexto de creciente complejidad tecnológica y presión financiera. La experiencia comparada sugiere que los países que logren combinar integración institucional, reglas claras de financiamiento y mecanismos transparentes de priorización estarán mejor posicionados para enfrentar los desafíos sanitarios de las próximas décadas. ■

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

EL REFLEJO DE PÁVLOV

ANTECEDENTES Y ACTUALIDAD DEL ACOSTUMBRAMIENTO A LA DESHUMANIZACIÓN EN EL CONTRATO SOCIAL



"El contrato social establece entre los ciudadanos una igualdad tal que todos se comprometen en las mismas condiciones y todos deben disfrutar de los mismos derechos". **Jean-Jacques Rousseau**

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

Iván Petróvich Pávlov fue un fisiólogo ruso, célebre por haber formulado el condicionamiento clásico (también llamado reflejo de Pávlov). Fue laureado con el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1904. Pávlov estudió fenómenos como la "generalización", es decir, la presentación de respuestas condicionales ante estímulos parecidos al estímulo condicional original.⁽¹⁾

Descubrió que, a diferencia de los reflejos incondicionales (no aprendidos), la magnitud de la respuesta no era directamente proporcional a la intensidad de los estímulos (es decir, a mayor intensidad del estímulo, dentro de ciertos límites, se presenta una mayor magnitud en la respuesta), sino que, en el caso de las relaciones condicionales, la mayor magnitud en la respuesta depende de qué tanto se parezca el estímulo que se presenta respecto al estímulo condicional original.

Esto da lugar a una graduación (a veces llamada gradiente), de modo que estímulos ligeramente de menor o mayor intensidad respecto al estímulo condicional original dan lugar a respuestas condicionales de mayor magnitud que las que se presentan ante estímulos de mayor intensidad que el estímulo condicional, aunque la mayor magnitud de la respuesta condicional siempre se da ante el estímulo condicional original.⁽²⁾

Pávlov estudió muchos otros aprendizajes, tanto en animales como en seres humanos, incluyendo lo que se denominó la inducción de "neurosis experimental", y prácticamente fundó el estudio experimental del comportamiento considerado "anormal" o "psicopatológico", así como su contraparte para modificar varios comportamientos indeseables, incluyendo fobias, tics y comportamientos "neuróticos", de manera que los sujetos aprendieran comportamientos adaptables y eliminaran la ansiedad y otras reacciones indeseables.⁽³⁾

Esta introducción al tema a tratar tiene una base fisiológica que como vemos es de larga data. En la sociedad argentina en este momento hay grupos etarios que creen que no tener leyes sociales y no estar amparados por ellas es lo normal.

El maltrato al equipo de salud, tanto en las bajas remuneraciones, en la "normalidad del pluriempleo", la agresividad en el sector público

y privado hacia los médicos por parte de pacientes insatisfechos para con la atención son algunos ejemplos de la "normalidad". Nos hemos acostumbrado a que si se modifican las leyes laborales con la consiguiente pérdida de derechos es "normal".

Hay un grupo etario, como los millenials, que nunca tuvieron o no conocieron el estado de derecho laboral tal como lo garantiza la Constitución Argentina. Para ellos trabajar en condiciones paupérrimas en cuanto a los ingresos, tiempos de trabajo larguísimos, ser explotados por la seguridad social -sector creado para ser solidario- o por la medicina prepaga o incluso por la salud pública, es normal.

La Seguridad Social se inventó en la Prusia del Káiser Guillermo y el canciller Von Bismarck en los años 80 del siglo XIX. Uno de sus principales motivos fue compensar la influencia de los revolucionarios socialdemócratas entre las clases proletarias, en alza durante toda la segunda mitad del siglo en toda Europa.

Junto con la promulgación de la *Doctrina Social de la Iglesia*, que cuajaría como tal en 1891 en la encíclica *Rerum novarum* de León XIII. Claramente, se trataba de dar solución a los enormes cambios laborales y sociales que había causado la revolución industrial y que habían traído consigo la aparición del proletariado, su maltrato por parte de los empleadores y extendido un profundo malestar entre los trabajadores.

La Iglesia siempre ha tenido una doctrina social que se remonta al Evangelio, a los Padres Fundadores, a la Escolástica Medieval, pero con la *Rerum Novarum*, León XIII decidió pronunciarse explícitamente sobre la cuestión social ante el auge del capitalismo industrial desenfrenado.

Y lo hizo magnificando la dignidad del trabajo, la justicia salarial, la explotación del trabajo infantil y femenino, la relación entre la propiedad privada y el bien común, la naturaleza del capitalismo y la misión de la empresa y del emprendedor, temas que no han perdido su vigencia hoy en día, ante los desafíos de la automatización de los procesos de producción y el creciente uso de la inteligencia artificial.

Las respuestas han cambiado pero las preguntas siguen siendo las mismas. *¿Quiénes colaboran indirectamente en favorecer el acostumbamiento?*

El conductismo en las redes sociales opera mediante el condicionamiento operante, utilizando refuerzos positivos (me gusta, compartidos, comentarios) para aumentar comportamientos específicos, convirtiendo la interacción en un ciclo de estímulo-respuesta.

Mecanismos como el desplazamiento infinito y las notificaciones actúan como recompensas variables, diseñados para generar adicción y dependencia conductual: acostumbamiento a conductas ilógicas, negativas y neuróticas.

El mecanismo sería el siguiente:

- **Refuerzo positivo:** los "likes" y seguidores actúan como premios que aumentan la probabilidad de que un usuario repita la conducta (aceptar como normalidad la falta de derechos).
- **Recompensas variables (tragamonedas digitales):** plataformas como TikTok e Instagram utilizan la imprevisibilidad del próximo contenido para liberar dopamina, similar a un casino.
- **Aprendizaje social:** imitación de comportamientos que reciben más atención, moldeando la conducta social para ajustarse a estándares inhumanos de aprobación.
- **Impacto conductual:** el uso desmedido se asocia con ansiedad, depresión, comparación social, envidia y sedentarismo.
- **Adicción psicológica:** se reconoce una dependencia conductual, especialmente en jóvenes, donde la red social condiciona la rutina diaria y hábitos de consumo.

En resumen, las redes sociales están diseñadas para condicionar el comportamiento del usuario, reforzando la necesidad de validación constante y manteniendo la atención a través de mecanismos adictivos.⁽⁴⁾

Esto fue estudiado por Pávlov hace más de 100 años, hoy sería el fenómeno de acostumbramiento del equipo de salud ante el maltrato, no solo físico, sino social y económico.

Habría que agregar a casi toda la población en este momento, cómo un contagio masivo ante el avasallamiento del contrato social. Esto, además, es apoyado por campañas de fake-news en algunos medios de comunicación masiva.⁽⁵⁾

En los países de Sudamérica y el Caribe, los sistemas de seguridad social siempre han estado bajo la responsabilidad casi exclusiva del sector público y han presentado importantes deficiencias, tales como bajas tasas de cobertura, desequilibrios financieros e inadecuada asignación y gestión de los recursos.

Para tratar de solucionar estos problemas y enfrentar el aumento de la demanda asociado con la transición demográfica y epidemiológica de la población, varios países han iniciado durante la década de los noventa procesos de reforma de sus sistemas de seguridad social que se han caracterizado por tres rasgos fundamentales:

a) búsqueda de un mayor vínculo entre contribuciones y beneficios para lograr mayor equilibrio entre ingresos y gastos; b) cambios en la composición pública-privada que permitan una mayor presencia de agentes privados en el financiamiento y la provisión de servicios, y c) énfasis en los mecanismos de mercado como medio para promover la eficiencia en la utilización de los recursos asignando al Estado un papel regulador y de garante de beneficios básicos a grupos que, por su condición socioeconómica, no logran ciertos niveles mínimos de aporte.⁽⁶⁾

Si examinamos algunos de los problemas que han planteado las reformas realizadas hasta ahora y las lecciones que de ellas se pueden extraer. La relación entre universalidad y solidaridad plantea que el principal desafío de las reformas de la seguridad social es el avance hacia sistemas de carácter universal que amplíen significativamente la

cobertura poblacional, para lo cual es inevitable fortalecer los mecanismos de solidaridad en el financiamiento y mejorar la eficiencia mediante la introducción de instrumentos de gestión que no afecten negativamente al componente solidario en el ámbito del financiamiento.

Se concluye que es necesario aumentar los niveles de cobertura, mejorar la gestión, preocuparse por el diseño de la composición pública asociada con la privada cuando corresponda, definir las competencias del sector privado y del gobierno en el financiamiento, provisión y regulación del sistema de seguridad social, e introducir y fortalecer los mecanismos de solidaridad en el financiamiento.

De una vez por todas introducir un planeamiento estratégico posible y consensado no solo del sistema en general, además de atender las necesidades reales del equipo de salud. De otra manera la "normalidad" del acostumbramiento a formas de trabajo indignas del sector conducirá a nuevos fracasos, que alteraran aún más los problemas actuales del sistema de salud argentino. ■

Bibliografía:

- (1) Iván Pávlov / Los reflejos condicionados - Edit. Morata/México/2020.
- (2) J.R. Millenson / Principios de análisis conductual - Biblioteca Técnica de Psicología/ Edit. Trillo/México/1967.
- (3) Ciencia y Conducta Humana / B.F. Skinner - Editorial Catedra Externa/ Universidad De Cádiz/España/2022.
- (4) Byung Chul Han / Psicopolítica - Octaedro Ediciones/2005.
- (5) Éric Sadin / La vie spectrale-penser dans l'ère du metaverse - Edition Grasset & Fasquelle/París/2023.
- (6) Revista Panamericana de Salud Pública - PAHO/jul.- ago. /2000.

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

Nueva App UOCRA La SALUD a tu lado donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA • TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

Disponible en:



¡Ingresá al
mundo UOCRA
estés donde estés!



CONSTRUIR Salud
Obra Social del Personal
de la Construcción

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

IMPACTO DEL ACUERDO ARGENTINA - EE. UU. EN LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA



Por el Dr. Carlos Alberto Díaz (*)

Oportunidades y desafíos para la industria farmacéutica argentina

El acuerdo comercial que la Argentina firmó con Estados Unidos abre oportunidades para algunos sectores y genera desafíos en otros. Para la industria farmacéutica, surgen novedades en temas de patentes y se abre la posibilidad de incrementar la exportación de medicamentos. Sin embargo, los laboratorios nacionales, que tradicionalmente elaboran medicamentos con marca -algunos genéricos, otros similares- conservan una alta participación en el mercado están expectantes y han lanzado una campaña masiva para poner en la opinión pública el tema de discusión antes que se trate en las sesiones ordinarias del Congreso de la Nación.

Balanza comercial farmacéutica entre Argentina y Estados Unidos

Según datos del INDEC para 2025, la Argentina exportó medicamentos a EE. UU. por casi US\$ 34 millones, mientras que importó productos farmacéuticos desde ese país por más de US\$ 368 millones en el mismo período. Así, el intercambio comercial resultó deficitario para la Argentina en ese rubro, con un saldo negativo de aproximadamente US\$ 334 millones.

Limitaciones y posibilidades de exportación

Aunque, a primera vista, el acuerdo con EE. UU. permitiría una mayor cantidad de exportaciones medicinales, desde la consultora *Analytica* se destaca que solo podrán venderse aquellos productos farmacéuticos que no estén patentados en el país que gobierna Donald Trump.

Reformas en la ley de patentes y su impacto

En 2026, la Argentina endurecerá la ley de patentes de medicamentos tras el acuerdo comercial con Estados Unidos, lo que

limitará la capacidad de los laboratorios locales para copiar fórmulas extranjeras. Esto implica el fin de las restricciones a la protección de propiedad intelectual establecidas en 2012, beneficiando a multinacionales y afectando la producción nacional de genéricos.

Puntos clave sobre las patentes en 2026

- **Acuerdo con EE. UU.:** el Gobierno argentino se comprometió a respetar la propiedad intelectual de medicamentos, agroquímicos y marcas, obligando a los laboratorios locales a no copiar invenciones.
- **Derogación de resoluciones (2012):** se prevé la derogación de las resoluciones conjuntas 118/2012, 546/2012 y 107/2012, que permitían a la industria local limitar patentes y no pagar regalías.
- **Protección de datos de prueba:** se implementará una protección más estricta sobre los datos de prueba, dificultando que laboratorios locales utilicen información de laboratorios norteamericanos para registrar versiones más económicas.
- **Impacto en costos:** la medida representa un “fuerte golpe” para la industria farmacéutica local, ya que la competencia que permitía ahorrar millones en medicamentos se verá reducida, según fuentes sectoriales.
- **Vencimientos clave:** durante 2026, vencerán patentes de diversos medicamentos, incluyendo tratamientos de salud femenina y oncología, lo que marcará la pauta para la entrada de nuevos productos al mercado.

Intereses y restricciones en el comercio bilateral

Las exportaciones de productos farmacéuticos representaron el 0,7% del total de exportaciones hacia EE. UU. en los últimos años, con un promedio de US\$ 48 millones anuales, según un informe sectorial. El principal interés del gobierno republicano radica en reducir los costos internos de medicamentos permitiendo el ingreso de productos argentinos.

Por otra parte, *Analytica* detalló que 807 de las posiciones a las que EE. UU. les quitó aranceles presentan restricción de uso



para la industria farmacéutica. Esto podría impulsar la exportación de medicamentos, pero en detrimento de otras ramas productivas.

Si bien la medida favorecería la **exportación de medicamentos genéricos argentinos**-un sector competitivo-functiona como un **cepo para los insumos químicos básicos** incluidos. **Estos insumos perderían el beneficio arancelario si se exportaran para otros fines industriales, quedando atados únicamente a la cadena de valor farmacéutica de genéricos.**

El rol de las patentes en el nuevo escenario

La cámara que agrupa a las empresas estadounidenses en Argentina (**Amcham**) destacó que el gobierno de **Javier Milei** se comprometió a enviar el **Tratado de Cooperación en materia de Patentes (PCT)** al Congreso Nacional para su tratamiento **antes del 30 de abril de 2026.**

La cuestión de las **patentes** y su reconocimiento en la Argentina era una preocupación para EE. UU. desde hacía tiempo. En este sentido, **Amcham** remarcó que el país asumió varios compromisos específicos en materia de salud.

Entre otros puntos, se apunta a **reducir significativamente la tramitación de patentes**, incluyendo las de invenciones biotecnológicas y farmacéuticas, **adoptar marcos más modernos de propiedad intelectual y derogar las resoluciones conjuntas 118/2012, 546/2012 y 107/2012, vinculadas a los exámenes de patentabilidad para la industria químico-farmacéutica.**

Se aspira, además, a generar un **entorno claro, transparente y previsible**, que mejore la competitividad del país y eleve los estándares regulatorios para el acceso a mercados, en particular adoptando los estándares internacionales en materia de **propiedad intelectual.**

Los laboratorios nacionales, nucleados en **CILFA**, advierten que **“el futuro acuerdo comercial que Argentina firmará con Estados Unidos⁽¹⁾ debe ser “balanceado” en lo que respecta a los medicamentos**”, luego de que Washington anticipara ciertas concesiones en materia farmacéutica a los laboratorios norteamericanos. De este modo, **se diferencian de los laboratorios extranjeros con presencia en suelo argentino**, que consideran que lo conocido hasta ahora resulta **“auspicioso”** para el sector.

Lo que quedó plasmado oficialmente en el **“comunicado conjunto”** que unilateralmente publicó la **Casa Blanca** es que **“habrá beneficios para los laboratorios estadounidenses tanto en términos arancelarios como en términos de la no necesidad de conformidad argentina”**. En cuanto a los **beneficios arancelarios**, el texto señala que **“Argentina otorgará acceso preferencial a los mercados estadounidenses para las exportaciones de bienes, incluidos ciertos medicamentos”**, además de **“dispositivos médicos”**.⁽²⁾

Impacto para pacientes y laboratorios

Según CAEME, este escenario traería un beneficio claro para los pacientes, quienes deberían contar con más alternativas en el mercado. Sin embargo, el impacto en precios dependerá de la política de cada laboratorio.

Por otro lado, la entidad consideró que la Argentina necesitaría profundizar la protección de los datos de prueba farmacéuticos. Estos datos, generados por los laboratorios de innovación durante el proceso de I+D y que acreditan la seguridad y eficacia de los productos, actualmente no cuentan con reconocimiento como derecho de propiedad intelectual en el país.

La **Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA)** adopta una postura cautelosa y de vigilancia ante la reforma de patentes 2026 derivada de acuerdos internacionales, **abogando por una propiedad intelectual “balanceada”** que fomente la innovación, pero no impida la competencia de biosimilares y la producción local de medicamentos, buscando evitar monopolios.

- **Defensa del sector nacional:** CILFA busca garantizar que los cambios no restrinjan la capacidad de los laboratorios locales para desarrollar alternativas, fundamentales para contener costos en medicamentos de alto precio.
- **Innovación vs. competencia:** aunque reconocen la importancia de la propiedad intelectual para incentivar la inversión, CILFA enfatiza que las nuevas reglas deben mantener un mercado **“competitivo y dinámico”**.
- **Cautela en la letra chica:** la cámara pidió evaluar el impacto final de los anuncios (marco del acuerdo con la UE y EE. UU.) cuando se conozca la redacción definitiva, evidenciando preocupación por la protección de medicamentos y agroquímicos.
- **Ahorro y acceso:** CILFA sostiene que la competencia, impulsada por medicamentos de producción local, permite ahorros significativos (más de U\$S 2.200 millones en 2023), por lo que temen que un endurecimiento excesivo afecte el acceso.

Cambio en el modelo de negocios

El negocio de los laboratorios se transforma con la nueva ley de patentes que habilitará Milei tras el pacto con EE. UU., marcando un antes y un después en el sector farmacéutico argentino. Dependiendo en el lugar que se posicionen los intereses comerciales de las empresas, y los nucleamientos industriales es como se replanteará el negocio; por lo tanto, es fundamental que cada actor del sector comprenda la dinámica del mercado global y las tendencias emergentes.

El compromiso del Estado Argentino con los EE. UU. es fuerte y se debe cumplir, ya que esto no solo fomenta relaciones diplomáticas, sino que también abre puertas para el acceso a tecnologías avanzadas y recursos financieros.

Los laboratorios tienen mundialmente un gran poder, lo que les permite influir en políticas y regulaciones que pueden beneficiar o perjudicar tanto a los consumidores como a los gobiernos. Las empresas aprovechan tratados de libre comercio y la exclusividad de patentes para consolidar su presencia en múltiples países, más allá de los mercados locales, logrando así un control significativo sobre el suministro y precios de productos farmacéuticos.

Mientras **las multinacionales se enfocan en la innovación a través de investigaciones de vanguardia y el desarrollo de nuevos tratamientos**, los laboratorios nacionales suelen especializarse en la **comercialización y producción**, creando **redes de co-marketing que les permiten maximizar sus ingresos.** Estos laboratorios, que tienen un papel crucial, **establecen los precios de los medicamentos y las condiciones de mercado (márgenes de comercialización)**, lo que afecta profundamente la cadena de valor global y puede crear disparidades en la disponibilidad de tratamientos en diferentes regiones.

La innovación en enfermedades que padece gran parte de la población mundial, como enfermedades crónicas y pandemias, hace crecer el valor de las empresas y resalta la necesidad de un enfoque más colaborativo que no solo busque el beneficio económico, sino también el bienestar de la sociedad en su conjunto. ■

Referencias:

- 1.- <https://www.eldestapeweb.com/politica/panorama-politico/esenas-de-euforia-y-desamparo-en-el-pais-satelite-de-trump-202511160528>
- 2.- <https://www.eldestapeweb.com/economia/laboratorios/guerra-por-patentes-entre-laboratorios-los-extranjeros-muestran-optimismo-mientras-los-nacionales-reclaman-un-acuerdo-balanceado-2025111715565>

(*) **Especialista en Medicina Interna-nefrología-terapia intensiva-salud pública. Director de la Carrera Economía y gestión de la salud de ISALUD. Director Médico del Sanatorio Sagrado Corazón Argentina. Titular de gestión estratégica en salud.**

NUEVO ENTORNO SANITARIO: ¿EXISTE EL EMPRESARIO DE LA SALUD?



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

Cuando la inflación deja de funcionar como “amortiguador sistémico”, la organización pierde un mecanismo informal para absorber ineficiencias. La contabilidad deja de ser un ejercicio defensivo y pasa a ser un espejo incómodo. En ese contexto, la supervivencia deja de depender de la negociación tarifaria y pasa a depender de la **productividad clínica, la eficiencia operativa y la claridad estratégica**. Lo que sigue no es ajuste contable: es un trabajo profundo de **reingeniería organizacional**.

Los poderosos lobbies sanitarios en las provincias permanecen intactos refugiados detrás la ausencia de una estrategia de los gobiernos y de los financiadores provinciales que no logran coordinar y articular la capacidad de compra, así como la utilización de instrumentos de contratación que permitan medir y pagar por resultados y desempeños.

La inflación es una niebla que oculta la realidad. Cuando convivimos con inflación alta existen una serie de beneficios a la vista de todos:

- Los costos reales se diluyen.
- Las ineficiencias se licúan.
- Los precios se renegocian continuamente.
- El foco está en los ingresos, y no en la productividad.

En el momento que un país comienza a controlar el proceso inflacionario comienza a jugarse un nuevo partido, un nuevo entorno que requiere cambios para poder hacer frente al hecho que:

- ✓ Costos quedan expuestos.
- ✓ Los márgenes se vuelven rígidos.
- ✓ La ineficiencia se hace visible.
- ✓ El flujo de caja depende de procesos eficientes.

Es el momento en que los prestadores y financiadores de servicios de salud dejan de ganar por manejo y arbitraje financiero y se requiere para volver a ganar desarrollar capacidad de gestión. De esta manera empiezan a emerger los costos reales que se expresan en:

- Servicios con márgenes negativos.
- Quirófanos subutilizados.
- Estancias medias injustificadas.
- Sobrecostos farmacéuticos.
- Duplicación de funciones.
- Plantillas desalineadas con la producción.

Esto obliga a responder preguntas que antes podían evitarse:

- ✓ ¿Qué líneas de servicio destruyen valor?
- ✓ ¿Qué procesos agregan costos sin mejorar resultados?
- ✓ ¿Qué capacidad instalada no se justifica?

La reingeniería de procesos nos permite **pasar de estructura a flujo** y el cambio clave es conceptual: de organización por servicios aislados hacia una organización por procesos asistenciales.

El modelo de lean healthcare aplicado en los focos principales nos permite:

Admisión y programación	<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminar tiempos muertos ● Optimizar agendas quirúrgicas ● Reducir cancelaciones
Flujo quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> ● Turnaround time ● Checklists estandarizados ● Logística quirúrgica integrada
Internación	<ul style="list-style-type: none"> ● Protocolos clínicos ● Alta temprana segura ● Hospitalización abreviada
Diagnóstico por imágenes	<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminación de cuellos de botella ● Lectura remota ● Integración con historia clínica
Farmacia hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> ● Unidosis ● Control de consumo real ● Reducción de pérdidas

La productividad clínica pasa a ser el corazón de la sostenibilidad y comienza a jugarse en los indicadores críticos que debemos comenzar a considerar. Sin estos indicadores no hay gestión:

- Estancia media ajustada por complejidad.
- Tasa de ocupación efectiva.
- Rotación de camas.
- Utilización de quirófanos.
- Costos por episodio clínico.
- Tasa de readmisión.
- Consumo farmacéutico por caso.

Otro componente clave de la reconversión es la innovación estratégica que no es simplemente comprar tecnología sino alinear la inversión con la estrategia definida en el plan. Algunos errores frecuentes son invertir en equipamiento de alta complejidad sin volumen suficiente, incorporar tecnología solo querer ganar prestigio o buscar digitalizar sin rediseñar los procesos. La innovación útil es toda aquella que permite:

- ✓ Reducir costos estructurales.
- ✓ Mejorar productividad clínica.
- ✓ Integrar información.
- ✓ Mejorar resultados.

Algunas innovaciones de alto impacto real que podemos encontrar en organizaciones más desarrolladas son:

Digitales	<ul style="list-style-type: none"> ● Historia clínica interoperable ● Analítica clínica y financiera ● Trazabilidad farmacológica
Operativas	<ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía ambulatoria expandida ● Hospital de día ● Telemonitoreo de crónicos ● Preadmisión digital
Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> ● Protocolos estandarizados ● Unidades funcionales por patología ● Pathways asistenciales

La pregunta estratégica que nos obliga redefinir y replantearnos es: ¿qué prestador quiero ser? La baja inflación obliga a responder y actuar dentro del posicionamiento posible:

1. Centro de Alta complejidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Alta especialización ● Alto volumen ● Acuerdos con financiadores
2. Clínica quirúrgica eficiente	<ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía programada ● Corta estancia ● Alta rotación
3. Centro ambulatorio avanzado	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico ● Hospital de día ● Procedimientos mínimamente invasivos
4. Nodo de red integrada	<ul style="list-style-type: none"> ● Continuidad asistencial ● Coordinación con primer nivel ● Gestión de pacientes crónicos

Lo que no resultara viable en este nuevo entorno es intentar ser y hacer todo para todos. Surge aquí el concepto de inversión estratégica en base al posicionamiento asumido: donde invertir y donde no hacerlo.

Donde invertir	Donde evitar la inversión
✓ Digitalización clínica y operativa	■ Equipamiento sin volumen suficiente
✓ Cirugía ambulatoria y hospital de día	■ Expansión edilicia sin rediseño de procesos
✓ Eficiencia energética y logística	■ Tecnología sin integración digital
✓ Análisis de datos	■ Duplicación de servicios
✓ Capacitación del personal	

En salud el componente del talento humano y la gestión del mismo son claves. El pasaje del empleo a la productividad requiere en la transición:

- Redefinir roles.
- Eliminar redundancias.
- Formar en procesos y calidad.
- Introducir incentivos por desempeño.
- Profesionalizar mandos medios.

Lo que debemos saber es que el mayor desperdicio en salud no es tecnológico sino organizacional.

Respecto de la gobernanza clínica y la cultura organizacional debemos ser conscientes que sin cambio cultural no existe eficiencia sostenible en el tiempo. Las claves requeridas para este cambio son:

- ✓ Decisiones basadas en datos.
- ✓ Transparencia de resultados.
- ✓ Responsabilidad por procesos.
- ✓ Cultura de mejora continua.
- ✓ Seguridad del paciente como eje.

Que sucederá con quienes no quieran o no puedan tener la capacidad de adaptación en un sector donde hasta ahora siempre se ha encontrado una solución «estatal» para sostener la falta de reformas y adecuaciones. La baja inflación sin dudas acelerará los procesos naturales de: fusiones, reconversiones, especialización forzada, salida del mercado e integración en redes. No es una crisis es un proceso de maduración que ha sido demorado en el tiempo y se le han puesto parches que han aumentado la complejidad y la oscuridad del problema, pero no lo han hecho desaparecer.

Sin embargo, este nuevo entorno competitivo puede ser una ventana de oportunidad porque permite:

- ✓ Modernizar estructuras obsoletas.
- ✓ Ganar competitividad real.
- ✓ Construir reputación por calidad.
- ✓ Negociar mejor con financiadores.
- ✓ Atraer talento profesional.

La idea fuerza que surge del cambio de contexto es que antes la inflación ocultaba la ineficiencia y **ahora la búsqueda de la eficiencia se convierte en condición sine qua non para la supervivencia.** Pero este no es un proceso automático, sino que requiere un accionar y un empoderamiento de la demanda de tal manera de innovar con las modalidades de pago, controlar y auditar de manera adecuada para poder generar valor mediante los recursos que se invierten. Y en salud, sobrevivir no significa ajustarse: por el contrario, es **producir valor clínico con inteligencia organizacional.** ■

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

La mutual

Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar



ESPECIALISTAS EN GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICOS LEGALES
24 AÑOS
2001 - 2025

Praxis | Médica

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

Nuestro Valor

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

Nuestras publicaciones





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

LA GESTIÓN SANITARIA EN TIEMPOS DE SINDEMIA Y POLICRISIS



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

El progreso de la ciencia y la tecnología no ha logrado evitar las tragedias que padece hoy en 2026 la humanidad, y cuando decimos humanidad nos referimos a la vida de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores, a la vida de animales y vegetales, y del ambiente en la era del antropoceno (impacto global en el ecosistema terrestre de las actividades humanas).

La historia a partir de pequeñas sociedades arcaicas de cazadores - recolectores, progreso creando sociedades cada vez más complejas.

A lo largo de los siglos las potencias científicas, técnicas y económicas han deparado cada vez más bienestar y holgura a la parte privilegiada de su población.

Pero el hecho extraordinario es que dos guerras mundiales, las grandes matanzas, los fanatismos delirantes o Hiroshima solo socavaron provisionalmente esta creencia en el progreso, que volvió a imponerse durante los treinta gloriosos, referidos a la época entre el 1945 y el 1975 en Europa Occidental, Japón y EE. UU.

Está nueva era de desarrollo de la sociedad de consumo y de bienestar, reservada a una parte creciente pero parcial de la población, produjo una mejoría frágil. Se ha generado una especie de industrialización de la vida en los programas, la reducción a economía de todo lo que es humano, y se ha olvidado la afectividad, la felicidad, la desdicha, la alegría, la tristeza, es decir, las realidades humanas esenciales.⁽¹⁾

Merrill Singer antropólogo, médico, docente e investigador profesor emérito de la Universidad de Connecticut en la década de 1990 creó el término "sindemia" para resumir el impacto de las múltiples sinergias de comorbilidades, noxas ambientales sociales, políticas culturales históricas con la producción de epidemias. Estudió los impactos de la economía, las crisis familiares y sus comunidades, las tensiones sociales, las violencias de todo orden en las comorbilidades de brotes epidemiológicos de SIDA/HIV.

La policrisis es un término que acuñó Edgar Morin en 1999 para señalar la complejidad de los impactos por crisis planetarias

amplificadas hoy: cambio climático, geopolítica, guerras, inseguridad económica, laboral, tensiones sociales, epidemias y pandemias.⁽²⁾

Es inevitable ignorar el impacto de estas situaciones planetarias en nuestra vida cotidiana, en la gestión de los servicios de salud que deben enfrentarse a una complejidad inédita de situaciones con una magnitud que nos exige ir más allá de las respuestas fragmentarias o circunstanciales.

La nueva era antropológica digital presenta la contradicción de peligros, pero también de oportunidades de construcción. "No estamos equipados para esta mutación antropológica".

Nuestros modos de representación y nuestras categorías son o bien ineptas, o bien engañosas para capturar lo que está en juego. Más que nunca algo nos supera, permanece impermeable a nuestros espíritus.

Desde hace dos décadas, la llamada "Innovación digital" el imperativo de proyectarse hacia adelante como única medida que era condición del dinamismo y el éxito y que, por el prestigio cada vez más resplandeciente que adquirió y por efecto de capilaridad, terminó por dar el tono a toda la sociedad.

Lo existente se vio relegado a un dato secundario incluso a menudo se sospecha que esta demodé. Se otorgó una preeminencia simbólica a la producción futura, sobre la que se postula que tendrá funcionalidades aumentadas y cualidades superiores. Reina un estado de insatisfacción permanente que se considera el mecanismo de constantes mejoras, así como la fuente de nuevos beneficios. Nuestra atención y nuestros esfuerzos están sistemáticamente abocados a lo que sucederá más adelante y abordamos el discurrir de las cosas como si fuera de facto incompleto y debiera estar sometido a un perpetuo perfeccionamiento.

Es decir, hay un progresismo -de celo, casi religioso- que irrige empresas, consultoras, responsables políticos, escuelas superiores... Y esto generó un ritmo frenético. Se trata de un fenómeno de desincronización.⁽³⁾

La sindemia y la policrisis no pueden ser solo referencias intelectuales, estos conceptos nos ayudan a comprender que es imposible resolver problemas complejos con respuestas fragmentarias, que necesitamos de equipos interdisciplinarios, transdisciplinarios, esto significa que estamos dotados de estrategias posibles de ser implementadas y aquí nos encontramos con el "talón de Aquiles" es decir con modos de interpretar la realidad que son antiguos porque son débiles e inútiles hoy cuando la urgencia presiona.

“Merrill Singer antropólogo, médico, docente e investigador profesor emérito de la Universidad de Connecticut en la década de 1990 creó el término "sindemia" para resumir el impacto de las múltiples sinergias de comorbilidades, noxas ambientales sociales, políticas culturales históricas con la producción de epidemias.”

Es imposible ignorar que la obesidad ⁽⁴⁾ constituye ahora en la Argentina junto a diversos países una amenaza severa de salud con sus comorbilidades, las patologías crónicas y asociaciones con la vulnerabilidad de infecciones.

Esto es un indicador no solo de la pobreza creciente en la Argentina, es también un indicador de varios factores asociados, la inseguridad laboral, la inseguridad económica, la inseguridad alimenticia, la exposición prolongada a las pantallas en niños, adolescentes y adultos.

Desconocemos aun su incidencia en multiplicidad de adicciones: juegos en línea, generación de accidentes y tantas otras patologías que amplifican sindemias.

Se suman también las epidemias provocadas por la desinformación ⁽⁵⁾ las respuestas antivacunas o de la mala administración sanitaria que no cubre las exigencias con el calendario escolar, en este momento en la Argentina tenemos millones de niños no vacunados por diversas razones, todo esto será un impacto en los servicios de salud, en la vida de esas familias, la comunidad y la sociedad. Sumemos los brotes de tuberculosis, sarampión, coqueluche, sífilis, chikunguña y ahora la influenza H3N2 variante K... Nada esta ajeno al cambio climático.⁽⁶⁾

Los servicios de salud de los tres subsistemas público, privado, obras sociales... todos, a pesar de sus diferencias y graduaciones de eficacia, deben soportar el impacto de patologías inéditas, el escándalo del precio de medicamentos y de los insumos, de las tensiones sociales del cansancio laboral del equipo de salud, de médicos mal pagos, de administrativos también mal pagos desconectados de directores, gerentes, coordinadores, etc., con egos redimensionados y enfrentamientos o desconocen el valor de la integración y de la comunicación. En general el trabajo de equipo es solo en compartimentos estancos, servicios de cirugía, desconectados de la vida ambulatoria de los pacientes.

La atención primaria de la salud (APS) una propuesta para pobres, la salud comunitaria rezagada a poblaciones rurales si es que existe y la medicina familiar una especialidad menor, cuando es un eje esencial de transformación en la gestión sanitaria que exige ahora más que nunca jerarquizar su función preventiva y de alerta temprana que podría evitar la sobrecarga de las guardias, del incremento de comorbilidades, de internaciones evitables. ¿Quién le pone el cascabel al gato?

La Fontaine escritor francés presionado por tensiones políticas, escribió sus emblemáticas fabulas entre ellas la de los ratones que abrumados por un temible gato se reúnen y deciden poner un cascabel, pero nadie, nadie se atrevió.⁽⁷⁾

El problema no reside en la tecnología, o la IA (Inteligencia Artificial). Son problemas complejos con diversos niveles de responsabilidad e ignorancia: gestiones de políticas públicas que desconocen la dignidad humana y la realidad del país. Desfinanciación de universidades públicas y de toda investigación.

Responsabilidad de quienes conducen y financian los diversos sectores de prestación de servicio. También gerentes, directores, coordinadores de buena voluntad de esfuerzos que aportan, pero no resuelven en contextos bajo presiones de todo orden.

La sindemia y policrisis no pueden ser ignoradas o temidas por la gestión sanitaria. Esta realidad exige estudio, investigación, acción. Es posible atemperar sus impactos, las herramientas metodológicas deben ser éticas, aceptar la medicina familiar y la atención primaria de la salud APS, como primer nivel de atención, encontrar estrategias dinámicas y elaboraciones compartidas.

Es posible comenzar por pequeñas transformaciones: jerarquizar la comunicación en las instituciones, crear espacios interdisciplinarios y transdisciplinarios, incorporar a administrativos en equipos de salud, trabajar con otras regiones, y países, hoy que existe tanta posibilidad digital.

La humanidad cuenta con legados extraordinarios, la conquista de los derechos fundamentales, el valor de la vida, la oportunidad en la ética de la solidaridad, el trabajo abnegado de millones de seres que nos precedieron... la lista es infinita y mucho más extensa su luz, que la oscuridad.

La esperanza es una dinamis prodigiosa, un aliento vital, no es un positivismo que banaliza el mal. Friedrich Nietzsche la definió así "La esperanza es un arco iris desplegándose en el manantial de la vida".⁽⁸⁾

Pero es imprescindible accionar desde el conocimiento como fuerza emancipadora, acceder a la dignidad de trabajar por la vida de todos como derecho inalienable para nuestra sobrevivencia y la de los otros... ■

Bibliografía:

1. Morin Edgar "Lecciones de la Historia" "¿Podemos aprender de nuestros pasados?" Ed. Taurus Bs. As. Argentina 2026 ISBN 978987737156
2. Svampa Mariella Policrisis. Ed Siglo veintiuno Argentina 2025 ISBN 9789878014821
3. Sadim Eric "La vida espectral, Pensar la era del Metaverso, las inteligencias artificiales generativas". Ed Caja Negra 2024 Bs As. Argentina ISBN 9789878272177
4. Heredia Ramiro Infomed 13 /0272026 - <https://infomed.com.ar/obesidad-y-riesgo-de-infecciones-graves-la-dimension-aguda-de-una-pandemia-metabólica>
5. Naomar Almeida-Filho Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una pandemología de enfermedades emergente. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/articulo/view/3748>
6. Perdomo, Ana Rosa Casanova. "Cambio climático, noticias y presagios: epigenética y bioética global Climate change, News and Premonitions: Epigenetic and Global Bioethics."/:/efaidnbnmnnibpcjpcgclcfndmkaj/<https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2023/01/Cambio-climatico-noticias-y-presagios.pdf>
7. Boucheron Patick, Robin Corey "El Miedo" Ed Capital Intelectual Argentina 2016 ISBN 978987614515
8. Byung Chul Han "El espíritu de la naturaleza" contra la sociedad del miedo. Ed. Herder Barcelona 2024 ISBN 9788425451010

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

www.revistamedicos.ar

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Acompañarte es siempre el mejor plan

GALENO

MÁS ALLÁ DE LA VOCACIÓN: EL DISEÑO SISTÉMICO DE UNA MEDICINA HUMANA



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

En un contexto de creciente complejidad clínica, presión económica y aumento de la judicialización, humanizar la medicina no puede reducirse a una apelación ética individual. Desde la mediación en salud y el derecho colaborativo sabemos que muchos conflictos sanitarios no surgen únicamente de errores técnicos, sino también de fallas en el diseño relacional y organizacional del sistema.

La calidad del vínculo médico-paciente, el tiempo clínico disponible y las condiciones estructurales impactan no solo en los resultados en salud, sino también en la confianza, la adherencia terapéutica y la prevención de conflictos. Humanizar no es un gesto: es una decisión de diseño.

A partir de esta mirada, conversamos con las Dras. Marta ⁽¹⁾ (Nefróloga) y Sofía Paz ⁽²⁾ (Gastroenteróloga Infantil) sobre este tema central.

—¿Es posible ejercer una medicina centrada en las personas cuando el sistema prioriza el volumen de consultas sobre la complejidad del cuidado?

La relación médico-paciente es, en esencia, una relación interpersonal compleja. Una de las partes se encuentra en situación de necesidad vinculada a su salud; la otra dispone del conocimiento, la formación y la responsabilidad necesarios para orientar un abordaje diagnóstico y terapéutico.

Esta relación tiene una carga emocional significativa: el paciente suele atravesar angustia, vulnerabilidad e incertidumbre frente a su estado de salud, mientras que el profesional enfrenta la tensión propia de comprender el problema, formular juicios clínicos y ofrecer respuestas adecuadas, muchas veces en escenarios de enfermedad compleja y afligente.

En ese marco, el médico debe sostener un delicado equilibrio: sensibilidad suficiente para empatizar con la experiencia del paciente y fortaleza profesional para posicionarse como referente, apoyo y sostén en el proceso de cuidado y toma de decisiones.

—La medicina actual está altamente profesionalizada y protocolizada. ¿Eso alcanza para garantizar una atención humana?

El ejercicio de la medicina se rige hoy por estándares técnicos y científicos claramente establecidos. Las decisiones clínicas deben

fundamentarse en la mejor evidencia disponible, en guías de práctica elaboradas por sociedades científicas y en recomendaciones internacionales. El profesional tiene la obligación de ampliar y actualizar permanentemente sus conocimientos.

Sin embargo, la práctica médica no puede reducirse a la aplicación mecánica de protocolos. En consonancia con el enfoque de atención centrada en las personas promovido por la Organización Mundial de la Salud, la práctica clínica requiere conocer, comprender y respetar las necesidades, valores, preferencias y contexto de vida de cada persona, integrando estos elementos al proceso de toma de decisiones.

—¿Qué implica realmente una consulta médica?

Una consulta médica implica entrevista clínica, interpretación de información compleja, razonamiento diagnóstico, toma de decisiones compartidas, acompañamiento en la incertidumbre y seguimiento longitudinal.

Incluye además un trabajo no siempre visible: revisión de estudios, interconsultas, coordinación con otros niveles de atención, contacto con familiares o cuidadores y tareas administrativas que sostienen el proceso asistencial.

Todo ello requiere tiempo y trabajo relacional. El acto médico no es un intercambio meramente informativo; es un proceso cognitivo y humano que demanda presencia, escucha y elaboración clínica.

—¿El sistema de salud argentino ofrece ese tiempo?

En la práctica cotidiana, el tiempo disponible para la consulta suele ser reducido, en muchos casos alrededor de quince minutos. Este tiempo no ha sido definido por los médicos en función de la naturaleza del acto clínico, sino por criterios de productividad asociados al bajo valor económico asignado a la consulta.

Dicho valor no surge de un mercado libre entre profesionales y pacientes, sino de una estructura de financiamiento altamente concentrada, donde los financiadores establecen aranceles y condiciones contractuales. Tanto médicos como pacientes quedan condicionados por este diseño.

El mercado laboral médico, fragmentado y con elevada oferta de profesionales, limita la capacidad de negociación individual y empuja a sostener ingresos mediante el aumento del volumen de consultas por hora.

Es importante aclarar que la preocupación económica del médico no responde a ambición, sino a la necesidad de ejercer de manera sostenible, con tiempo suficiente por paciente y con reconocimiento acorde al valor social y sanitario de su tarea.

—Entonces, ¿La humanización depende exclusivamente de la vocación individual?

No. Si la humanización queda librada únicamente al compromiso personal del profesional, se transforma en una carga ética individual dentro de un sistema que, en su diseño, la dificulta.

Para que la atención centrada en la persona sea viable, es necesario intervenir en el diseño organizacional y en los mecanismos de financiamiento del trabajo clínico. Desde una perspectiva de sistemas de salud -en línea con marcos promovidos por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Institute for Healthcare Improvement- pueden identificarse al menos cinco condiciones estructurales:



La calidad del vínculo médico-paciente, el tiempo clínico disponible y las condiciones estructurales impactan no solo en los resultados en salud, sino también en la confianza, la adherencia terapéutica y la prevención de conflictos. Humanizar no es un gesto: es una decisión de diseño.



1. Agendas asistenciales con tiempos mínimos diferenciados según complejidad clínica.
2. Reconocimiento explícito del trabajo no presencial.
3. Modelos de contratación que reduzcan el pluriempleo estructural.
4. Incorporación de indicadores de calidad relacional y no solo productiva.
5. Mecanismos de financiamiento que reconozcan la complejidad clínica y el trabajo cognitivo requerido.

—¿Por qué es tan determinante proteger la relación médico-paciente?

Porque la calidad del vínculo impacta directamente en la calidad y la seguridad del paciente. Una buena relación facilita la adherencia al tratamiento, reduce complicaciones derivadas

de interpretaciones erróneas y disminuye la probabilidad de conflictos legales.

La humanización no es un gesto de cortesía ni un atributo personal; es una dimensión crítica de la calidad asistencial.

—¿Cuál es el verdadero desafío hoy?

El desafío actual no es solo científico, sino estructural. La ciencia provee evidencia; el tiempo clínico y el diseño organizacional permiten aplicarla respetando la singularidad de cada paciente.

Si las instituciones y los modelos de financiamiento no garantizan tiempo suficiente ni reconocen el trabajo cognitivo, la atención centrada en la persona seguirá siendo una aspiración teórica.

Solo mediante reformas que protejan el acto médico de las presiones de la productividad ciega podremos asegurar que la medicina conserve su esencia: un encuentro humano orientado al cuidado.

Para concluir nos hacemos una última pregunta y dejamos a todos pensando...

Tu organización, ¿está diseñando salud o simplemente procesando consultas? ■

1.- **Dra. Marta Paz**, médica nefróloga, especializada en glomerulopatía y trasplante. Gestión en salud. Medical advisor en Industria farmacéutica (<https://www.linkedin.com/in/marta-paz-888a4b104/>).

2.- **Dra. Sofía Paz**: Especialista en Gastroenterología Pediátrica, Formación en UNT y Hospital Garrahan. Experiencia en Endoscopia Digestiva (Hospital Posadas). Actualmente acompaña a familias en Maschwitz y Hospital Austral (Pilar), promoviendo una atención cercana y centrada en el paciente.

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



SABER en SALUD

Toda la información imprescindible sobre el Sistema de Salud en Argentina

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

ACTUALIZACIÓN DE LA ESTIMACIÓN DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA ASISTENCIAL CONTENIDA EN EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO) 2025

Esta presentación resume la actualización de “La estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO), del año 2025”, realizada en conjunto por los equipos de PROSANITY CONSULTING, de IPEGSA (Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud) y de la USAL (Universidad del Salvador. Facultad de Ciencias Médicas).



Por el Prof. Dr. Ernesto van der Kooy (*)

Hace quince años PROSANITY CONSULTING desarrolló la matriz original y se propuso realizar actualizaciones anuales, las que fueron oportunamente presentadas.

La valorización realizada se basa en el PMO vigente, como canasta de prestaciones, debiéndose remarcar que desde hace varios años se ha advertido que el PMO actual no cumple con los objetivos mínimos con que fuera creado (con el tiempo fue perdiendo esa legitimidad de origen al incorporarse prestaciones insuficientemente costo efectivas o prestaciones por leyes especiales, sin financiamiento específico) y que necesita una urgente revisión, sea de la canasta de prestaciones existente, analizando su costo efectividad o simplificándola y/o cambiar su abordaje a futuro, yendo a beneficios de prestaciones y servicios por líneas de cuidados, por niveles, etc.

Mientras exista esta canasta, que obliga a los agentes de salud regulados a brindarla, seguimos realizando la actualización que es esencial para los mismos y que es una referencia para todo el sistema, entendiendo también que debería ser elaborada por la estructura estatal regulatoria.

Antes de describir específicamente la investigación realizada, se ha creído conveniente enunciar en que contexto se ha realizado y como se observa al “Sistema de Salud” de nuestro país, sin perder de vista en el análisis, que, según nuestra Constitución, la salud constituye un derecho humano fundamental y su protección, en un sentido amplio, establece una responsabilidad elemental del Estado, en todas sus jurisdicciones.

A partir del cambio de gobierno en el 2023, el Ejecutivo Nacional comenzó a marcar un rumbo en los diferentes temas que hacen a la sociedad, en muchos casos con frenos y contrapesos puestos por los otros poderes del sistema republicano. Si bien en esta breve síntesis nos referimos fundamentalmente a lo que tiene que ver con el sector de la salud, las medidas aplicadas al sector no difieren, en la orientación, de aquellas abordados por el gobierno en otras áreas.

No se pueden negar los logros obtenidos con un descenso significativo en la inflación y un dólar relativamente estable. En el período analizado de julio 2024 a julio 2025, hubo que afrontar una inflación del 34,02% y una devaluación del dólar oficial del 42,6%, que impactó en los costos en salud.

No emerge como prioridad para el Gobierno ni para la población (en las encuestas), el tema de la salud. Sólo se hace visible frente a la aparición mediática de eventos (denuncias de fraudes, fentanilo, conflictos con el Garrahan, etc.) producto o de visibles impericias o de hechos delictivos aún hoy poco claros.

El sector viene reclamando (con poca determinación) a los sucesivos gobiernos nacionales que asuman a la salud como una de las prioridades esenciales, hecho no registrado por ninguno en los últimos años. Por el contrario, estamos en un proceso claro de declinación y decadencia del sector con una orientación y un derrotero muy marcado hacia el tipo de sistema de salud que se pretende para todo el país.

Las acciones que se han desarrollado desde la Nación a través de decretos o resoluciones son aplicadas sobre todo sobre el sector privado (que cubre a muy poca población), mientras aquellas destinadas a mejorar la calidad del sistema y su equidad para el 100% de la población, han sido trasladadas a las jurisdicciones y muchas desatendidas y abandonadas.

Debemos preguntarnos que se ha hecho frente a un incremento de enfermedades infectocontagiosas, tales como la tuberculosis, las ETS (sífilis, gonorrea, HIV, etc.) sarampión, enfermedades respiratorias agudas, hepatitis A, etc., que son producto de la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, y de dificultades de acceso al sistema de salud.

O que se ha hecho respecto a la vacunación, con disminución alarmante de las tasas de aplicación, sin que se note un impulso y una defensa lo suficientemente vigorosa de esta intervención preventiva esencial, desde los estamentos del Estado Nacional frente a los embates aún institucionales de sectores claramente antivacunas. Al mismo tiempo se niega con mucha frecuencia el impacto del medioambiente en la salud de las personas.

Todos estos elementos, entre muchos más, son graves peligros para la salud de la población en conjunto, no jurisdiccionales. Que la salud sea una responsabilidad constitucional provincial no es óbice para recordar que la Argentina es una sola y que la función de rectoría es patrimonio de la Nación y que la gobernanza es compartida entre todos, pero con coordinación nacional. Y si bien la pobreza y la desnutrición son determinantes sociales muy importantes, todo lo que se haga desde el sistema sanitario, por lo menos sirve para paliar la diferencia de igualdad y equidad del conjunto.

Una política de salud activa debe tender a amortiguar las diferencias de accesibilidad, oportunidad, recursos humanos, infraestructura y financieros entre las diferentes jurisdicciones y coordinar modelos de atención de la salud de impacto nacional.

Se visualiza cada vez más un aumento del gasto privado (de bolsillo y de seguros privados) a expensas del gasto estatal y de la seguridad social, lo que hace al sistema menos progresivo. La consigna del Gobierno Nacional y de su Ministerio de Salud ha sido el reordenamiento del sistema con pilares en la libre elección y la desregulación.

Es perfectamente conocido, porque representan los cimientos y sostenes de la Salud Pública, que es necesario regular en muchos ámbitos para asegurar calidad, y efectividad, tal cual lo hacen los sistemas de salud de los países que logran los mejores resultados poblacionales.

Las medidas inadecuadas de desregulación impactan gravemente en la calidad de los modelos. Son en general todas ideas alineadas con una visión de la salud resultado de una responsabilidad individual y no de la salud como resultado de una acción conjunta del Estado como garante y responsable de acciones globales para la población y el individuo como participante necesario en su propio cuidado.

Hay que marcar puntualmente acciones de valor como el PROMESA, y la auditoría y cierre de algunas Obras Sociales inviables, como un camino adecuado. Pero al mismo tiempo no se avanzó en la creación indispensable de la AGNET. El Gobierno Nacional en marzo 2025 comunicó la creación, mediante decreto del Poder Ejecutivo, de la Agencia Nacional de Evaluación de Financiamiento de Tecnologías Sanitarias (ANEFTS). Eso ha quedado en una simple y olvidada comunicación y como en casos anteriores (proyecto de leyes) bloqueado seguramente por intereses e influencias de mucho peso que actúan a contramano de los intereses de la población en conjunto.

La situación de los recursos humanos en salud y su formación ha sido relegada, acompañada por la reducción de presupuestos de las universidades públicas, o como en el caso de las residencias en medicina, enfermería y bioquímica, cuya potestad de realización fue trasladada a cada jurisdicción, atentando contra una formación homogénea y limitando nuevamente el rol articulador del Gobierno Nacional.

Los hospitales nacionales han ido perdiendo recursos muy calificados por las bajas remuneraciones, recursos que pasan al sector privado, donde de cualquier forma los honorarios también se encuentran depreciados, por lo que hay muchos cobros de copagos, y turnos atrasados en todos los subsectores.

La crisis de los recursos humanos, pilar de todo sistema de salud, impacta y mucho sobre la calidad de atención en el sistema. No se ha avanzado en certificaciones y recertificaciones de profesionales, ni en acreditación de establecimientos para mejorar calidad, también una política a impulsar desde la Nación junto a las provincias.

Parece haberse naturalizado que salud y educación son gastos de bolsillo dejando libradas a las personas a su suerte, y a pacientes y equipos de salud postergados u olvidados. Las personas se privan de otras cosas, para pagar educación de los hijos y salud.

El plan este yendo hacia lo esperado: provincias que se hagan cargo de la salud de sus habitantes con menores recursos disponibles, traspaso de las capitales más altas a los prepagos, su integración vertical, desaparición de obras sociales por recursos insuficientes, deterioro de la capacidad instalada institucional y del nivel de ingreso de los profesionales de la salud.

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

La evaluación integral de las políticas actuales seguramente se verá perfectamente delineada en los próximos años, donde se podrán mensurar resultados de impacto en indicadores poblacionales y la sostenibilidad de este enfoque en la rectoría sanitaria. No se soluciona el problema 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.

Nadie parece pensar o buscar una salida, y el mercado no lo hará, y queda un agotamiento moral y bajos salarios y honorarios de los

equipos de salud que sostienen un sistema, que aumenta su desigualdad y concentración en pocos actores ganadores. Este presente requiere muchas correcciones que no pueden esperar, reformas profundas y estratégicas para evitar el colapso definitivo del sistema. No parece que el camino elegido sea el mejor para lograrlo.

ACTUALIZACION 2025

Como siempre la investigación cumple con dos objetivos:

- 1) Determinar el valor de la canasta prestacional conocida como PMO a una fecha definida (31 de julio) de cada año.
- 2) Determinar a finales de julio de cada año en qué medida los agentes de salud regulados por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) e incluidos como entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro.

Los cambios acaecidos por los diferentes decretos promulgados en la materia durante el 2024 y 2025, han variado este año la determinación, al incorporarse como agentes directos del Seguro de Salud Obligatorio, varias EMP que atendían pacientes desregulados a través de Obras Sociales definidas. En todos los casos además se realizan comparaciones con años anteriores que permiten visualizar su evolución en el tiempo.

Siendo que la actualización se realiza usando indicadores de Obras Sociales Nacionales, es imprescindible remarcar que las Obras Sociales, cualquiera sea su origen, han profundizado sus dificultades para cubrir las prestaciones a las que están obligadas respecto al año anterior al depender de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los salarios, (que se han depreciado) a lo que se suma en las O.S. Nacionales los bajos ingresos de los monotributistas y de las empleadas de casas particulares. El impacto de los fenómenos desregulatorios y el pase a EMP de los mayores salarios, han potenciado las dificultades de las Obras Sociales Nacionales de origen.

Si en las actualizaciones anteriores marcábamos que con el aumento de los costos en salud era inviable tratar de abordar la totalidad de costos de atención de beneficiarios sólo con aportes y contribuciones, con lo antes expuesto surge claramente que el problema se ha potenciado. Como expresamos ya varias veces se hace imprescindible examinar esta situación. Pero no aparece aún como prioritario en las decisiones del gobierno.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología de investigación utilizada es la habitual desde el inicio del estudio; los parámetros considerados son las tasas o indicadores de uso y los precios de mercado. El valor resultante es exclusivamente el de las prestaciones listadas en el PMO, por lo que no incluye otros elementos tales como los costos de administración, por no contar con información fiable de los mismos, gastos bancarios, financieros, impositivos, etc.

El costo del PMO y sus indicadores han sido elaborados sobre la base exclusivamente de poblaciones activas, habiendo considerado como tales aquellas con rangos etarios entre 0 y 65 años, tanto para hombres como para mujeres. No se valoriza el PMO para mayores de 65 años, donde los indicadores difieren de los de este estudio, sobre todo en determinadas prestaciones. En esas edades los costos son superiores.

Los indicadores de uso y los precios considerados son de poblaciones de Obras Sociales Sindicales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Si bien la matriz elaborada es aplicable a todo el país, los indicadores y valores de mercado considerados corresponden a grandes poblaciones urbanas.

Se han actualizado todos los precios de los diferentes renglones según valores de mercado, a partir de una verificación que desde el inicio hacemos en financiadores, redes, prestadores, cámaras, etc. La amplia variabilidad que aún existe en algunos precios (ejemplo paradigmático el costo del egreso) puede hacer que los valores considerados en esta investigación no representen acabadamente y uniformemente la realidad.

COSEGUROS Y COPAGOS

Como fue explicitado en el análisis del 2024 es una herramienta creada oportunamente con el objetivo de actuar directamente sobre la demanda por servicios de salud, buscando reducir el uso de prestaciones de poco impacto sanitario o innecesarias y si bien actúa indirectamente en los costos, no ha sido pensada como financiador directo del sistema. Frente a determinada confusión respecto a los conceptos, aplicamos el siguiente criterio a este análisis.

COSEGURO: es un porcentaje del costo total de la prestación que el afiliado de una obra social o prepaga debe abonar al momento de la prestación, por ciertas prestaciones de salud. Un ejemplo paradigmático es el % que debe pagar el beneficiario al comprar un medicamento, del total del costo de este.

COPAGO: es un monto fijo preestablecido que el afiliado abona al momento de realizar una prestación, y que varía según de que tipo de prestación se trate. Un ejemplo es el monto fijo preestablecido que debe pagar para una consulta médica. El valor del copago, al ser fijo preestablecido, es conocido por el afiliado.

Si bien conoce el % del coseguro, no el valor en pesos, porque es un porcentaje del valor de una prestación de costo variable como son los medicamentos.

Hasta la promulgación de la resolución 1926/2024, existían una serie de prestaciones del PMO en las que la Obras Sociales Nacionales podían cobrar legalmente coseguros y/o copagos a los afiliados y otras con una cobertura obligatoria del 100%. Los montos máximos de los copagos y los % de los coseguros autorizados, los definía la SSSalud con ajustes cuya última actualización fue de marzo del 2024.

La Resolución 1926/2024 liberó los topes de los copagos pasibles de ser cobrados a los pacientes, en las prestaciones autorizadas, pues siguen existiendo como antes, un conjunto de prácticas que se encuentran exentas del cobro de coseguros /copagos a través de las diferentes normativas.

El copago es de uso exclusivo para beneficiarios de Obras Sociales y, la decisión de aplicarlos o no, es de cada agente del seguro de salud. Hoy en día, no todos los aplican total o parcialmente. A partir de la nueva resolución, los agentes del seguro de salud, incluidos dentro de la Ley 23.660, pueden fijar valores topes de copagos/coseguros debiendo los mismos ser informados a los beneficiarios y a la SSSalud con anticipación a su puesta en vigencia.

Asimismo, es importante aclarar que los copagos no son aplicables a las entidades de Medicina Prepaga. Ni para afiliados voluntarios ni para trabajadores que desregulan y que abonan adicionales a sus aportes. Las entidades de Medicina Prepaga están habilitadas a comercializar planes con copagos/coseguros dentro de su cartilla comercial y, dichos planes, deben estar autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud previo a su comercialización.

Creemos importante abordar la definición de otro pago que a veces hace el afiliado, no legalmente autorizado, pero que se ha impuesto y generalizado por el uso. Es el “plus”, cobro adicional, o arancel diferenciado. Es un monto extra o adicional cobrado por el profesional o institución que excede lo pactado con la obra social o prepaga. Se cobra por consultas a profesionales de la salud, y en forma creciente también por prácticas, extendiéndose a todo el país en diferentes magnitudes. Se le paga al profesional o a la institución al realizarse la prestación y es un elemento que ha incrementado de forma no claramente medible el costo de bolsillo de los beneficiarios.

La liberación del monto de los copagos para las Obras Sociales y la generalización del plus hace que la determinación de en qué medida gravita el pago de bolsillo como % del valor total del PMO es quimérica. No hay criterio uniforme entre las diferentes Obras Sociales y no hay forma de valorizar el peso del plus, sobre todo porque en muchos casos ni siquiera se emite factura por el mismo. Es por ello que se decidió retirar todos los gráficos comparativos donde aparece el coseguro/copago.

INDICADORES MODIFICADOS

Año a año seleccionamos prestaciones que conocemos van variando su utilización o por cambios epidemiológicos o por la aparición de nuevas tecnologías, y actualizamos sus tasas de uso, según la información recabada. Para el 2025 decidimos reanalizar:

a) DISCAPACIDAD

En el período actualizado (1 de agosto 2024 al 31 de julio 2025) los valores de las prestaciones aumentaron en promedio de agosto a diciembre 2024 inclusive, 7,8%, ponderando los aumentos adjudicados e incluyendo el del transporte.

Durante el 2025 y hasta la fecha de corte (31 de julio) no ha existido ningún incremento adicional. Del análisis de lo abonado mes a mes por el programa Integración surge que ha existido un incremento importante de la cantidad de prestaciones realizadas, en relación con las consideradas anteriormente, surgiendo un indicador de uso de 0,16021 prestaciones por beneficiario/año. El promedio por prestación nos arroja un valor de \$ 371.256, reducido respecto al año anterior, participando proporcionalmente las siguientes prestaciones: servicios-educativo-terapéuticos: 14,5%, servicios educativos: 47%, servicios asistenciales: 3%, servicios de rehabilitación: 20%, transporte: 15,5%.

b) MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO

Según los datos obtenidos de obras sociales, droguerías y mandatarias se ha modificado el indicador de uso de recetas que ha pasado de 3 recetas/beneficiario/año hasta el 2024 a 2,6 recetas por beneficiario/año. Las causas no son claras, aunque seguramente ha influido la situación económica de los sectores cubiertos. El porcentaje de cobertura promedio ponderada a cargo de los agentes de salud se encuentra en alrededor del 62%. El valor promedio por receta al 31 de julio 25 ha sido de \$ 42.850.

c) MEDICAMENTOS ESPECIALES

El indicador de medicamentos especiales (unidades dispensadas) se ha incrementado de 0,09400 a la actual de 0,12550 o sea un 24%.

PRECIOS: VACUNAS. MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO. MEDICAMENTOS ESPECIALES.

Es necesario aclarar algunos puntos esenciales referentes al precio en general de estos productos. En el caso de las vacunas consideradas en los programas preventivos, las mismas son en general provistas por el Estado Nacional por lo que su costo, si bien es parte de un PMO, no lo aporta el agente de salud. En el caso de los medicamentos, tanto sean ambulatorios como medicamentos especiales y de alto costo en nuestras determinaciones usamos el PVP (precio de venta al público).

Ahora bien, no sabemos a qué valor el financiador paga ese % a sus proveedores (mandatarias o droguerías) porque ese valor es variable según quien lo provea y la capacidad de negociación del financiador. Existe un porcentaje del valor que posiblemente no afronta el agente de salud y que impactaría en el valor del PMO. Con relación a los MACs/MAPs, insulinas etc. ocurre lo mismo.

El mercado de medicamentos de alto costo y especiales es un mercado que por sus características es difícil de cuantificar y el valor real de lo que se paga varía mucho según el laboratorio o droguería involucrada y el agente de salud. En este caso, entonces el valor verdadero del renglón en el PMO, pagado por los agentes de salud, es posiblemente menor a lo considerado.

Con el parámetro del PVP y comparando con el 2024, el precio promedio por unidad dispensada de medicamentos especiales aumentó un 46%, debiéndose remarcar que ese incremento es producto de la utilización de nuevos medicamentos, de un cambio de la frecuencia de uso de algunos existentes y además del aumento de precio que han padecido los medicamentos en el año.

PRÓTESIS

En este rubro se ha observado un incremento importante en costos, similar al incremento del dólar, pues se ha informado que todos los precios están atados a dólar oficial, aun las de origen nacional.

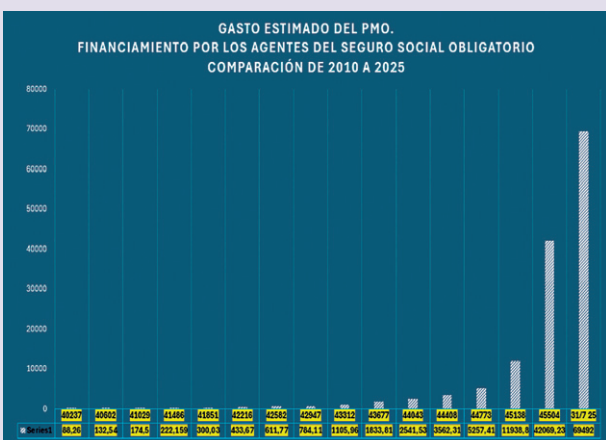
RESULTADOS DE LA ACTUALIZACION 2025

Se ha mantenido la distribución poblacional informada por la SSSalud a julio 2023. Consideramos como prioritario el valor del PMO que debe financiar cada Agente de Salud del Seguro Social Obligatorio (sin los copagos/coseguros que provee el beneficiario de su bolsillo). Al 31 de julio 2024 el valor resultante fue de \$ 42.069,23. En esta actualización (31 de julio 2025) el valor obtenido es de \$ 69.492 lo que significa un incremento interanual del 65%.

Mantenemos una estructura similar de gráficos que, en las ediciones anteriores, a fin de hacer más fácil la lectura comparativa. Sin embargo, se han tomado sólo los gráficos que comparan lo financiado por los agentes de salud, habiéndose ya explicado las dudas generadas en gastos de bolsillo de los afiliados por coseguros, copagos, plus, etc., como para tomar un valor de referencia y compararlos con años anteriores donde estaban regulados.

El Gráfico N° 1 compara los valores estimados del PMO a financiar por las obras sociales y EMP para las actualizaciones anuales realizadas entre 2010 y 2025. Como puede observarse, el costo del PMO a financiar por los agentes de salud, ha seguido una tendencia creciente desde el 2010 aumentando año a año como mínimo por encima del 25% y con un aumento sustancial de su tasa de crecimiento anual desde el 2014 donde se incrementó cada año en alrededor o por encima del 40%. En 2019 aumentó el 65,8%, el año 2020 38,5%, el año 2021 40,2%, el año 2022 el 48%. Entre el 2020 y el 2022 muy influidos por la pandemia, por tres años consecutivos el costo del PMO fue inferior a la inflación determinada para igual período por el INDEC, aunque siempre en un contexto de altísimo incremento interanual. EL año 2024 el aumento del PMO ha sido del 252%, y en el 2025 del 65%.

GRÁFICO N° 1



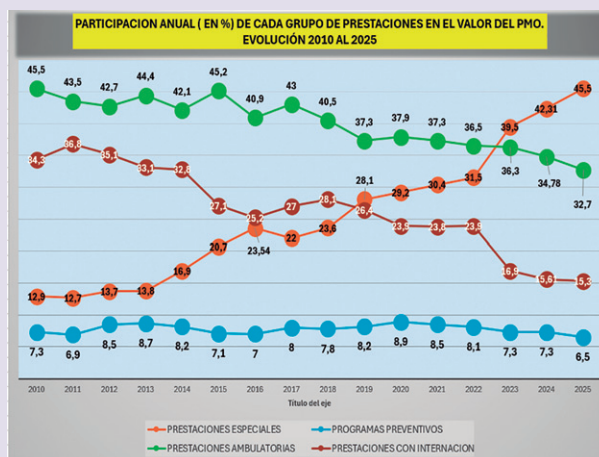
En la Tabla N° 1 se puede ver que el mayor incremento, como en años anteriores, se verifica en las prestaciones especiales. Se observa también, después de varias actualizaciones, que las prestaciones con internación se acercaron bastante al valor global del PMO y por encima de la inflación y del incremento del dólar.

El Gráfico N° 2 muestra la evolución en el tiempo de los diferentes grupos de prácticas con una caída lenta de las prestaciones ambulatorias, un declive constante y muy marcado en internación desde el 2010 (casi 20 puntos) una meseta en programas preventivos (aunque por primera vez debajo del 7%) y un fuerte incremento en las prestaciones especiales que han pasado de un 12,9% en 2010 al 45,5% en 2025.

TABLA N° 1

GRUPOS DE PRESTACIONES INCREMENTO DE VALOR SIN COSEGUROS			
DESCRIPCIÓN	JULIO DE 2024	JULIO DE 2025	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 3.072,08	\$ 4522	47%
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 14.829,29	\$ 22750	55%
PRESTACIONES CON INTERNACIÓN	\$ 6.568,54	\$ 10568	61%
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 17.799,32	\$ 31652	78%
TOTAL COSTO PMO	\$ 42.069,23	\$ 69492	65%

GRÁFICO N° 2



El rubro "Prestaciones Especiales" ha crecido un 78% desde el 2024. Si analizamos uno a uno los rubros incorporados en el grupo: ambulancias, traslados y emergencias se ha incrementado en un 70%, prótesis, ortesis e implantes en un 33%, discapacitados 70%, medicamentos especiales un 96% y el rubro diabetes (Insulinas, accesorios, análogos de GIp1, etc.) 71%. Del total de prestaciones especiales los medicamentos especiales representan un 51%. Junto a ambulancias, traslados y emergencias, discapacidad y diabetes, representan el 90% del rubro y medicamentos especiales y diabetes en conjunto el 65% del rubro prestaciones especiales, y cerca del 30% del todo el PMO. Los medicamentos especiales representan ya el 23% del valor total del PMO. El rubro diabetes el 6% del valor del PMO.

COMPARACIÓN ENTRE EL VALOR DEL PMO Y LA RECAUDACIÓN DE LAS OSN

En este apartado cumplimos el segundo objetivo del proceso de actualización. Se busca comparar el valor del PMO financiado por los agentes de salud, actualizado en este caso al 31 de julio de 2025 (\$ 69.492 sin gastos de administración) con la recaudación promedio por cada beneficiario del universo de OSN.

Recordamos que con el decreto desregulatorio las EMP que así lo decidieron, actúan como agentes de salud pudiendo recibir directamente los aportes y contribuciones de los afiliados que las eligen sin pasar esos aportes a través de una tercera obra social. O sea que las EMP a los fines de esta exposición y análisis comparativo se suman al universo de las OSN analizadas. De acuerdo con los datos de la SSSalud sobre número de beneficiarios y ARCA respecto a recaudación por aportes y contribuciones, el promedio del sistema tomado a julio 2025, es de \$ 54.644,65 (lo que representa un 79 % del valor del PMO).

GRÁFICO N° 3

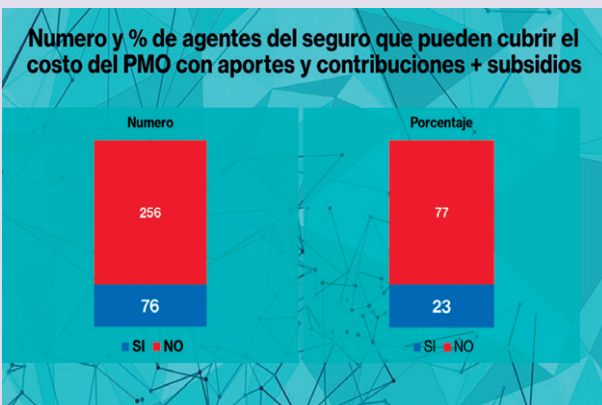


Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, (Sobre 332 OSN y EMP) al desagregar dicha información por Agente de Salud vemos que solamente un 21% de dichas instituciones (70 OSN y EMP) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 79% restante (262 OSN y EMP) no alcanza el valor del PMO (Gráfico N° 3).

En términos de beneficiarios, las OSN y EMP que superan con su cápita promedio el valor del PMO, dan cobertura solamente al 20,5% de los mismos mientras las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 79,5% de los beneficiarios del sistema.

En el Gráfico N° 4 se consideran además los ingresos provenientes de los subsidios y reintegros. Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, subsidios y reintegros (Sobre 332 OSN y EMP) al desagregar dicha información por OS vemos que un 23% de dichas instituciones (76 OSN y EMP) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 77% restante (266 OSN y EMP) no alcanza el valor del PMO.

GRÁFICO N° 4

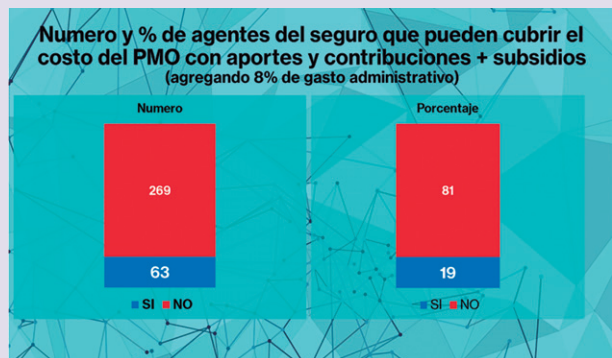


En términos de beneficiarios, las OSN y EMP que superan con su cápita promedio el valor del PMO dan cobertura solamente al 22% de los mismos mientras las Obras Sociales y EMP que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 78% de los beneficiarios del sistema.

Si bien, como habitualmente explicamos el costo del PMO no considera los gastos de administración por las serias dificultades en acceder a los mismos, se hizo en este apartado una simulación cuyo objetivo es determinar qué cantidad de Obras Sociales y EMP estarían en condiciones de cubrirlo si tuvieran como gasto de administración un 8%, máximo teóricamente permitido. Observamos que baja a 63 (19%) el número de agentes de salud en condiciones de cubrir un PMO (Gráfico N° 5).

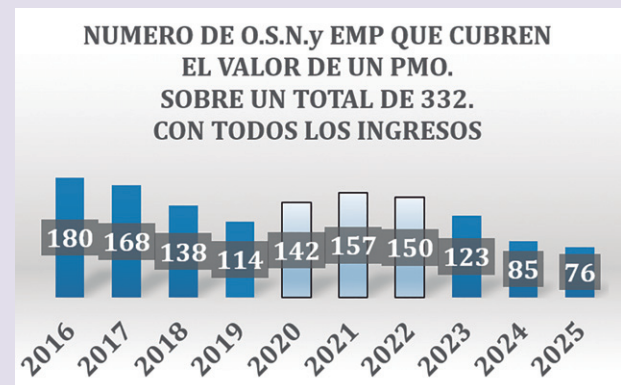
Este año analizado (julio 24 a julio 25) el costo del PMO obtenido, alcanza un valor importante por encima de la inflación. Se vuelve a lo acaecido antes de la pandemia. Entre Obras Sociales y EMP, nueve más no han podido cubrir el PMO respecto al 2024.

GRÁFICO N° 5



En el Gráfico N° 6 los tres años con aportes extraordinarios (COVID) se han destacado en un color diferente. Debe hacerse notar que los mecanismos con que cuenta el FSR para lograr solidaridad interinstitucional son cada día menos eficientes. En el año 2024 al sumar los ingresos por subsidios y reintegros pasaban a cubrir el PMO de 71 a 85 Obras Sociales, y 660.000 beneficiarios más. En el 2025, cubre a alrededor de 200.000 afiliados más, lo que representa apenas 6 agentes de salud más.

GRÁFICO N° 6



El FSR representa alrededor del 15,8% de los fondos que ingresan al sistema por aportes y contribuciones y su distribución a junio del 25 fue aproximadamente la siguiente: Integración: 65%, Subsidios de distribución automática 37%, para el Sur/Surge 1,5% y para la SSSalud el 4,5%. Déficit cercano al 8%. (Fuente SSSalud). Del análisis de estos datos surge que los mecanismos de redistribución del FSR, no satisfacen los objetivos de solidaridad interinstitucional con que han sido creados. Su corrección es otra asignatura pendiente.

CONCLUSIONES

Este trabajo corresponde a la decimoquinta actualización de la "Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el PMO", a partir del documento metodológico original correspondiente al año 2010. Ha sido realizado en conjunto entre PROSANTY CONSULTING, IPEGSA y la USAL.

Conocer los valores de las prestaciones que conforman el PMO es primordial y básico. Es una referencia que permite a cada Obra Social/EMP estimar la posible carga financiera que tiene que afrontar para brindar las prestaciones incluidas en el PMO, a las que está obligada.

Han sido analizadas otras fórmulas que han pretendido sustituir a la que desarrollamos, o presentaciones que mostraban mecanismos que permitían una actualización prácticamente automática. Los resultados que logran están muy alejados de la realidad que se observa en la gestión cotidiana, por lo que no han sido prácticamente utilizadas.

Aun la que usamos nosotros para actualizar en tiempos de alta inflación, tienen diferencias significativas en más o en menos respecto a esta metodología. Como se ha referido anteriormente la metodología utilizada obliga a un trabajo muy arduo de recopilación y a contar con información relevante.

La sistemática de trabajo precisa relevar las tasas de uso o indicadores de uso de todas las prestaciones y actualizarlas periódicamente. Otras fórmulas toman indicadores globales no atados al consumo prestacional. La técnica de análisis y actualización es compleja, lo que hace muy dificultoso replicarla con mayor periodicidad.

A pesar de los esfuerzos realizados, aún no la hemos podido elaborar en forma regional. Hemos iniciado durante el 2023/24 el análisis en algunas Obras Sociales Provinciales, pero ha sido muy difícil continuar con el mismo, en general por cambios en las gestiones de las organizaciones, y el desplazamiento de personas que colaboraban con nosotros.

Los ingresos de las diferentes Obras Sociales/EMP difieren sustancialmente entre ellas, tal cual puede visualizarse en esta investigación y más allá de los mecanismos de compensación existentes (que por su ineficacia hay que repensar), muchas no alcanzan el piso mínimo para lograr cubrir la canasta.

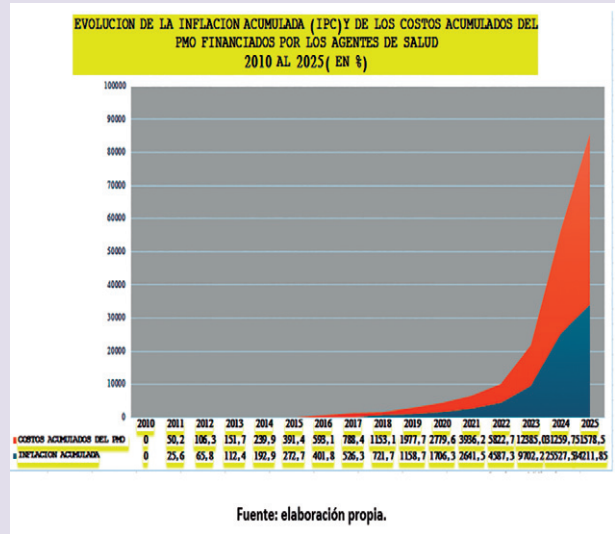
Los Seguros de Salud Obligatorios, cuyos ingresos son un porcentaje de los salarios (aportes y contribuciones), se vienen deteriorando año a año en relación con la evolución del costo de las prestaciones y al aumento de la inflación, y si no lo han hecho más del año 20 al 22 inclusive, es porque existieron aportes especiales provenientes de la SSSalud. Pero este año de análisis, con financiamiento de aportes y contribuciones y los proveniente del F.S.R. (que también surge de los aportes y contribuciones) notamos una nueva declinación sustancial del subsistema.

El sector del Seguro Social Obligatorio, columna vertebral de nuestro sistema de Salud, no tiene ingresos para seguir cubriendo la

totalidad de prestaciones de la canasta conocida como PMO. Lo venimos repitiendo año a año y cada vez se ahonda el problema.

En el Gráfico N° 7 se observa claramente la evolución del Costo del PMO y de la inflación (considerando únicamente la Parte del PMO financiada por los Agentes de Salud). Este gráfico ha sido realizado consolidando todos los informes plasmados desde el 2010, en forma acumulada, tomando el año 2010 como base cero, en el caso del costo de las prestaciones y la inflación acumulada basada en los informes de consultoras y el Congreso de la Nación hasta 2016 y luego del IPC oficial.

GRÁFICO N° 7



Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

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



Seguinos en:

@RevistaMedicos @revista_medicos

Revista Médicos Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar

“Según el análisis que hacemos en este trabajo para el 2025, el ingreso per cápita promedio para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en \$ 54.644,65 (lo que representa el 79% del valor del PMO) debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones durante el mes de julio 2025.”

Se observa que para una inflación acumulada del 34.212% al 2025, se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 51.578% al mismo año. Es decir que en 15 años el valor del PMO ha superado holgadamente a la inflación, en casi 17.300%.

Debe tenerse en cuenta que en los tres períodos marcados especialmente (20/21/22) los costos del PMO fueron inferiores a la inflación informada, lo que acercó las curvas. Desde el 2023 volvieron a separarse y este año 2025 supera en más del 30% a la inflación informada por IPC.

Considerando solamente lo que financian los agentes del seguro de salud, el PMO se ha incrementado en el período (24/25) en un 65%. Por lo explicado anteriormente de coseguos, copagos y plus, es sumamente dificultoso saber cuál es el gasto de bolsillo y en qué porcentaje incide en el valor total de un PMO.

El aporte promedio como gasto de bolsillo para el 2024 representaba entre un 10 y un 13% del costo total del PMO siempre considerando hasta allí que los medicamentos ambulatorios son el aporte sustancial del gasto de bolsillo que hacen los usuarios (38% del precio de medicamentos a PVP).

Solo queremos agregar que los mecanismos solidarios tendientes a mejorar la equidad dentro del Seguro de Salud Obligatorio siguen perdiendo relevancia año a año, marcándose cada vez más las diferentes capacidades financieras existentes entre las diferentes instituciones, más ahora con el advenimiento de EMP como actores directos del sistema.

Se vuelve a remarcar que el rubro medicamentos es el que sigue concentrando el mayor interés, por su peso en el PMO y por su evolución. Los medicamentos especiales una vez más se colocan por encima del incremento del propio PMO. Algunos medicamentos, tomados individualmente, han superado sobradamente ese porcentaje global de incremento.

“Si incluimos todos los ingresos adicionales provenientes del FSR (subsidios y reintegros) sólo el 23% de las OOSS y EMP (22% de beneficiarios) tienen los fondos suficientes para cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.”

TABLA N° 2

INCIDENCIA DE LOS MEDICAMENTOS EN EL COSTO DEL PMO 2025				ANTES 44%
CONCEPTO	CÁPITA	EST RELAT	OBSERVACIONES	COSEGA FIL
INMUNIZACIONES	\$ 1.811,33	6,1%	PVP	
LECHE MEDICAM	\$ 87,78	0,3%	PVP	
MDA	\$ 5.756,18	19,3%	PVP	\$ 3.527,98
M+MD EN INTERN	\$ 1.459,31	4,9%	INCIDENCIA 15% DEL COSTO EGRESO	
MAC	\$ 16.238,13	54,5%	PVP	
DIABETES	\$ 4.452,68	14,9%	PVP	
TOTAL	\$ 29.805,42	100,0%		\$ 3.527,98
INCID S/PMO S/COSEG		43%		
INCID S/PMO S/COSEG MAC + DIAB		30%		

Se puede ver en la TABLA N° 2 en la que se analiza actualizado a julio 2025, el peso de los medicamentos en cada grupo de prestaciones del PMO, y su impacto final.

De esa misma tabla surge que los medicamentos en ambulatorio MDA (el 62% que paga el financiador) representan el 8% del costo del PMO global y el 19,3% del gasto en medicamentos del PMO. Los medicamentos especiales más diabetes insulínica independiente el 30% del costo total del PMO y el 69% del gasto en medicamentos del mismo.

Sumando todos los medicamentos (sin considerar lo que paga de su bolsillo el beneficiario en lo ambulatorio, sólo lo que paga el financiador) los medicamentos representan el 43% del costo del PMO.

Según el análisis que hacemos en este trabajo para el 2025, el ingreso per cápita promedio para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en \$ 54.644,65 (lo que representa el 79% del valor del PMO) debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones durante el mes de julio 2025. Ello da como resultado que con estos aportes solo un 21% de las OOSS y EMP (20,5% de los beneficiarios) tienen la posibilidad de cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Si incluimos todos los ingresos adicionales provenientes del FSR (subsidios y reintegros) sólo el 23% de las OOSS y EMP (22% de beneficiarios) tienen los fondos suficientes para cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Véase como año a año los mecanismos de redistribución impactan menos en la posibilidad de mayor cobertura de OSN. Sólo 6 Obras Sociales y EMP y 200.000 beneficiarios más del sistema acceden a la cobertura del PMO luego de aplicar subsidios y reintegros.

Una referencia especial al análisis del PMO y al sector privado prestador. Si bien, en el análisis desde hace años remarcamos que dicho sector (sobre todo establecimientos de agudos y profesionales) está financiando parte del desfase con sus bajos ingresos, en este año debemos señalar un fenómeno muy marcado, que es el traslado de costos del sistema a los beneficiarios, con un gasto cada vez mayor de bolsillo, muy difícilmente medible, pero muy claro a la luz de la generalización de los plus, en consultas y también en muchas prácticas, que se acompaña de la dificultad de acceso a turnos en los tres subsistemas. El que no puede acceder (y no puede pagar extra) pierde la oportunidad en su tratamiento. Los impactos negativos en la calidad de los servicios son muy marcados. Los resultados en la salud poblacional serán patrimonio de análisis epidemiológicos a futuro. ■

(*). Especialista en administración de Establecimientos de Salud. Máster en Dirección de Empresas. Universidad del Salvador – Universidad de Deusto (España). Presidente de Prosanity S.A. Consultora de Salud. Profesor Titular de la Cátedra de Estudios de los Sistemas y Organizaciones Sanitarias – USAL. Director de la Maestría en Gestión en Salud. Facultad de Medicina. Universidad del Salvador (USAL)

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

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

HÁBITOS DE VIDA Y PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA COMUNITARIA

Por Sofía Trojanowski, Karina Zabala, Miriam Del Rio, Néstor Vázquez y Edith Labos

El aumento de la expectativa de vida trae consigo un crecimiento sostenido de las enfermedades neurodegenerativas, entre ellas las demencias. En este contexto, comprender cómo la población adulta incorpora hábitos vinculados a la salud cerebral resulta clave para diseñar estrategias de prevención.

Este trabajo presenta los resultados de una encuesta administrada a 1.100 personas de entre 25 y 86 años, cuyo objetivo fue describir conductas y estilos de vida asociados a cinco ejes preventivos: actividad física, alimentación, calidad del sueño, interacción social y actividad cognitiva.

Los hallazgos muestran una población con altos niveles de participación social y cognitiva, pero con áreas vulnerables en relación con la dieta, el descanso y la intensidad de la actividad física.

Se identificaron asociaciones significativas entre la práctica de ejercicio y la sensación de descanso al despertar, así como entre una dieta saludable y mejor calidad de sueño. Estos resultados sugieren oportunidades concretas para orientar acciones de promoción de la salud cerebral en distintos grupos etarios.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional plantea uno de los principales desafíos sanitarios de las próximas décadas. Aunque múltiples factores biológicos y contextuales influyen en el riesgo de desarrollar demencia, existe consenso en que ciertos hábitos modificables pueden contribuir a preservar la función cognitiva a lo largo de la vida. Entre ellos se destacan la actividad física, la alimentación saludable, un sueño adecuado, la interacción social y la actividad cognitiva regular.

Si bien estos ejes han sido ampliamente estudiados, es menos frecuente contar con datos locales que describan cómo estas prácticas se manifiestan en la población general. Con este propósito, se aplicó una encuesta destinada a relevar hábitos cotidianos vinculados a la salud cerebral en adultos argentinos de diversas edades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participaron 1.100 personas (825 mujeres y 275 varones), de 25 a 86 años. Para garantizar un funcionamiento cognitivo típico, se aplicaron pruebas breves de memoria, evaluación de actividades de la vida diaria y el Mini-Mental State Examination (MMSE) como criterios de inclusión.

Para el análisis se segmentó la muestra según la edad en 3 grupos: adultos jóvenes 25 a 44 años (54%), adultos mayores 45 a 74 años (43%) y mayores de 75 años (3%).

La encuesta -de elaboración propia y administrada presencialmente entre 2022 y 2023 en la Ciudad de Buenos Aires- abarcó cinco ejes: actividad física, hábitos alimentarios, calidad del sueño, interacción social y actividad cognitiva. Las respuestas fueron analizadas con estadísticas descriptivas y pruebas de asociación para variables categóricas (chi-cuadrado y Fisher).

RESULTADOS

1.- Actividad física

El 68.7% realiza actividad física regularmente, aunque la mitad lo hace con intensidad baja. (Figura 1). Se observó una asociación significativa entre realizar ejercicio y sentirse más descansado al despertar ($p < .001$). (Tabla 1). No se hallaron diferencias por edad.

Figura 1 : Actividad física según intensidad



Tabla 1: Actividad física y sensación de descanso / cansancio al despertar

	Si AF	No AF	Sig.
Muy descansado	290 (38,30%)	80 (21,20%)	<.001
Algo somnoliento	440 (58,23%)	237 (68,82%)	
No descansó	26 (3,47%)	27 (7,98%)	

AF: Actividad física

2.- Alimentación

Aunque el 62.3% considera que sigue una dieta saludable, los hábitos declarados muestran frecuentes consumos de alimentos poco beneficiosos para la salud cerebral: carnes rojas: 53.6% más de 2 veces/semana, golosinas y snacks: 55.7% hasta 2 veces/semana, comida rápida: 51.8% hasta 2 veces/semana. (Figura 2)

Solo el 48% consume suficiente agua. Un 20% no consume agua. El 36% refiere sobrepeso. Se encontró una fuerte asociación entre una dieta saludable y mayor sensación de descanso ($p < .001$). (Tabla 2)

Figura 2: Dieta saludable



Tabla 2: Asociación entre la dieta saludable y descanso/cansancio al despertar

	Si DS	No DS
Muy descansado	288 (70,29%)	81 (11,77%)
Algo somnoliento	113 (27,48%)	564 (71,78%)
No descansó	9 (2,24%)	45 (6,45%)

DS: Dieta Saludable

3.- Sueño

El 61% se siente somnoliento al despertar y solo 34% se considera bien descansado. (Figura 3). El 30% duerme siesta y 37.7% refiere despertares nocturnos con dificultad para volver a dormirse. El uso de medicación para dormir aumenta significativamente con la edad, llegando al 41.6% en mayores de 75 años (Tabla 3).

Figura 3: Descanso al despertar

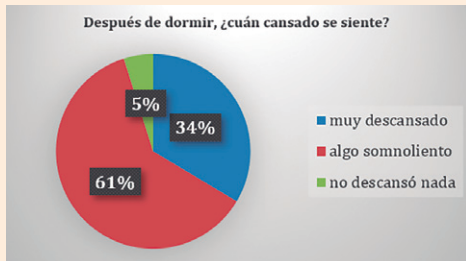


Tabla 3: Asociación entre medicación para dormir y edad

	25-44 años	45-74 años	+75 años	Sig.
Toma medicación	4(0,66%)	47(9,86%)	13(41,66%)	<.001
No toma medicación	565(95,56%)	393(82,19%)	10(33,33%)	
Toma ocasionalmente	22(3,77%)	38(7,94%)	8(25%)	

4.- Interacción social

Los niveles de sociabilidad fueron muy altos: el 85.4% participa en actividades sociales, el 83.8% se reúne semanalmente con familia o amigos y el 97.6% utiliza redes sociales.

Estas conductas se consideran factores protectores asociados a mayor reserva cognitiva.

5.- Actividad cognitiva

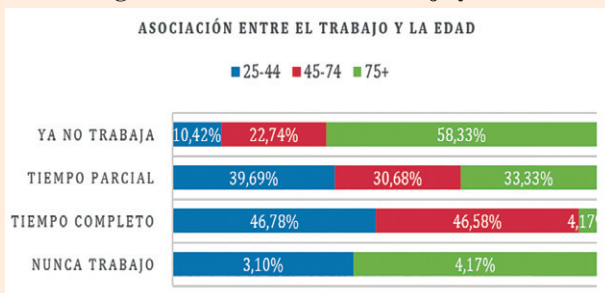
El 76.3% realiza actividades de lectura y el 40.7% asiste a eventos culturales al menos una vez al mes.

El 81% dispone de más de una hora de tiempo libre para actividades cognitivas.

6.- Actividad laboral

El 45.5% trabaja tiempo completo y 35.6%, tiempo parcial. Entre los mayores de 75, un tercio continúa con actividad laboral parcial. (Figura 4)

Figura 4: Asociación entre trabajo y edad



Si bien estos ejes han sido ampliamente estudiados, es menos frecuente contar con datos locales que describan cómo estas prácticas se manifiestan en la población general. Con este propósito, se aplicó una encuesta destinada a relevar hábitos cotidianos vinculados a la salud cerebral en adultos argentinos de diversas edades.



DISCUSIÓN

Los resultados permiten trazar un panorama del estilo de vida de adultos urbanos y su potencial impacto en la salud cerebral. En términos positivos, se observan altos niveles de interacción social y participación cognitiva, factores reconocidos por su rol en la estimulación de redes cerebrales y la construcción de reserva cognitiva.

Sin embargo, se identifican tres áreas vulnerables:

- 1. Actividad física insuficiente:** aunque la mayoría realiza ejercicio, gran parte lo hace con intensidad baja, por debajo de lo recomendado para efectos neuroprotectores.
- 2. Dieta no óptima:** la autopercepción de alimentación saludable no coincide con la frecuencia real de consumo de alimentos proinflamatorios o asociados a riesgo cardiovascular.
- 3. Calidad del sueño:** un tercio de los participantes refiere no descansar adecuadamente y el uso de medicación aumenta con la edad, lo que puede relacionarse con impacto cognitivo a largo plazo.

La presencia de estas conductas sugiere una exposición potencial a factores como hipertensión, obesidad, estrés oxidativo y dislipidemia, que podrían aumentar el riesgo de deterioro cognitivo en el futuro.

Por otro lado, la alta participación social y cognitiva constituye un aspecto protector, especialmente relevante en población adulta joven, donde puede contribuir al desarrollo temprano de reserva cognitiva.

CONCLUSIONES

Los resultados destacan la importancia de promover hábitos de vida más saludables, especialmente en torno a la alimentación, el sueño y la actividad física. Estos ejes deberían abordarse mediante campañas de educación para la salud, intervenciones comunitarias y recomendaciones personalizadas para distintos grupos etarios.

El estudio muestra que la población encuestada dispone de hábitos protectores valiosos, como la lectura, la participación cultural y los vínculos sociales activos, pero también revela comportamientos que podrían corregirse para reducir riesgos futuros.

Finalmente, los datos sirven como base para futuras líneas de trabajo que incluyan intervenciones de promoción de la salud cerebral, evaluaciones longitudinales y la incorporación de marcadores cognitivos más específicos. ■

(*) Área de Docencia e Investigación en el Adulto. Instituto de Salud Pública y Medicina Preventiva. UBA

BANCO DE MEDICAMENTOS: UNA OPCIÓN EFICIENTE PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS (SEGUNDA PARTE)



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León ⁽¹⁾, la CPN. Andrea Lange ⁽²⁾ y la Farm. Alicia Ávila ⁽³⁾

En la edición pasada de esta misma revista comentamos una nueva opción para la adquisición de medicamentos en el sector público que venimos implementando en el Hospital Central Dr. Ramón Carrillo de San Luis desde el primero de enero del 2025. Describimos de que se trata el banco de medicamentos, como lo implementamos y mencionamos los beneficios respecto a formas tradicionales de compra de medicamentos.

En el presente artículo mostraremos algunos de los resultados alcanzados después de un año de implementación de este modelo que consideramos muy exitoso.

Disminución del gasto global en medicamentos

Del análisis realizado se verificó un menor gasto global de medicamentos comparados con los dos años previos en donde se compraba a través de mecanismos tradicionales (Licitaciones, públicas, privadas, compulsas, etc.).

En resumen, en términos reales el gasto ajustado por IPC Salud bajó 9% vs. 2023 y 25% vs. 2024. La reducción es doblemente significativa considerando que en 2025 hay mayor volumen de atenciones y se incorporaron medicamentos de alto costo para trasplante renal, corneas, etc.

Esto se debió a la modalidad de compra por consignación. El proveedor deja medicamentos y productos médicos e insumos en el hospital sin compra inmediata. Se factura lo consumido y se paga por ello. Esta modalidad es mucho más precisa en la planificación y estimación de las necesidades de medicamentos. Se compra solo lo necesario.

Mejoras en la gestión de stock

Desde el punto de vista de gestión de stock, se cumplieron todos los objetivos planteados al momento de creación del banco de medicamentos e insumos en cuanto a la optimización del abastecimiento y del inventario, sin afectar la continuidad del tratamiento de los pacientes:

- Se optimizó el abastecimiento: menor volumen, mayor frecuencia, mayor agilidad.
- Se redujo el stock inmovilizado.
- Aumentó el índice de rotación.
- Se fortaleció el control de stock y de vencimientos.

A partir de la implementación y hasta fin de diciembre 2025, se realizaron a través del Banco de Medicamentos 572 pedidos de productos médicos y 655 pedidos de medicamentos.

El valor monetario del inventario global (a precio de última compra) disminuyó en un 23% en el período diciembre 2024- diciembre 2025. En el mismo período el número de unidades almacenadas disminuyó un 65%.

Durante el 2025 se incorporaron nuevos medicamentos de alto costo de uso en pacientes trasplantados y/o pacientes críticos, lo cual modificó la estructura de la zona A de Pareto.

En la comparación de enero 2025 (período pre-implementación) vs diciembre 2025, la cantidad de ítems clasificados en la zona A del análisis de Pareto se redujo de 171 a 47, es decir que una menor cantidad de ítems representaron el 80% del valor del inventario.

Por otra parte, el número de unidades totales del inventario de medicamentos se redujo en un 70,46% mientras que el costo (a valor de precio de última compra) se redujo en un 40,91%.

La reducción del valor del inventario de medicamentos, aún con la incorporación de medicamentos de mayor costo, se explica por una gestión más eficiente de la zona A de Pareto, con un stock basado en consumos, rotación y criticidad.

Al 31 de diciembre de 2025 ya se han incorporado al sistema de Banco el 81% de los productos médicos y el 91,3% de los medicamentos de uso habitual en el hospital.

Otros logros

No hubo desabastecimientos de ningún ítem de medicamentos o insumos médicos ni demoras en las entregas. Tampoco hubo ningún medicamento vencido.

Conclusiones

El sistema de compra de medicamentos e insumos médicos que denominamos banco de medicamentos es una innovación para el sector público mucho más eficiente que la compra por modelos tradicionales. Este modelo puede ser replicado para compras centralizadas desde los niveles centrales de los Ministerios de Salud provinciales cuando los hospitales no tienen autonomía en las compras. ■

(1) Director General del Hospital Dr Ramón Carrillo de San Luis. Presidente del Grupo PAIS.

(2) Directora Contable Financiera del Hospital Ramón Carrillo de San Luis.

(3) Directora de Farmacia del Hospital Ramon Carrillo de San Luis.



Tu tranquilidad es nuestro propósito

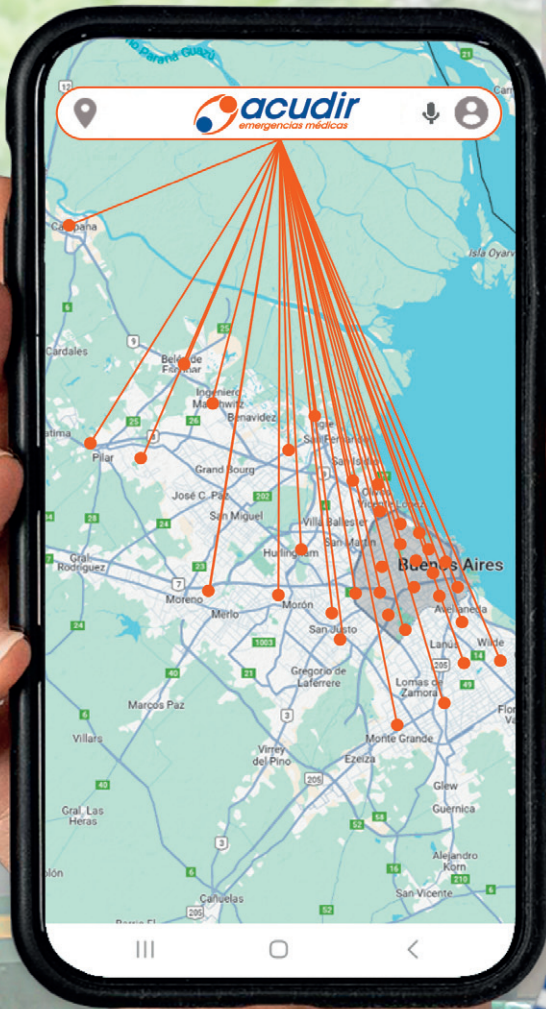
Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



www.scienza.com



acudir
emergencias médicas



Continuamos
ampliando
la estructura.

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

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



www.acudireemergencias.com.ar



acudir
emergencias médicas
La calidad es nuestra actitud.