

AÑO XXVII - N° 146 - MAYO 2025 - WWW.REVISTAMEDICOS.AR

Mé[●]dicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida



27
ANIVERSARIO

Acompañarte
es siempre
el **mejor plan**

GALENO

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800 222 SALUD (72583) - WWW.SSSALUD.GOV.AR.
LEY 26.682 SOLICITUD INSCRIPCIÓN N1285 DERECHOS RESERVADOS EXPEDIENTE 2000.717/12



Valorología

En SanCor Salud impulsamos nuevas especialidades que le hacen bien a tu salud.



SanCorSalud

Grupo de Medicina Privada

La buena salud es todo

Conocenos en **sancorsalud.com.ar**



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

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA_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)

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.

COLUMNA
¿CÓMO SE AFRONTAN LOS AVANCES TECNOLÓGICOS EN MEDICINA?

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

6
OPINIÓN
IMPPLICANCIAS DEL FINANCIAMIENTO DEL FMI Y LA LIBERACIÓN CAMBIARIA EN EL SECTOR SALUD ARGENTINO

Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario

8
DEBATE
AGENCIA... ¿QUÉ AGENCIA?

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

10
VOCES
EL CAMINO QUE NOS MARCÓ FRANCISCO I

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

12
OPINIÓN
TENDENCIAS EN SALUD 2025: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN LA INNOVACIÓN MÉDICA

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

14
VOCES
MÁS ALLÁ DE LA FIRMA: HUMANIZANDO EL ACTO DE SUSCRIPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

16
OPINIÓN
UNA INICIATIVA POSITIVA: LA AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE FINANCIAMIENTO DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (ANEFITS)

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

18
OPINIÓN
TOMA DE DECISIONES: LOS CURSOS DE ACCIÓN

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

20
COLUMNA
EL PAPEL DE LA TELEMEDICINA EN LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

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

22
COLUMNA
LA HISTORIA EN PRESENTE PERPETUO: A CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA

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

24
PRIMERA PLANA
HIMSS 2025: LO QUE DEJÓ LA MAYOR FERIA DE TECNOLOGÍA EN SALUD

Por el Dr. Federico Agustín Pedernera - Médico y MBA. Cofundador de Recetario RCTA y de Epicrisis HCE

26
OPINIÓN
DEMOGRAFÍA EN REVERSA: CÓMO EL DESCENSO DE LA NATALIDAD Y EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL PONEN EN JAQUE A LOS SISTEMAS DE SALUD SOLIDARIOS

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

30
OPINIÓN
8 DE MAYO DE 1945

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

32
COLUMNA
COMPETENCIA REGULADA O DESREGULACIÓN NATURAL

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

34
OPINIÓN
ARQUITECTURA DE UNA SALUD UNIVERSAL

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

38
OPINIÓN
LA DESREGULACIÓN DE LA REGULACIÓN

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

40
DEBATE
DESREGULACIONES EN EL MERCADO DE MEDICAMENTOS Y SU IMPACTO SOCIAL

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

42
COLUMNA
LA VEJEZ

Por el Prof. Dr. Néstor R. Vázquez - Médico Neurólogo - Jefe del Dpto. de Salud Pública - Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires

44
OPINIÓN
LA ALETA CAUDAL - LA METAMORFOSIS DE LA COLA

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - MD - MSc - PhD - Universidad de Buenos Aires

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.

A man with a beard and tattoos, wearing a blue and black patterned t-shirt and black pants, is sitting in a wheelchair in a gym. He is holding a blue paddle. The background shows gym equipment and a blue floor.

“Gracias a
los médicos
soy medallista
paralímpico”



Mirá la historia
de Mauro Depergola.

En el momento de la verdad.

osde

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

¿CÓMO SE AFRONTAN LOS AVANCES TECNOLÓGICOS EN MEDICINA?



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Desde la década del 50 las autoridades de protección social de todos los países se dedicaron a discutir sobre la manera de resolver los costos crecientes de la atención médica. Recordemos que la 2^a Guerra Mundial había concluido a mediados de 1945, que durante la conflagración se habían incorporado las sulfamidas y la penicilina, y que en 1948 se crearon el emblemático Servicio Nacional de Salud británico (*National Health Service-NHS*) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Junto a otros hitos, desencadenarían en el siglo siguiente una catarata de innovaciones, en el tratamiento de las infecciones, en la prevención inmunológica de las enfermedades contagiosas, así como en la organización de los servicios de salud y su cobertura financiera.

Al mismo tiempo la población adquirió nuevos fenómenos colectivos: a) una transición epidemiológica, donde la carga de enfermedad se desplazó desde el predominio de las infectocontagiosas, hacia el de trastornos crónicos vinculados a mejores niveles de vida; b) una transición demográfica, debida al crecimiento de la expectativa de vida, donde los mayores de 65 años invirtieron la pirámide poblacional, al compás de la progresiva urbanización de las viviendas.

Tras la tendencia a estrategias de *estado de bienestar* de las décadas del 50 al 80, el imperativo de la *globalización* encontró a la industria farmacéutica en condiciones de aprovechar la explosión de las comunicaciones, la internacionalización de la producción y la acelerada *inmediatez* proporcionada por la cibernética.

Las empresas transnacionales exhibieron un particular dinamismo para comprar activos de industrias nacionales, así como organizar redes multinacionales de investigación, producción, fraccionamiento y distribución. Estos mercados precozmente globalizados, no enfrentaron organismos internacionales con poder de regulación para establecer condiciones de comercialización, criterios de cobertura, evaluar eficacia terapéutica e incorporar las innovaciones a guías de práctica clínica.

La propia OMS puede sugerir recomendaciones y consensos normativos, pero no tiene poder fiscalizador para introducir nuevas normas en los países. Los que no cuentan con organismos propios de vigilancia, deben adherir a decisiones adoptadas por entidades equivalentes de EE. UU., el Reino Unido o la Comunidad Europea.

Desde la década del 80, la influencia de las empresas farmacéuticas fue creciente en el financiamiento de investigaciones, planificación de ensayos terapéuticos, organización de eventos científicos y colaboración de líderes de opinión en diversas especialidades, incluyendo publicaciones. En algunos casos, ciertos consensos técnicos pueden desplazar umbrales de normalidad, induciendo un mayor consumo de las medicaciones crónicas asociadas.

Hubo enormes avances en equipamientos de diagnóstico por imágenes y bioquímicos, procedimientos endoscópicos, cirugía angioplástica y monitoreo del medio interno. Pero la vanguardia del incontenible crecimiento económico de la atención fue ocupada por nuevos medicamentos, destinados a modular los factores etiopatogénicos íntimos y la especificidad genética de las enfermedades.

Los criterios políticos para afrontar esta tendencia, desde la conducción del Sistema de Salud, son múltiples. Podrían delinarse los más extendidos: a) los instrumentos de diagnóstico y tratamiento que logran modificar significativamente la historia natural de las enfermedades son limitados ⁽¹⁾; b) el conjunto de beneficios de los sistemas de co-

bertura social no puede poner en riesgo su continuidad; c) pese a que jurídicamente los derechos individuales son prioritarios, los recursos de atención médica dependen de la sustentabilidad del sistema; d) las innovaciones deben demostrar mejoras significativas respecto a los medios existentes en términos de calidad de vida; e) los organismos de evaluación de tecnologías deben verificar el rigor científico de los estudios previos; f) las terapéuticas innovativas deben poder reproducirse a escala industrial, y g) las agencias de evaluación deben intervenir en la recomendación del grado de cobertura a otorgar.

Las respuestas institucionales de los países para afrontar estos desafíos dependen de la estructura de sus regímenes de protección social. México, que se basó en grandes agencias de Seguro Social (IMSS, ISSSTE), comenzó en los '90 con una Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CoNAMed), que emitía recomendaciones extrajudiciales en conflictos de cobertura entre aseguradores y usuarios; más tarde se creó el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CeNETec).

El Reino Unido, según el principio de financiamiento y prestaciones a cargo del Estado, creó el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), a fin de revisar los costos crecientes de las innovaciones; sus amplias facultades alcanzan a *definir el nivel de cobertura*.

Otros países europeos desarrollaron organismos similares: el *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG) de Alemania; la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Comunidades Autónomas) de España; la *Haute Autorité de Santé* (HAS) de Francia, y la *Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering* (SBMU) de Suecia.

Forman parte de la *International Network Agencies of Health Technology Assessment* (INAHTA). En América Latina también pueden mencionarse la *Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS* (CITec) de Brasil y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) de Colombia.⁽²⁾

En la Argentina el proceso se efectuó a través de varios pasos, no como parte de una *estrategia gradualista*, sino por nuevos objetivos de sucesivos gobiernos. Desde 1970 las entidades de Seguridad Social (SeS) contribuyeron a un fondo de redistribución, que sólo alcanzaba a las Obras Sociales (OS's) sindicales (un 35% de la población).

Actualmente denominado Sistema Único de Redistribución (SUR), es un régimen de reintegros para tratamientos de alto costo, taxativamente definidos. Desde 2010 se propuso extender este mecanismo a la totalidad de la SeS, mediante un reaseguro universal para todas las coberturas, incluyendo la Medicina prepaga. En 2016 se propuso la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología (AgNET), cuyo trámite parlamentario neutralizó su efectividad. En 2023 se procuró una mayor participación política, creando la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CoNETEC).

El actual Gobierno anunció la creación de una Agencia Nacional de Evaluación del Financiamiento de Tecnologías Sanitarias (ANEFITS). Si se observa la secuencia de propuestas, la evolución fue: a) un mecanismo corporativo de redistribución; b) una agencia que evalúe la efectividad de las innovaciones tecnológicas; c) una comisión de consenso político de los actores vinculados al mercado farmacéutico, y d) una agencia que vigile la sustentabilidad de la cobertura de la SeS. Éste parece el *escalón definitivo*, un régimen que garantice acceso, equidad y viabilidad. ■

Bibliografía:

1) Nolte y McKee identificaron 32 grupos de diagnósticos por rangos de efectividad del CIE 10-OMS; BMJ 2003, 327:1129. Ver en Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries, 1990-2015. The Lancet; 390: 231-66. Online May 18, 2017.

2) Lifschitz E y col: Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Argentina. ¿Por qué, para qué, cómo? Fundación Sanatorio Güemes, Buenos Aires, 2018: 73-157.

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



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

CUIDAMOS TU SALUD

Obra Social con más
de 30 años de
trayectoria

+

COBERTURA TOTAL SIN COSTO

Presentes en todo el país
Sanatorios de media y alta gama
Hola Doctor App
Emergencias y Urgencias 24 horas

+



Afiliaciones por Whatsapp al 1151686167



Para afiliarte a la Obra Social OSPAT el aporte de tu recibo de sueldo es suficiente. Según las prácticas médicas que se requieran, podrán solicitarte el pago de coseguros, los cuales son establecidos por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud y en ningún caso pueden superar el tope que establece el ente regulador

IMPLICANCIAS DEL FINANCIAMIENTO DEL FMI Y LA LIBERACIÓN CAMBIARIA EN EL SECTOR SALUD ARGENTINO



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

El reciente acuerdo entre la Argentina y el Fondo Monetario Internacional (FMI), en conjunto con la liberación del cepo cambiario y la instauración de una banda de fluctuación administrada, ha producido un reordenamiento estructural de la macroeconomía. A pesar de ser caminos que debemos transitar, el efecto sobre el sistema de salud -tanto público como privado- es complejo, especialmente cuando se lo enmarca en un entorno de alta volatilidad cambiaria e inflacionaria.

La política económica argentina atraviesa un nuevo régimen de estabilización, signado por el acuerdo con el FMI y la eliminación del cepo cambiario. La implementación de una banda de flotación administrada -con intervenciones puntuales del BCRA- busca corregir distorsiones del tipo de cambio real, estimular las exportaciones y atraer inversiones.

Sin embargo, esta transición tiene efectos significativos sobre sectores sensibles como el de la salud, caracterizado por su alta dependencia de insumos importados y su fragmentación institucional. La interacción entre las metas del acuerdo con el FMI, las nuevas reglas del régimen cambiario y las restricciones fiscales impone desafíos que requieren ser abordados desde una perspectiva sectorial y con herramientas de política específicas.

Eliminación del cepo: impactos inmediatos en costos y acceso

Si bien la liberalización del mercado cambiario no ha implicado una corrección abrupta del tipo de cambio oficial, muchos precios relativos, especialmente medicamentos importados y de producción nacional con insumos externos, han sufrido ajustes de magnitud.

La implementación de una banda de flotación -entre \$ 1.000 y \$ 1.400 por dólar- introduce un nuevo marco de expectativas para los agentes económicos. Si bien reduce el riesgo de brechas cambiarias como las observadas con el cepo, introduce un riesgo de volatilidad cambiaria controlada.

Para el sector salud, esta dinámica tiene efectos heterogéneos:

- **Mayor previsibilidad de mediano plazo** para importadores (permite estructurar mejor las compras).
- **Ajuste automático de precios** de proveedores de insumos que referencian valores en dólar futuro.
- **Riesgo de traslado a precios inmediato** frente a cada depreciación marginal dentro de la banda.

Además, el riesgo es que, en contextos de “overshooting” o presión especulativa, el extremo superior de la banda se convierta en el nuevo precio de referencia, con efectos inflacionarios acumulativos sobre el gasto en salud.

A corto plazo, esto genera una triple tensión:

1. **Presupuestaria:** los presupuestos provinciales y nacionales ejecutados en pesos pierden capacidad real.
2. **Financiera:** las obras sociales y prepagas enfrentan descalces entre ingresos regulados y gastos dolarizados.
3. **Operativa:** hospitales públicos y privados suspenden o racionalizan procedimientos por falta de stock o encarecimiento.

Metas fiscales y rigidez del gasto sanitario

El FMI mantiene su enfoque ortodoxo en relación con la consolidación fiscal. En un contexto de suba del tipo de cambio oficial y aceleración inflacionaria, el cumplimiento de las metas fiscales implica una caída real del gasto primario, salvo que se actualicen partidas en función de indicadores sectoriales específicos.

En el caso de salud pública, esto implica:

- Contracción del gasto real si los presupuestos no se ajustan a la inflación médica, que corre por encima del IPC general.
- Dificultades para ejecutar compras públicas de medicamentos (ej. oncológicos, antirretrovirales) cuyos precios están en dólares.
- Incertidumbre en programas nacionales cofinanciados con provincias que enfrentan simultáneamente devaluación e iliquidez.

En este marco, el gasto sanitario puede volverse la “variable de ajuste silenciosa”, con efectos no inmediatos pero acumulativos sobre mortalidad evitable, enfermedades crónicas no controladas y deterioro de infraestructura.

El nuevo régimen cambiario también tiene consecuencias sobre el equilibrio del subsistema de seguridad social y de las entidades de medicina prepaga:

- Las cuotas de prepagas no se actualizan al mismo ritmo que los costos, generando desequilibrios financieros.
- Las obras sociales sindicales, con ingresos pesificados y atados a los salarios, enfrentan costos crecientes para prestaciones de alta complejidad.
- La judicialización de coberturas (amparos por medicamentos o tratamientos) se acelera cuando los actores formales no pueden garantizar el acceso.

Además, la tendencia a la concentración del mercado prestador se acentúa: clínicas pequeñas y medianas se ven forzadas a cerrar o fusionarse con grandes grupos económicos con mayor acceso a financiamiento en dólares.

Recomendaciones de política sanitaria y económica

En este contexto, se vuelve fundamental una estrategia intersectorial que permita contener los efectos adversos de la transición cambiaria. Algunas medidas recomendadas son:

- **Establecimiento de un régimen de excepción cambiaria para insumos sanitarios estratégicos**, con acceso garantizado al tipo de cambio más favorable dentro de la banda.
- **Revisión y actualización mensual del presupuesto en salud**, con una cláusula de ajuste automático por inflación médica.
- **Revisión del programa con el FMI para incluir una “cláusula de protección social reforzada”**, específica para el sistema de salud.
- **Creación de un fondo rotatorio en divisas** para compras centralizadas de medicamentos críticos.
- **Estímulo a la producción nacional de medicamentos e insumos**, mediante incentivos fiscales y líneas de financiamiento a laboratorios nacionales.

En resumen, el cambio de régimen cambiario en la Argentina, junto al marco fiscal acordado con el FMI, configura una transición macroeconómica con efectos estructurales sobre el sector salud. La liberalización del cepo introduce shocks de precios que tensionan tanto al sistema público como al privado.

La nueva banda de flotación, si bien mejora la previsibilidad respecto del escenario de cepo y brecha, mantiene riesgos relevantes para la sostenibilidad del financiamiento sanitario. Sin políticas activas de mitigación y blindaje sectorial, la estabilización económica puede derivar en desestabilización sanitaria.

El desafío es construir una política de salud contracíclica que funcione como red de contención en tiempos de ajuste macroeconómico. ■

(*) Profesor universitario.

A close-up portrait of a woman with brown hair, freckles, and a warm smile. Her eyes are looking directly at the camera. The background is dark and out of focus.

Acompañarte
es siempre
el mejor plan

GALENO

AGENCIA... ¿QUÉ AGENCIA?



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Desde el 27/03, día en el que el Ministerio de salud anunció la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Financiación de Tecnologías Sanitarias (ANEFITS) el tema domina la discusión sanitaria. Mucho se ha comentado al respecto, e incluso los 5 proyectos que cuentan con trámite parlamentario fueron representados en la reunión de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la HCDN el día 5/04/24. Sin embargo, ante la expectativa sectorial, cabe agregar algunas precisiones.

El Comunicado de Prensa -único documento formal existente al presente- menciona que la *función principal del nuevo organismo será evaluar con rigor científico qué tecnologías son seguras, eficaces y efectivas, y qué beneficios pueden generar antes de que se inicie el proceso de registro para su comercialización*.

Esto conlleva una definición crucial, sostenida particularmente por quienes sustentan la posibilidad de inhibir de ese modo presiones de oferta y/o maniobras de la industria para prolongar una patente ("evergreening"). Pero ciertamente no existe ningún sistema, -y mucho menos aún si se refiere a modelos fragmentados- que actúe de ese modo.

En Inglaterra la incorporación al mercado la define la Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA), cabiéndole al NICE la recomendación ulterior de financiamiento e incorporación al NHS, y la confección de guías y protocolos. ⁽¹⁾

Más allá del accionar de la European Medicines Agency -EMA- y sus diferentes tipos de procedimientos (centralizado, descentralizado o mutuo), en España, el registro le cabe a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, mientras que la ulterior recomendación de cobertura sí está a cargo de la Red Españolas de Agencias de ETS, aunque tampoco en este caso es vinculante (R. López Tello 2027).

El Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), en Alemania actúa definiendo la financiabilidad para los seguros públicos obligatorios post aprobación y registro por parte del Instituto Federal de Medicamentos y registros médicos (BfArM) y sus dictámenes no son necesariamente vinculantes para cobertura efectiva por parte de los seguros públicos, sino que esto queda a cargo del Comité Federal Conjunto. ⁽²⁾

Tampoco lo es en Francia, donde la Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé precede a la HAS - Haute Autorité de Santé - que es quien sí recomienda o no la cobertura por parte de la Seguridad Social. (HAS 2008), ni en Italia, a cargo de la AIFA.

En Brasil, y en el contexto de un sistema integrado (SUS) la aprobación corresponde a la Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa mientras que la cobertura es determinada por la Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. ⁽³⁾

En los EE. UU, no existe un abordaje sistemático de la ETS, sino que, por el contrario, en la órbita particular del sistema de salud de USA, a agencias tales como la AHRQ y el PCORI, la ley no les permite considerar análisis de costo beneficio en sus recomendaciones (Olliendorf D. 2023).

En ese contexto mundial, la ANEFITS se propone *precediendo* a la ANMAT, lo que más allá de lo paradójicamente iliberal que resulta el anuncio en tales términos, la decisión de negar cobertura a una tecnología, basada en criterios puramente cuantitativos puede ser judicialmente cuestionable, pero inhibir el registro, y por ende el acceso al conjunto de la población, incluso desde su propio pecunio, y a partir de un decreto, puede ser jurídicamente indefendible.

Dado que lo que se anuncia es una Agencia Nacional de Evaluación de *Financiamiento* de Tecnologías Sanitarias (ANEFITS) y no una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, si lo que se comunica es que tendrá como funciones "*determinar la oportunidad, el modo y uso apropiado de una tecnología, y la documentación necesaria, mecanismos, aranceles y criterios de priorización de los procesos de evaluación*" será necesario precisar qué se entiende por c/u de estas categorías.

¿Se refiere a protocolización o guías de referencia? ¿Qué significa "aranceles"? Cuando se dice que "*si bien el beneficio clínico será un elemento clave en la evaluación, también tendrá en cuenta criterios de calidad, eficacia, seguridad, eficiencia, equidad, valorización ética, médica, económica y social para determinar el costo-beneficio de la incorporación de la nueva tecnología*", ello supone que el beneficio clínico está disociado del resto de los aspectos, lo cual no sólo es conceptualmente incorrecto, sino que además es peligroso.

Y al anunciarse que "*colaborará con la reducción de la judicialización de la salud*"... *Mediante criterios científicos y económicos claros, la nueva agencia establecerá qué tratamientos se deben financiar con recursos públicos, evitando fallos judiciales arbitrarios no basados en evidencia científica que distorsionan el sistema*" sugeriría que la intención no es favorecer el acceso efectivo a tecnologías costo-eficientes **para toda la población**, sino el de limitar el financiamiento de tratamientos por parte de Nación, lo cual es inescindible de la eliminación del CATPROS, la supresión de la DADSE y la concreción de la Dirección Nacional de Asistencia Directa y Compensatoria (DINADIC).

Y en el margen de los anuncios, aparece lo no dicho: ¿cuál será la autonomía de una agencia que opera dentro del Ministerio de Salud, particularmente cuando la designación de autoridades corre por designio del Ejecutivo y se notifica el carácter ad honorem de su titular y los vocales? ¿Cuáles los requisitos de idoneidad y trayectoria? ¿Las limitaciones a los conflictos de interés? ¿Cómo participarán -si es que ello se pretende- a las asociaciones científicas? ¿La sociedad civil? ¿Cómo se integrará un posible comité de expertos? ¿Cómo se seleccionará al staff técnico? ¿Se prescindirá totalmente del aporte de la CONETEC?

La creación de una Agencia de Evaluación de tecnologías que determine el costo efectividad y por ende la financiabilidad de una innovación registrada es imperiosa.

Sería crucial que el proyecto final no se remitiera a una perspectiva economicista excluyente y apele en cambio, a las opiniones calificadas y los consensos necesarios. ■

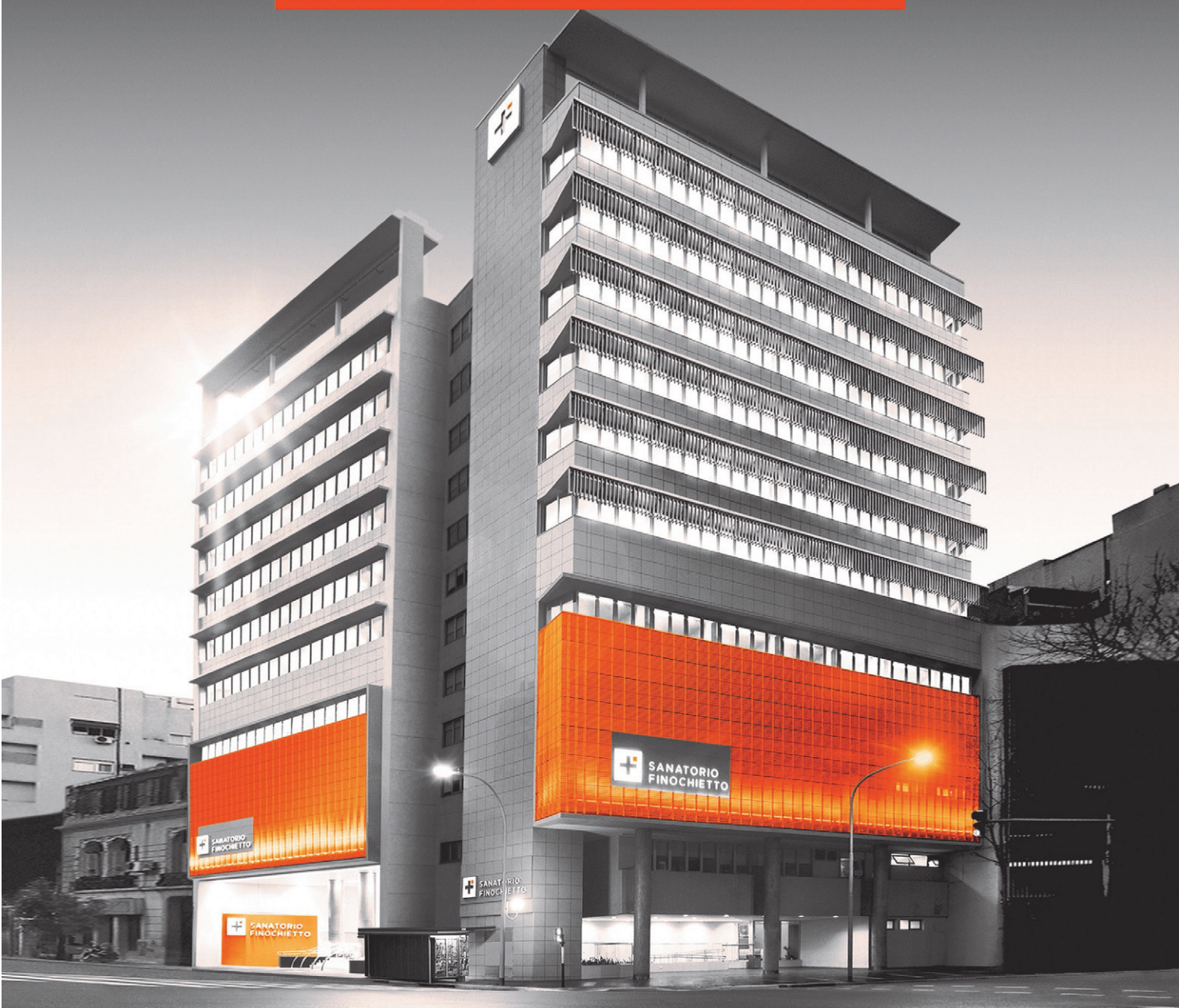
Aclaración: esta nota se terminó de redactar el 21 /04/25. Tal vez desde entonces nada haya cambiado. Por el contrario, si se hubiera publicado alguna normativa y/o introducido precisiones en relación con el tema central, estas líneas pueden tomarse como testigo de las cuestiones que en consecuencia ya deberían estar aclaradas. ¿Lo están?

Referencias:

- 1.- <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>
- 2.- G-BA. <https://www.iqwig.de/en/about-us/responsibilities-and-objectives-of-iqwig/>
- 3.- <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>

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

**¡ASOCIATE HOY CON BENEFICIOS EXCLUSIVOS!
Y ACCEDÉ A NUESTRO
SANATORIO FINOCHIETTO**



0810-122-0400 ¡Llamanos y asociate!

Medifé

estamos con vos

EL CAMINO QUE NOS MARCÓ FRANCISCO I



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

El día 21 de abril pasado, el Papa Francisco I dejó de estar entre nosotros. Más allá de las opiniones personales que cada uno de nosotros pueda tener sobre su persona, o sobre el ejercicio del sacerdocio o del Papado, indudablemente se trata del argentino más importante de toda la historia de nuestro país.

Nos parece oportuno recordar que a partir del Tratado de Letrán firmado por el Papa Pío XI e Italia, en 1929, entre otras cuestiones, se reconoció la existencia del Vaticano como un Estado independiente. Es decir, la religión católica pasó a ser la única que está representada por una Nación. Jorge Bergoglio, con el nombre de Francisco I, dirigió los intereses de ese Estado durante poco más de 12 años.

La repetida frase: “¿Cuántas divisiones (militares) tiene el Papa?”, que pronunció de modo irónico Stalin cuando, en la conferencia de Yalta, Churchill sugirió invitar a Pío XII a las negociaciones de paz después de la Segunda Guerra Mundial, es el reflejo de un error común de quienes detentan el poder, al creer que la circunstancia que los hace poderosos es la fuerza. El poder real reside en el ejercicio de la autoridad, no en la fuerza. La autoridad persuade, no impone a latigazos.

En el número anterior hablamos de *Zeitgeist*, es decir, una palabra alemana que se puede traducir como “espíritu de una época”. Ahora queremos desarrollar la idea sostenida permanentemente por Francisco I que la manera de llegar a una vida mejor es con una mejor política. Y para él la mejor política es el **diálogo social**.

En un mundo en donde la violencia, la intolerancia y la crispación son -lamentablemente- moneda corriente, estamos convencidos que debemos transitar otros caminos para disfrutar de una sociedad mejor.

Los seres humanos tenemos y defendemos intereses coincidentes de los de algunos y disímiles de los de otros. Más aún, muchos defendemos los mismos intereses, pero vemos caminos distintos para alcanzar su protección.

En toda sociedad, estas coincidencias y disidencias deberían discutirse y alimentarse del respeto mutuo y comprender que, incluso en veredas ideológicas o axiológicas opuestas, debe primar la tolerancia hacia las ideas del prójimo.

Como decía John Stuart Mill hace casi 200 años, “la libertad y la tolerancia son los dos pilares para fundamentar una sociedad democrática”. Ser tolerante significa, entre otras cosas, poder registrar al otro como un ser humano... como uno, ni más ni menos, con quien integramos una misma comunidad, aunque todos tengamos defectos y aciertos. En suma, el otro, aunque muy posiblemente tenga posturas y pensamientos opuestos, no es un enemigo al que hay que combatir.

En ocasiones se confunde la posibilidad de acordar o de generar consensos, como una traición a ideales o como capitulación de la defensa de intereses de un colectivo social. Casi huelga decir, esa creencia es errada; y, lo que es peor, induce a un accionar torpe.

Todos nosotros resignamos algo cuando nos interrelacionamos con otros, a los efectos de poder tener una vida armónica. Para nuestra actual idiosincrasia política, “ceder” no significa acordar sino rendirse.

En nuestra opinión, promover el concepto colectivo de consenso no quiere decir que no mantengamos nuestras ideas y convicciones; sino que, en un cálculo costo-beneficio, concluimos que es más ventajoso ponernos de acuerdo, concordar, que imponerse. Y cuando hablamos de “costo-beneficio” estamos mirando al colectivo social.

El 24 de mayo de 2015, Francisco I dedicó la Carta Encíclica “*Laudato Si*” - “Alabado seas” - a la defensa de toda la humanidad al Planeta Tierra con la frase “Sobre el cuidado de la casa común”, en la que exhortaba a la construcción de un mundo más justo e inclusivo para todos.

Unos años más tarde, el 3 de octubre de 2020, Francisco I dedicó una Carta Encíclica específica, “*Fratelli Tutti*” - “Hermanos todos” -, a la fraternidad y a la amistad social. En las primeras páginas de esta encíclica el Papa dice que: “... si en la redacción de la *Laudato Si* tuve una fuente de inspiración en mi hermano Bartolomé, el Patriarca ortodoxo que propuso con mucha fuerza el cuidado de la creación, en este caso me sentí especialmente estimulado por el Gran Imán Ahmad Al-Tayyeb, con quien me encontré en Abu Dabi para recordar que Dios “**ha creado todos los seres humanos iguales en los derechos, en los deberes y en la dignidad, y los ha llamado a convivir como hermanos entre ellos**”.

Es decir, en todas sus manifestaciones Francisco I intentó construir puentes de amor, diálogo y consenso.

Luego de muchos años de trabajo y experiencia en el sector de la salud, estamos convencidos que, en nuestro país, en materia de salud, quienes desarrollamos tareas vinculadas con esta actividad, tenemos muchas más coincidencias que diferencias.

Lógicamente tenemos las dificultades por las que atraviesa nuestro país desde hace ya muchos años, con un subsistema de seguridad social cuya fuente de financiamiento está constituida por un sistema contributivo bismarckiano insuficiente en cualquier parte del mundo, con una cantidad cada vez mayor de pasivos respecto de los activos que dificulta su sostenimiento en materia de cobertura médico-asistencial, con una canasta médica de prestaciones cada vez más costosa, con un precio cada vez más elevado de los medicamentos en una sociedad, que a su vez, los consume en demasía; entre otras cuestiones.

Aun así, entendemos que tenemos que recorrer caminos permanentes de diálogo para encontrar mejores soluciones. Por supuesto que respetando los roles que cada uno tiene en este sector; algunos con responsabilidades de gobierno, otros de administrar recursos de los beneficiarios, otros de los prestadores y otros de los financiadores. Todo ello para que los beneficiarios puedan recibir un servicio de mejor calidad.

“*Acercarse, expresarse, escucharse, mirarse, conocerse, tratar de comprenderse, buscar puntos de contacto, todo eso se resume en el verbo “dialogar”. Para encontrarnos y ayudarnos mutuamente necesitamos dialogar. No hace falta decir para qué sirve el diálogo. Me basta pensar qué sería el mundo sin ese diálogo paciente de tantas personas generosas que han mantenido unidas a familias y a comunidades. El diálogo persistente y corajudo no es noticia como los desencuentros y los conflictos, pero ayuda discretamente al mundo a vivir mejor, mucho más de lo que podamos darnos cuenta*” (Francisco I, Carta Encíclica *Laudato Si*).

Debemos darnos la oportunidad de encontrar caminos de diálogo que nos permitan intercambiar ideas, experiencias, propuestas para hacer un Sistema de Salud más sustentable, de mejor calidad y con mejores servicios. ■

- Transformación digital
- Mejor conexión con vos
- Prioridad para tu salud



Gestiones online
ospesalud.com.ar



App OSPe Mobile
Disponible en Google
Play y App Store



Telemedicina DOC24
Consultas médicas
las 24 hs.

■ Evolucionamos para un mejor servicio
con un mismo propósito: **conectar con
vos y cuidar tu salud.**



Más de 450.000 afiliados
nos eligen en todo el país.



Nuestro **origen petrolero**
nos llena de orgullo.



Cobertura nacional.
Delegaciones en todo el
país para estar más cerca.



0800 444 6773
Atención al Beneficiario

0800 444 0206
Urgencias y Emergencias



TENDENCIAS EN SALUD 2025: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN LA INNOVACIÓN MÉDICA



Por el Dr. Fernando Werlen (*)

El sector de la salud se encuentra en un punto de inflexión. La tecnología y la inteligencia artificial están transformando la manera en que prevenimos, diagnosticamos y tratamos enfermedades, mientras que los costos asociados a la innovación generan nuevas tensiones en la accesibilidad y sostenibilidad del sistema.

¿Cuáles son los retos y oportunidades que marcarán el futuro de la atención médica? Por supuesto, la respuesta no será la misma según en qué parte del mundo estemos. Incluso, para Argentina misma, en qué provincia nos radiquemos. No todas las zonas tienen la misma disponibilidad de recursos, médicos y oportunidades.

De mi parte, debo decir que no sólo lo sé por liderar un grupo de medicina privada que tiene la red de prestadores médico-asistenciales más grande del país, sino también por la profesión que elegí. Soy médico neumólogo, y mi paso por diferentes instituciones me dan la experiencia suficiente como para saber que el rol y el destino de los médicos es multivariable y complejo.

El auge de la telemedicina en Argentina

La salud digital ha evolucionado de la telemedicina a modelos predictivos basados en IA (inteligencia artificial), el último informe de #HealthTrends 2025 de Mercer indica que el 46% de las aseguradoras considera que estas soluciones permitirán reducir costos en los próximos cinco años. No obstante, el desafío sigue siendo distinguir entre la innovación real y las promesas exageradas, asegurando que las nuevas tecnologías realmente aporten valor a la calidad del cuidado de las personas.

Por ejemplo, hace algunos años, se decía que los sistemas de chatbot podrían analizar síntomas y dar diagnósticos con la misma precisión que un profesional, pero en la práctica, muchas de estas herramientas resultan poco fiables, con errores en la interpretación de datos y limitaciones para casos complejos.

Sin embargo, sabemos que las tecnologías bien aplicadas pueden aportar mucho valor. En nuestro caso, incorporamos un canal conversacional con Inteligencia Artificial a través de WhatsApp, que nos permite ofrecer una atención más ágil, cercana y flexible, optimizando los tiempos de respuesta y mejorando la experiencia de nuestros asociados en todos los canales de contacto.

Asimismo, la propuesta de telemedicina ha dado un gran salto, generando nuevas conexiones y oportunidades de atención médica a distancia. Sabemos que frente a la urgencia médica el camino es otro, y frente a diagnósticos complejos también. Pero es una herramienta más que permite zanzar diferencias.

Desde SanCor Salud trabajamos y perfeccionamos hace años nuestra oferta de Salud en Línea y es una gran respuesta para aquellos lugares más recónditos del país al que los médicos llegan con dificultad. Deberíamos hablar de accesibilidad también, pero entiendo que es otro debate. ¿Cómo llegamos a usar una app estratégicamente desarrollada si aún no contamos con internet y wifi en la zona? No todo es tan sencillo.

Creo oportuno compartir y destacar algunos datos de mejora que dan cuenta de la celeridad y lo oportuno del cambio, que se registran en nuestro último Reporte de Sustentabilidad: más de 79.000 asociados utilizaron el servicio de Salud en Línea (+46% que el ejercicio anterior); más de 248.300 consultas realizadas en total (+57% que el ejercicio anterior); de las cuales más de 228.600 fueron consultas espontáneas (+56% que el ejercicio anterior); y casi 20.000 consultas con especialistas y programadas con turno (+114% que el ejercicio anterior).

El dilema del acceso y el costo de la innovación

Los avances en tratamientos emergentes y dispositivos médicos de alto impacto plantean un dilema: si bien ofrecen soluciones más eficaces, según datos estadísticos se cree que podrán encarecer más del 25% los planes de salud. Este asunto para nosotros es fundamental, porque los costos de la salud siempre son un aspecto sensible.

La pregunta clave es cómo equilibrar el acceso a estos tratamientos sin comprometer la viabilidad del sistema. En este sentido, se requiere un modelo de financiamiento innovador que garantice la sostenibilidad de la atención médica. Y tal como lo decimos hace tiempo, donde todos los miembros que conformamos el aparato de salud estemos involucrados en la mesa de debate.

Sabemos que el cáncer sigue siendo la principal causa de reclamos en salud a nivel global, con un preocupante aumento en personas menores de 50 años. Así como la diabetes tipo 2 ya afecta a más del 40% de los adultos a nivel mundial, según la OMS.

Aquí, la tecnología y la inteligencia artificial también juega un papel fundamental: los sensores portátiles, wearables y dispositivos de monitoreo remoto están emergiendo como herramientas clave en la prevención y el control de estas condiciones, permitiendo intervenciones más tempranas y personalizadas.

Y esto debe estar acompañado de una modernización regulatoria, que sigue siendo un obstáculo para la rápida implementación de avances médicos. La necesidad de un modelo de aprobación ágil, que acelere la llegada de innovaciones sin comprometer la seguridad de los pacientes, es crucial para mantener el ritmo de los avances tecnológicos en la salud.

En SanCor Salud entendemos que el acceso a la innovación debe ir de la mano con la sostenibilidad del sistema de salud. Como actores clave en el sector, trabajamos en la integración de soluciones tecnológicas que no solo mejoren la calidad de la atención, sino que también permitan un equilibrio entre costos y accesibilidad. Apostamos a un ecosistema en el que la tecnología y la atención médica personalizada convivan en beneficio de nuestros asociados.

El futuro de la salud no depende solo de la tecnología, sino de cómo logramos integrarla en un modelo que garantice calidad, equidad y sostenibilidad. Es aquí donde debemos centrar nuestros esfuerzos para que la innovación sea una realidad accesible para todos. ■

(*) Director General de Grupo SanCor Salud.

REVALORIZAR LAS EMPRESAS DE SALUD AMBULATORIAS

En Argentina tenemos **más de 18.000 instituciones sanitarias sin internación de diagnóstico y tratamiento, que aportan tecnología y calidad a la atención de la salud de los argentinos.**

Estos prestadores ocupan a miles de profesionales de la salud, administrativos, técnicos y auxiliares, que permanentemente se capacitan en nuevas tecnologías que implican mejor atención, diagnósticos oportunos y tratamientos más efectivos, conformando un pilar fundamental para la Atención primaria de la salud.

Estas empresas están presentes también **en comunidades pequeñas y medianas**, complementando la capacidad de los servicios públicos jurisdiccionales.

Ofrecen servicios personalizados, adecuados a las personas de sus comunidades.

Desarrollar y fortalecer redes de atención público privadas en cada jurisdicción impactará en mayor cobertura, más acceso a los servicios, mejores diagnósticos y mejor salud para los argentinos.

*Si las empresas de salud ambulatorias se pierden, **pierde el País.***



MÁS ALLÁ DE LA FIRMA: HUMANIZANDO EL ACTO DE SUSCRIPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

El Consentimiento Informado, baluarte de la ética médica, a menudo se ve reducido a un mero formalismo legal. Sin embargo, su esencia radica en un diálogo sincero, un intercambio que garantiza la autonomía del paciente y su participación en la gestión de su salud.

En el quehacer clínico cotidiano, afrontamos retos que obstaculizan este ideal. La complejidad del léxico médico, la escasez de tiempo y las barreras emocionales o culturales pueden abrir una brecha entre la información proporcionada y la comprensión real del paciente.

Las consultas médicas suelen ser breves, limitando el espacio para un diálogo profundo, en muchas ocasiones este procedimiento se encuentra delegado a personal administrativo de las instituciones, los pacientes pueden tener creencias tradicionales sobre la salud y la enfermedad que difieren significativamente de la medicina occidental, y tantas otras barreras que nos distancian del ideal en cuanto a la figura de consentimiento informado.

Destacamos la importancia que implica que los médicos -no el personal administrativo- tomen a su cargo la **celebración del acto de suscripción del Consentimiento Informado**, para que el mismo sea un verdadero instrumento que refleje, en un escrito, el resultado y las conclusiones de una auténtica conversación entre médico y paciente.

Conversación a través de la cual el médico desde su saber, y ubicándose en el “peldaño” adecuado en términos intelectuales, le brinde al paciente la información técnica de las prácticas que va a transitar, y fundamentalmente se pueda asegurar que el paciente, que muchas veces llega a este acto con algunas informaciones previas que ha obtenido por algunos medios, comprendió lo informado.

Del mismo modo en ese espacio de diálogo, es estratégico que el médico repare en el deber del paciente de brindar toda la información que él le requiera, y de cumplir con el tratamiento indicado.

La mediación, en este contexto, emerge como una herramienta invaluable, un puente que facilita un diálogo claro y significativo.

Herramientas de mediación para un Consentimiento Informado efectivo

➤ Escucha activa

Trasciende la simple audición; implica comprensión profunda. Al prestar atención plena, el médico capta las inquietudes y el contexto del paciente, edificando un ambiente de confianza.

➤ Preguntas abiertas y aclaratorias

Estas interrogantes estimulan la expresión de dudas y permiten adaptar la información al nivel de comprensión individual, evitando suposiciones erróneas.

➤ Reformulación

Al resumir y reflejar lo expresado por el paciente, se asegura la correcta interpretación del mensaje, minimizando el riesgo de malentendidos.

➤ Toma de decisiones compartida

El paciente no es un receptor pasivo, sino un participante activo. Su involucramiento en la elección del tratamiento, respetando su autonomía y valores, fortalece la relación médico-paciente.

➤ Resolución de conflictos incluso con familiares

En situaciones de conflictos familiares, el profesional de la salud puede ejercer como mediador, facilitando la comunicación y asegurando que todas las voces sean consideradas.

La integración de la mediación en el proceso de Consentimiento Informado produce beneficios palpables

✓ Mayor satisfacción del paciente

Sentirse escuchado y comprendido genera confianza en el equipo médico, mejorando la experiencia del paciente.

✓ Mejora de la comunicación

Se reduce la distancia entre el lenguaje técnico y la comprensión del paciente, fomentando una comunicación más eficaz.

✓ Reducción de conflictos

Los acuerdos informados disminuyen el riesgo de litigios, protegiendo tanto al paciente como al médico.

✓ Decisiones más informadas y autónomas

El paciente se siente empoderado para tomar decisiones coherentes con sus valores y preferencias, lo que aumenta el cumplimiento del tratamiento.

La mediación, al priorizar la comunicación y la colaboración, redefine el Consentimiento Informado, transformándolo de un mero requisito legal a un proceso de toma de decisiones compartida.

Al incorporar estas herramientas en nuestra práctica diaria, fortalecemos la relación médico-paciente, **posibilitamos una relación auténtica** ⁽¹⁾ y promovemos una atención centrada en las personas, en procura de satisfacer el objetivo primario de la misma: poner ambas partes todo de sí para poder lograr la curación o rehabilitación del paciente, en el convencimiento de que su consecución es una empresa común, cuidando al mismo tiempo las instituciones.

Estamos invitados a ello. ■

Bibliografía:

1) El poder de la Comunicación, Michael S. Woods, M.D. Y otros autores.

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

Nueva App UOCRA

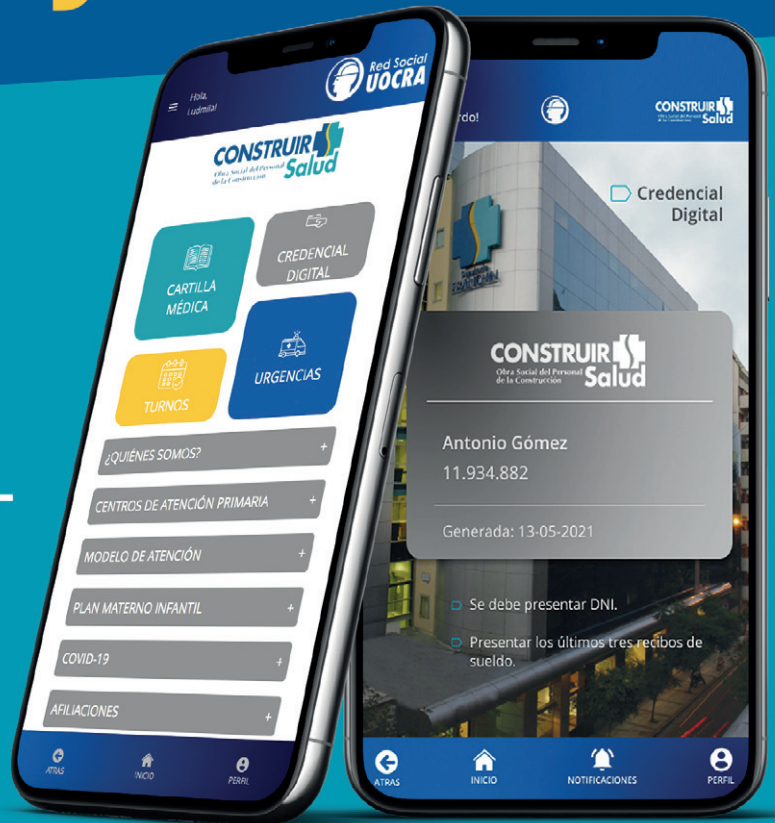
La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic
de distancia!



Disponible en:



Play Store



App Store



¡Ingresá al
mundo UOCRA
estés donde estés!

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



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

UNA INICIATIVA POSITIVA: LA AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE FINANCIAMIENTO DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (ANEFITS)



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

El Ministerio de Salud de la Nación anunció recientemente la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Financiamiento de Tecnologías Sanitarias (ANEFITS). Según el anuncio, esta nueva Agencia absorberá a las actuales Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC) y al Consejo de Asistencia Técnica para Procesos Judiciales de Salud (CATPROS), concentrando en un solo organismo la evaluación de tecnologías sanitarias para evitar decisiones contradictorias, discrecionales o que impliquen un uso ineficiente de los recursos.

La ANEFITS será un organismo técnico y autárquico que dependerá del Ministerio de Salud y tendrá la misión de realizar evaluaciones técnicas de medicamentos, tecnologías médicas y equipamientos antes de su incorporación al sistema financiado con recursos públicos. Funcionará, según lo anunciado, de manera complementaria a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

En realidad (y como algo novedoso), se plantea que esta agencia actúe como un paso previo a la ANMAT, la cual continuará con las mismas funciones que en la actualidad. Los medicamentos y equipamiento deberán ser evaluados y aprobados por la ANEFITS antes de pasar a la ANMAT.

La intención, expresada por funcionarios del Ministerio de Salud en algunos medios es que la ANEFITS analice de manera integral y comparativa el valor de los medicamentos y tecnologías médicas antes de su incorporación al sistema de salud financiado por el Estado.

Incluso podría darse el caso, siguiendo fuentes periodísticas, que un medicamento fuese aprobado por agencias regulatorias internacionales, pero no cumpla con los criterios de la ANEFITS. En ese caso podrá comercializarse ese medicamento en el país, pero sin financiamiento estatal.

Según los anuncios, la ANEFITS se conformará por equipos multidisciplinarios estables, los cuales aplicarán metodologías técnicas para realizar evaluaciones integrales sobre medicamentos y tecnologías médicas.

En la página oficial ⁽¹⁾ el comunicado de prensa del Ministerio de Salud informa lo siguiente:

“Finalmente, la nueva agencia colaborará con la reducción de la judicialización de la salud. El sistema actual permite que se impongan tratamientos de altísimos precios al Estado, sin un análisis técnico previo, que son trasladados a los contribuyentes. Mediante criterios científicos y económicos claros, la nueva agencia establecerá qué tratamientos se deben financiar con recursos públicos, evitando fallos judiciales arbitrarios no basados en evidencia científica que distorsionan el sistema”.

En el mismo comunicado se describe la futura estructura de la nueva agencia: *“La ANEFITS estará encabezada por un presidente y vicepresidente, quienes serán designados por el Poder Ejecutivo, a propuesta de la cartera sanitaria nacional. Ambos deberán contar con una sólida formación y trayectoria en materia de evaluación de tecnologías sanitarias. Los acompañarán cuatro vocales, que trabajarán en forma ad honorem,*

en representación de la ANMAT, del Consejo Federal de Salud (COFE-SA), de la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA) y de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía. Ninguno de sus miembros podrá tener o haber tenido participación patrimonial o interés en entidades relacionadas con la producción, distribución o comercialización de tecnologías de salud”.

Algunas consideraciones

Si bien al momento de escribir este artículo aún no se había firmado el decreto de creación y, por ende, debemos esperar la letra final para analizar, estos anuncios son muy positivos. La idea que la Agencia de Evaluación esté en la agenda prioritaria del gobierno es muy auspiciosa y bienvenida. En numerosos artículos publicados en esta misma revista he escrito sobre esta necesidad, por lo tanto, celebro esta iniciativa.

Si el decreto finalmente respeta los anuncios realizados estamos frente a una agencia que según mi criterio va más allá de muchas agencias de esta naturaleza. No solo evaluará el costo efectividad de nuevas moléculas o tecnologías que quieran incorporarse al financiamiento público, sino que se trata de un reordenamiento normativo muy importante ya que, según lo declarado por autoridades del Ministerio, la idea es que evalúe también medicamentos y tecnologías actualmente financiadas por el Estado.

Además, por lo leído unificará varios organismos y normativas generando una agencia potente que va en el camino de generar rectoría por parte del gobierno nacional, tantas veces reclamada por numerosos especialistas, entre los que me incluyo.

Desde este punto de vista debe entenderse, según mi criterio, la mecánica de la evaluación previa y complementaria con ANMAT a la cual no se le quita ninguna función y sigue con las mismas tareas que hasta ahora, lo cual también celebro.

Si bien habrá que ver en la práctica el funcionamiento, pienso que es una medida acertada teniendo en cuenta la impronta que se le quiere dar a esta agencia como *“LA GRAN AGENCIA EVALUADORA”* reordenadora del sistema en estos temas.

Otra medida acertada es que no impedirá la incorporación de innovaciones al país, cuestión que reclama CAEME, según las intenciones esgrimidas por el Ministerio. Solo limitará, en caso de no aprobarse un medicamento o tecnología, el financiamiento por parte del sector público, pero no alterará las libertades individuales de adquirir esos insumos en el sector privado siempre que estén aprobados por ANMAT obviamente.

Otro tema de debate es la aprobación por decreto o por ley. Ya hemos visto que el Congreso no pudo resolver esto desde hace mucho tiempo. Numerosos intentos de muchos gobiernos fracasaron por este camino. Actualmente hay al menos 9 proyectos dando vueltas por el congreso.

Según mi criterio una ley por sí misma no garantiza el funcionamiento de un organismo como este. De hecho, las dos leyes vigentes que regulan todo el sistema no se cumplieron nunca, mientras que muchos decretos como el mal denominado “de desregulación de la seguridad social” continúan vigentes con sus modificaciones.

El problema no es decreto o ley, sino el prestigio, la transparencia y la eficacia que muestre la futura Agencia. En este sentido creo acertada la sanción de un decreto y más adelante se verá si es necesaria o no una ley.

En definitiva, esta iniciativa puede ser una gran oportunidad de reorganizar el sistema de salud, eficientizar el gasto, unificar normativas y en definitiva fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Nacional. Bienvenida sea. ■

Referencia:

1) <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-crea-la-agencia-nacional-de-evaluacion-de-financiamiento-de-tecnologias>

(*) Médico Especialista en Salud Pública. Presidente Grupo PAIS



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



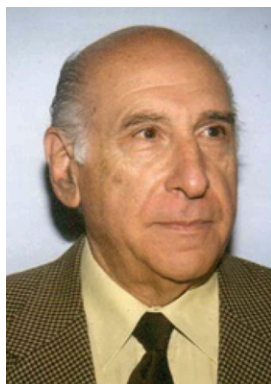
Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

TOMA DE DECISIONES: LOS CURSOS DE ACCIÓN



"Tener ideas es fácil, lo difícil es implementarlas".
Guy Kawasaki

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

El desarrollo de los cursos de acción comienza con una clara definición del problema a resolver. Comprende tres pasos: 1) Alternativas posibles; 2) Evaluación de las acciones posibles; 3) Elección del curso de acción a seguir.

La concepción de los cursos de acción posibles es un paso que demanda la mayor creatividad, ya que debe enfrentar dos barreras importantes. La primera es la evaluación prematura de la situación que suele verse en los procesos grupales que intimida al proponente de una idea.

La segunda barrera está dada por la tendencia a encarar los problemas en base a rutinas que son familiares porque brindan confortabilidad. Por otra parte, la impaciencia, la timidez, la falta de confianza en sí mismo, son factores emocionales que afectan la creatividad.

La evaluación de las alternativas o cursos de acción a seguir requiere la proyección de los efectos o sea el examen anticipado de los problemas de la implementación. A tal efecto hay que preguntarse ¿qué puede pasar? y ¿qué hacer si ello ocurre?

Los criterios de evaluación pueden clasificarse en obligatorios y deseados, en consecuencia a los fines de la evaluación se ponderan los cursos de acción en función de: 1) Los que cumplen con los criterios obligatorios, los que no se descartan; 2) En qué medida responden a los criterios deseados.

Un simple y buen procedimiento para evaluar la alternativa es hacer un inventario de los pro y de los contra de cada una de ellas. En general cuando hay que tomar una decisión hay más preocupación por las consecuencias negativas que por las eventuales ventajas.

Por lo tanto, esta actitud conservadora, se supera cuando las ventajas potenciales superan considerablemente las desventajas, a fin de inclinar la balanza. Por tal razón, es probable que una gran cantidad de buenas ideas se descarten por no superar la aludida barrera.

Es posible elegir el curso de acción a seguir de manera simple, identificando al que se considere preferible o estableciendo un rango en el que a cada alternativa se confronta respectivamente con las demás.

Norman Maier (Toma de decisiones en grupo - Trillas 1980) ha señalado que una decisión para ser eficaz no sólo debe reunir las condiciones cualitativas necesarias, sino que además deben ser aceptadas por el responsable de su implementación. Este concepto está contenido en la denominada fórmula de Maier: $ED=CxA$ en donde: 1) ED es la eficiencia de la decisión; 2) C es la calidad de la decisión según fueran sus atributos objetivos; 3) A es el nivel de aceptación de las personas que deben trabajar con ellas. En base a esta fórmula se distinguen tres clases de decisiones: 1) Calidad alta y aceptación no crítica; 2) Aceptación alta pero la calidad no es crítica; 3) Calidad y aceptación alta.

En el desarrollo de los cursos de acción hay un punto de inflexión que es el de pasar de la evaluación a la elección del curso de acción.

La metodología de Kepner y Tregoe en el proceso de resolución de problemas (RP/TD) distingue cuatro procesos separados: 1) El análisis de la situación o de la preocupación; 2) El análisis de los problemas; 3) El análisis de la decisión; 4) El análisis de los problemas potenciales.

Una vez elegido el curso de acción es necesario ocuparse de su implementación. Esto requiere planificar la implementación y el seguimiento ulterior.

La planificación de la implementación debe contemplar: 1) La resolución de cuestiones específicas, quién, cómo, cuándo, dónde, con qué; 2) La comunicación de la decisión; 3) La adopción del monitoreo de la implementación.

La comunicación de una decisión debe ser eficaz y estar orientada a la acción que debe buscar el resultado esperado. Existe una brecha entre el comunicador y las personas a ser comunicadas según fuera el grado de comprensión y compromiso, la que debe salvarse a través de la escucha de opiniones y respuestas a las preguntas.

Todo proceso de RP/TD es una situación de cambio que comprende tres etapas: 1) Diagnóstico de la situación actual; 2) Diseño de la situación deseada; 3) Implementación de la situación deseada. Cuando hay que transformar algún elemento de la organización, es posible la intervención en otros componentes de ella, como ser, el rediseño de la estructura organizativa, modificación en el sistema de información, capacitación del personal, entre otros.

La implementación de la decisión exige analizar las posibles reacciones de las personas, así como la adopción de medidas tendientes a producir el cambio previsto. Los motivos por los cuales hay resistencia al cambio depende de: 1) Consecuencias personales desfavorables; 2) Barreras psicológicas como es la de confrontar una realidad desagradable o el temor a lo desconocido; 3) Barreras intelectuales como falta de conocimiento o modelos mentales cerrados.

Además, existen formas indirectas de manifestar la resistencia en el cambio: pedir más detalles, restar importancia, mantener silencio, cuestionar la metodología, presionar por soluciones inmediatas.

En muchas ocasiones, la resistencia no es al cambio en sí mismo, sino a la imposición al cambio, consecuencia de las barreras psicológicas o intelectuales. También hay cambios que generan sentimientos positivos y entusiasmo por un futuro mejor, satisfacción por ser reconocido por las ideas propias, liberación de una situación desagradable.

Muchas veces los cambios que se pretenden lograr necesitan también del cambio en el propio comportamiento. Así por ejemplo, el desarrollo de la iniciativa de los subordinados requiere que el líder no adopte una conducta autoritaria o controladora.

Alinear a la gente en el camino hacia la situación deseada requiere trabajar en varios frentes: 1) Comunicación eficaz; 2) Análisis político para identificar aliados, indiferentes y opositores; 3) Desarrollo de la motivación de las personas involucradas en el cambio; 4) Superar la resistencia al cambio, lo que implica indagar, escuchar e identificar el tipo de resistencia; 5) Manejo adecuado de la transición de una situación a otra aprovechando de casos exitosos y del logro de objetivos a corto plazo.

La adopción de medidas de control del cumplimiento del objetivo es indispensable para desencadenar un nuevo proceso de toma de decisiones y así sucesivamente. ■

Bibliografía: Conceptos y Herramientas de Management. Cuaderno N°2. Dirección Académica. Santiago Lazzati.

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

ExpomedICAL 2025

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

24.25.26 | SEPTIEMBRE

Centro Costa Salguero. Buenos Aires, Argentina

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

EN CONJUNTO CON

21.ªs JORNADAS

DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA

ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN:

 **MERCOFERIAS S.R.L.**

  (54-9-11) 3692-5890
 info@expomedical.com.ar

   [expomedical](https://www.expomedical.com.ar)
www.expomedical.com.ar

EL PAPEL DE LA TELEMEDICINA EN LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA



Por el Dr. Carlos Felice (*)

Introducción

La telemedicina ha surgido como una herramienta transformadora en el sector de la salud, aprovechando los avances tecnológicos para cerrar brechas en la accesibilidad y mejorar la calidad de la atención. Lejos de limitarse a las consultas por video, la telemedicina abarca una amplia gama de aplicaciones, incluidas la monitorización y el diagnóstico a distancia, junto con las innovaciones en salud digital. Este artículo explora el impacto y la importancia de la telemedicina, centrándose en su papel en la mejora de la prestación de servicios de salud, particularmente en áreas preservadas, y su potencial para remodelar el futuro de la medicina.

La evolución de la telemedicina

La telemedicina ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años, impulsada por los avances tecnológicos, la expansión de la infraestructura digital y la creciente demanda de acceso equitativo a la atención médica. La pandemia de COVID-19 aceleró aún más su adopción, destacando su potencial para brindar atención médica oportuna y minimizar el contacto físico. En América Latina y el Caribe, por ejemplo, se proyecta que la telemedicina se convertirá en una piedra angular de los sistemas de salud para 2025-2026, apoyada por los avances en inteligencia artificial (IA), marcos regulatorios e integración con los sistemas de seguros.

Accesibilidad: superando barreras geográficas y temporales

Uno de los beneficios más importantes de la telemedicina es su capacidad para superar las barreras geográficas y temporales al acceso a la atención médica. En zonas rurales o remotas, donde a menudo no hay servicios médicos especializados disponibles, la telemedicina permite a los pacientes consultar con expertos sin necesidad de viajar largas distancias. Esto es particularmente crucial para las personas con enfermedades crónicas que requieren un seguimiento regular y para quienes viven en regiones con escasez de profesionales de la salud.

Por ejemplo, los estudios han demostrado que la telemedicina ha mejorado significativamente el acceso a los servicios de salud en comunidades marginadas, reduciendo las disparidades en la

atención médica. Se espera que la expansión de las redes 5G y la transformación digital en América Latina mejoren aún más el alcance de la telemedicina, convirtiéndola en una herramienta vital para democratizar la atención médica.

Calidad de la atención: mejora de los resultados de los pacientes

La telemedicina no sólo se trata de accesibilidad, sino también de mejorar la calidad de la atención. Al permitir consultas en tiempo real, monitoreo remoto y toma de decisiones basada en datos, la telemedicina mejora la eficiencia y eficacia de las intervenciones médicas. Por ejemplo, la telemonitorización permite a los proveedores de atención médica rastrear los signos vitales y las métricas de salud de los pacientes de forma remota, lo que permite la detección temprana de posibles problemas y realizar intervenciones oportunas.

Además, la telemedicina facilita la colaboración multidisciplinaria, permitiendo que especialistas de diferentes ubicaciones trabajen juntos en casos complejos. Este enfoque colaborativo mejora la precisión del diagnóstico y los resultados del tratamiento, lo que en última instancia beneficia a los pacientes. La integración de la IA y el análisis de big data mejora aún más el potencial de la telemedicina al brindar atención personalizada y conocimientos predictivos.

Desafíos y consideraciones

Cuestiones legales y éticas

La implementación de la telemedicina plantea varias consideraciones legales y éticas, incluidas la privacidad de los datos, la seguridad y el consentimiento informado. La protección de la información sanitaria confidencial de los pacientes es de suma importancia y deben implementarse medidas sólidas de ciberseguridad para prevenir violaciones de datos. Además, se necesitan regulaciones y pautas claras para regular las prácticas de telemedicina y garantizar la rendición de cuentas.

Capacitación y adopción

Los profesionales sanitarios y los pacientes deben recibir la formación adecuada para utilizar eficazmente las tecnologías de telemedicina. Generar confianza en la telemedicina tanto entre los proveedores como entre los pacientes es crucial para su adopción generalizada. Las iniciativas educativas y las plataformas fáciles de usar pueden ayudar a abordar este desafío.

Infraestructura y costos

La implementación exitosa de la telemedicina requiere una inversión significativa en infraestructura, incluidas redes de banda ancha, dispositivos digitales y plataformas de telemedicina. Los responsables de políticas y las organizaciones de atención médica deben asignar recursos para desarrollar y mantener sistemas de telemedicina, particularmente en entornos de bajos recursos.

Tendencias futuras en telemedicina

Inteligencia artificial y automatización

Se espera que la IA desempeñe un papel cada vez más destacado en la telemedicina, permitiendo diagnósticos avanza-

“ La telemedicina facilita la colaboración multidisciplinaria, permitiendo que especialistas de diferentes ubicaciones trabajen juntos en casos complejos. Este enfoque colaborativo mejora la precisión del diagnóstico y los resultados del tratamiento, lo que en última instancia beneficia a los pacientes. ”

dos, análisis predictivos y flujos de trabajo automatizados. Por ejemplo, los chatbots y los asistentes virtuales impulsados por IA pueden brindar consultas iniciales y clasificar a los pacientes, agilizando el proceso de atención.

Ampliación del monitoreo remoto

Es probable que se expanda el uso de dispositivos portátiles y tecnologías de monitoreo remoto, lo que permitirá el seguimiento continuo de la salud y el intercambio de datos en tiempo real. Estas innovaciones permitirán una atención más proactiva y preventiva, reduciendo la carga sobre los centros de atención médica.

Interoperabilidad e integración de datos

La interoperabilidad de las plataformas de telemedicina con los sistemas EHR y otras herramientas de salud digital será un área de enfoque clave. La estandarización de los formatos de datos y la garantía de un intercambio fluido de datos mejorarán la eficiencia y la eficacia de los servicios de telemedicina.

Conclusión

La telemedicina representa un cambio de paradigma en la prestación de servicios de salud y ofrece soluciones a desafíos de

larga data relacionados con el acceso, la calidad y la eficiencia. Al aprovechar las tecnologías digitales, la telemedicina tiene el potencial de cerrar brechas geográficas y socioeconómicas, mejorar los resultados de los pacientes y permitir una atención personalizada. Sin embargo, su éxito depende de abordar desafíos como la brecha digital, las cuestiones legales y éticas y los requisitos de infraestructura.

A medida que los sistemas de atención sanitaria continúan evolucionando, la telemedicina sin duda desempeñará un papel central en la configuración del futuro de la atención sanitaria. Los responsables de políticas, los proveedores de atención médica y los desarrolladores de tecnología deben colaborar para garantizar que la telemedicina se implemente de manera inclusiva, equitativa y sostenible. ■

Referencias:

- ✓ Cuidado Expandir. (2025). Tendencias en Telemedicina: Transformando la Atención al Paciente en 2025.
- ✓ Tendencias de TI. (2025). Tendencias 2025 en tecnología de la salud: gemelos digitales, robótica, IA, chatbots, avatares y telemedicina. Recuperado de: <https://www.itrends.es/transformacion-digital/2025/02/tendencias-2025-en-health-tech-gemelos-digitales-robotica-ia-chatbots-avatares-y-telemedicina>
- ✓ Radiología Latam. (2025). Recuperado de: <https://radiologialatam.com/conferencias-salud-digital-2025/>
- ✓ Revista Médica. (2023). Recuperado de: <https://revistamedica.com/impacto-telemedicina-calidad-atencion-medica/>
- ✓ Revista Sanitaria de Investigación. (2025). Telemedicina y atención a distancia.
- ✓ Médico inteligente. (2025). El Uso de la Telemedicina en la Atención Médica: Ventajas y Desafíos. Recuperado de: <https://www.smart-medic.com/el-uso-de-la-telemedicina-en-la-atencion-medica-ventajas-y-desafios/>

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



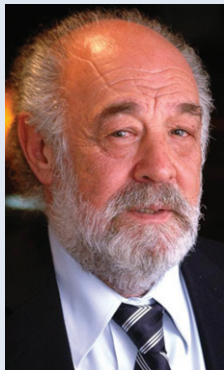
LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN DE SALUD

	
	
SISTEMAS	ASESORIA LEGAL
RECURSOS HUMANOS	CAPACITACIÓN

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

www.prosanity.com.ar

LA HISTORIA EN PRESENTE PERPETUO: A CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA



"En el hoy están los ayeres".
Jorge Luis Borges

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

El quinto aniversario del inicio de la pandemia del covid nos compele a un balance, a una retrospectiva, pero sobre todo a una mirada prospectiva. Claro que son posibles muchas interpretaciones, y por eso mismo puede ser provechoso sopesar la distancia con la advertencia que Walter Benjamin hacía sobre la historia y el progreso.

Es por demás conocido su fragmento a propósito del cuadro *Angelus Novus*, a partir del cual la historia del progreso es una catástrofe que amontona ruina sobre ruina, y que genera tanto pavor que impide mirar al futuro de frente. "La pandemia" es hoy un recuerdo doloroso para algunos y casi nostálgico para otros, una especie de curiosidad histórico-biográfica. Pero en general se comparte la sensación de ocupar un pasado que se quiere dejar atrás.

La pandemia, por el contrario, todavía es un tiempo actual, y no podemos evaluarlo bajo el prisma de la historia, aunque mayormente se pretenda enterrarlo y casi olvidarlo como un trauma. El mero hecho de nombrarlo y rememorar aspectos y anécdotas, e incluso estadísticas, no implica una evaluación seria ni un análisis genuino. El desafío pasa por desentrañar su núcleo esencial.

Dijimos desde un principio que la pandemia corría un telón que mostraba una realidad, pero pasados ya cinco años podemos asegurar que no se la quiso ver. Se evidenciaron múltiples fallas, pero se optó por el (auto) engaño. "Volvamos a la normalidad", se pedía, y "volvimos", pero, precisamente, la "normalidad" era y es el verdadero problema.

El coronavirus, lo mismo que el dengue y otros virus e infecciones, muestran la **falla estructural de un planteo sistemático sanitario y científico-tecnológico**. Constituyen un fenómeno político, social y cultural (además de económico), un verdadero *stress test* para la sanidad pública, que nos compele a recordar a Mario Bunge, quien señaló que no hay estructura sin sistema, ni sistema sin función, función sin órgano, ni órgano sin finalidad.

En este caso, la finalidad es la salud, y el órgano debe ser un Gabinete Estratégico de Gestión Operacional (en lugar de un Comité de crisis), que debería contar con componentes que ya existen, pero no están articulados y, por tanto, tampoco aprovechados. Para así responder a los requisitos de un "tablero de comando" al servicio de la tríada planificación-gestión-evaluación, en una situación dinámica e inestable. En este sentido, resultan provechosas las enseñanzas de René Thom, quien desarrollara la modelización de los sistemas complejos y las nociones topológicas frente a las catástrofes.

Muy lejos de estos planteos que hacíamos desde el inicio de la pandemia (e incluso antes, a propósito del dengue) que buscan desentrañar la complejidad del asunto, se apeló por el contrario a simplificaciones como "salud o economía", o "cuarentena sí, cuarentena no", o reducir toda la respuesta sanitaria a conseguir lo más rápido posible la vacuna que fuera.

El falso dilema de "salud o economía", por caso, eludía la dimensión real tanto de la naturaleza sanitaria como de la realidad económica y su inseparable nexo. Sus consecuencias fueron nefastas en ambos niveles. Miles y hasta millones de ciudadanos debían salir a ganarse la vida, a costa de exponerse al contagio mientras que algunos podían limitar su exposición, en parte gracias al trabajo de los primeros. Por solo mencionar lo evidente.

Los defectos de una sociedad ciega, de una economía desigual y de una sanidad astillada y degradada fueron expuestos, pero no parecen haber impelido a transformaciones profundas ni mucho menos. Apenas, acaso, a desilusiones políticas y búsquedas de alternativas altisonantes.

En términos de "números", tenemos "más de 130.000 muertos" que oculta diferenciar cuáles fueron muertos *por covid*, con covid o por desatención de otras patologías, entre ellas alteraciones cardíacas, pulmonares, entre otras, potenciadas además porque los Centros de Atención Primaria (CAP) fueron transformados en vacunatorios. Por no citar los geriátricos, obligando a los adultos mayores al sedentarismo forzado y al aislamiento prolongado.

La vacuna más precoz del mundo fue celebrada como un gran avance de la ciencia, cuando se trató de una especie de *chivo expiatorio positivo*, una salvaguardia de toda la impotencia generada por el sistema sanitario, político, económico y social. Pretendida casi como una cura milagrosa, algo que las vacunas no son por definición. Su precisa medición es ardua y variable, además de continua, pero en definitiva menos importante que la evaluación del completo proceso de atención sanitaria.

La pregunta más crucial podría ser: ¿estamos más preparados que hace cinco años para una nueva -y distinta- pandemia? La respuesta no es lineal, pero hay muy pocos elementos consistentes -si acaso alguno- que lleven a una respuesta afirmativa. Lo cierto es que las prioridades que nos había impuesto la pandemia no las hemos reparado: seguimos sin médicos (distribuidos de manera racional en especialidades y territorios y disponibilidad de atención equitativa), sin personal de enfermería suficiente y jerarquizado, sin la infraestructura adecuada, sin los equipos ejecutivos de gestión, sin siquiera un Observatorio Nacional de Salud que genere datos fidedignos e información permanente, y un largo etc.

Se sigue ocultando además que existieron alertas, como la que explicitó en 2015 la OMS, dando normas de prevención ante la posibilidad de una pandemia, de una manera específica y clara. Lo mismo se silenciaron los aportes básicos de la teoría epidémica que data de 1928, elaborada por Reed y Frost; o la propia Convención de Ginebra de 1960 con protocolos sobre escenarios pandémicos.

Pero lo que es más grave, en la actualidad debemos sumar un *"gran paso hacia atrás"* de nuestro país, al quedar voluntariamente al margen del reciente acuerdo de la OMS. Un pacto vinculante de colaboración mundial ante eventuales pandemias futuras, que incluye desde un sistema de acceso a patógenos a una *cadena mundial de suministro* y una *red logística*, entre otras cuestiones.

Hemos advertido sobre la gravedad de quedar relegados de la principal red sanitaria global, con un gesto de superioridad irrisorio, y lo falaz de suponer en ello algún atributo de soberanía, cuando se trata más bien de lo contrario (teniendo en cuenta los tratados internacionales de jerarquía constitucional que nos hacen parte del organismo).

“ El coronavirus, lo mismo que el dengue y otros virus e infecciones, muestran la falla estructural de un planteo sistemático sanitario y científico-tecnológico. Constituyen un fenómeno político, social y cultural (además de económico), un verdadero *stress test* para la sanidad pública, que nos compele a recordar a Mario Bunge, quien señaló que no hay estructura sin sistema, ni sistema sin función, función sin órgano, ni órgano sin finalidad. ”

Por último, más allá de responsabilidades en la dirección de la política sanitaria, se trata de transparentar estos y otros errores para aprender de ellos. Es indiscutible que ciertas medidas de interdicción y hasta de aislamiento son necesarias en una pandemia, pero mantener por un año a personas mayores encerradas en un departamento o un geriátrico afecta su salud motriz, emocional, e inmunológica de manera demasiado costosa.

Así como la falta de ingresos en amplios sectores sociales vulnerables agrava uno de los mayores factores de enfermedad: la pobreza. Porque, como también se dijo en su momento, más que pandemia se trató de una *sindemia*, en la que convergen distintas problemáticas sanitarias que abrevan en la especificidad de cada sociedad.

Hemos mencionado alguna vez la idea de otra pandemia, una más silenciosa y por ello más insidiosa: la pandemia de la ignorancia, la negación y la negligencia. El miedo y la ceguera cognitiva terminan por atrofiar el pensamiento crítico y debilitar el juicio colectivo. Pero hay algo aún más alarmante: la persistencia del **autoengaño**.

Porque la mayor trampa no fue no haber previsto lo imprevisible, sino haber actuado como si tuviéramos un sistema sanitario eficiente cuando en realidad no lo teníamos. Reconocer esa ausencia estructural -más allá de esfuerzos individuales y logros parciales- no es un acto de pesimismo, sino el primer paso indispensable para construir algo real. Como suele decirse, reconocer el problema es el primer paso para superarlo. ■

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



UCA

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2025

GRADO - MARZO 2025

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

MÁS
INFORMACIÓN



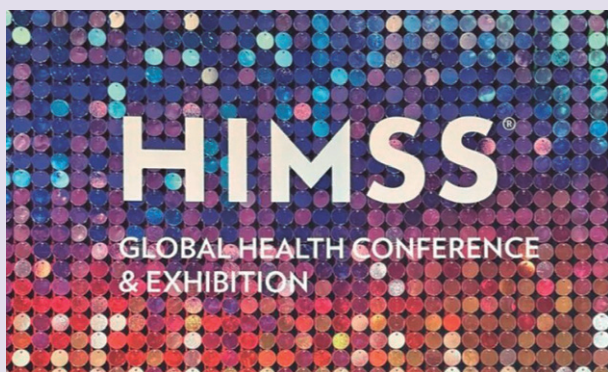
HIMSS 2025: LO QUE DEJÓ LA MAYOR FERIA DE TECNOLOGÍA EN SALUD



Por el Dr. Federico Agustín Pedernera (*)

Haber asistido a la conferencia de HIMSS 2025 en Las Vegas me dejó una serie de certezas que se confirman y otras preguntas que siguen abiertas. La inteligencia artificial (IA) en salud ya no es un concepto futurista, es una realidad instalada, la cantidad de veces que vi la expresión A.I., es incontable. Pero estoy convencido que no está aquí para reemplazar ni sustituir a los profesionales de la salud, sino para asistir, optimizar y, en algunos casos, desafiar la manera en que trabajamos.

HIMSS Global Health Conference, la feria más grande del mundo en tecnología sanitaria dejó muchas cosas para analizar. Desde avances esperados hasta grandes ausencias, pasando por tendencias que parecen consolidarse. Comparto los puntos más relevantes:



Automatización del registro clínico y la documentación: el fin del tipeo (o casi...)

Los sistemas de reconocimiento de voz siguen evolucionando. La idea de que un médico no tenga que escribir sino hablar y que la IA estructure el contenido es atractiva, pero todavía imperfecta. Pensar que el dictado va a resolver muchos de los problemas relativos al subregistro clínico es mirar una pequeña parte del problema. Aunque, claramente, nos deslumbra la posibilidad de poder usar un método distinto a la escritura tradicional en un

teclado o dispositivo como el stylus y sin que tengamos que usar las manos para ingresar información, es muy atractivo.

Los escribas digitales están en auge. Son varias las empresas que están brindando servicios de asistencia con “copilotos” que buscan reducir el tiempo de documentación médica y optimizar el flujo de trabajo. Sin embargo, pensar que estos sistemas pueden eliminar por completo la necesidad de revisión es un error. La responsabilidad implícita en la documentación clínica hace que la supervisión humana siga siendo esencial.

Aunque estos asistentes pueden agilizar tareas, aún queda el desafío de lograr una IA que comprenda el contexto clínico y realmente reduzca la carga administrativa sin comprometer la precisión ni la seguridad de la información.

Entonces surge la pregunta: ¿cómo aseguramos que la IA entienda el contexto clínico y no solo transcriba palabras? Ahí está el verdadero desafío. Creo que debemos esperar un poco más para que puedan incorporar en sus lógicas y algoritmos la noción del contexto en donde se dan las interacciones en salud. Porque la verdad es que tenemos mucha variabilidad, y sin esa comprensión real, cualquier automatización puede ser más un problema que una solución.

Pero más allá del reconocimiento de voz y la automatización de notas, la pregunta de fondo sigue sin respuesta: ¿qué tanto recuperaremos del tiempo perdido con los pacientes? Porque, al final del día, no se trata solo de eficiencia, sino de permitir que los profesionales de la salud vuelvan a centrarse en lo que realmente importa: el contacto humano, la escucha atenta y la personalización del cuidado.

La tecnología debería servir para liberar tiempo valioso y mejorar la relación médico-paciente, en lugar de convertirse en una capa adicional de burocracia digital. Si la IA y la automatización no logran esto, entonces estaremos perdiendo una oportunidad enorme para devolverle a la medicina su esencia.

Codificación y facturación automatizada: menos papel, más eficiencia (¿y mejores auditorías futuras?)

Los sistemas de IA para la codificación médica están madurando. Esto impacta directamente en la optimización de facturación y reducción de errores administrativos. La incorporación de la IA en los procesos de codificación prestacional permite entender el accionar médico de forma más precisa.

Comprender mejor lo que se registra del acto sanitario puede llevarnos a una mayor precisión en la asignación de códigos, reduciendo errores y mejorando la calidad de la información utilizada en auditorías y gestión de costos.

La integración de las soluciones con soporte en IA en los sistemas de gestión clínica permite realmente aprovechar el concepto de captura primaria de los datos e información sanitaria. Se buscan soluciones que integren inteligencia artificial con registros electrónicos para mejorar la transparencia en los procesos de pago y auditoría médica, asegurando una mayor trazabilidad y precisión en la documentación del acto médico.

Se promete más automatización y menos burocracia, pero ¿serán estas soluciones lo suficientemente flexibles para la práctica diaria?

La automatización, sin embargo, debe priorizar la calidad antes que la eficiencia, y hacer procesos más rápidos sin asegurar que sean efectivos solo amplifica los errores. Seguramente haya que contemplar los efectos colaterales de la automatización de procesos, para evitar que impacte negativamente en la calidad de los servicios. La velocidad y la fluidez sin fricción, sin definiciones



claras ni supervisión, pueden transformarse en amplificadores de errores y daños consecuentes.

La clave está en equilibrar la automatización con la supervisión adecuada, garantizando que la eficiencia no comprometa la seguridad ni la calidad del acto sanitario.

Interoperabilidad: el viejo problema con nuevas soluciones (o no)

Por suerte, o no (y no lo sé a ciencia cierta), aún se continúa conversando sobre la necesidad de interoperar más y mejor en los sistemas de salud. La realidad es que faltan varios aspectos por pulir (la mayoría apoyados en los intereses contrapuestos de las partes que debieran comunicarse) para que podamos pensar en un circuito donde la información sanitaria fluya sin trabas.

La interoperabilidad sigue siendo el gran tema. Hablamos de

sistemas que deben comunicarse sin fricciones, pero la realidad es que el camino sigue siendo complejo. FHIR R5, su *release* número 5, sigue pujando para lograr una mayor adopción. En este punto, creo que no hay una conciencia real de la importancia de los acuerdos, porque los incentivos siguen sin alinearse. Se continúan demostrando los beneficios del uso de estándares como FHIR, pero la implementación real sigue siendo un dolor de cabeza para muchas instituciones.

Probablemente, como efecto de la concientización sobre la interoperabilidad, se está viendo el resurgimiento de las soluciones desarrolladas *in-house*, que empiezan a reemplazar soluciones monolíticas que, quizás, no tienen la capacidad (o no les dan los costos) para adecuarse a las nuevas demandas, como la adopción de soluciones puntuales (con o sin IA). Estas soluciones, necesitan consumir servicios de otras soluciones de nicho, y es aquí donde los estándares, y FHIR en particular, demuestran sus virtudes y generan beneficios.

También noté que hay un consenso en donde vemos a la interoperabilidad total como un estado ideal al que aspiramos, como si fuese una utopía. Por lo pronto, aspiro a que siempre sigamos teniendo al menos un norte en este sentido de la gestión sanitaria. Una de las preguntas que dejó HIMSS 2025 es: *¿alguna vez lograremos una interoperabilidad real o siempre será una utopía regulatoria?*

Y se me ocurre pensar que, si la IA puede ayudar en algo (como lo hace con la escritura de código de programación), debería ser en facilitar estos procesos de integración en lugar de agregar más capas de complejidad. Y ojalá que la magia que terminamos esperando de la IA pueda ayudarnos a encontrar la interoperabilidad de alguna manera más fácil de adoptar, con menos barreras técnicas y resistencias institucionales. La Interoperabilidad Organizacional, se las debo...



CHK

Consultores de Salud



**Atención
especializada**

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

Contacto:

Teléfono + 54 11-3698-6400

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



IA para la seguridad del paciente y predicción de riesgos: más sensores, mejor calidad y mayor seguridad (no sé de precios)

Por lo que pude apreciar, cada vez quedan menos dispositivos médicos que no tengan algún grado de integración con soluciones basadas en algún tipo de IA. La mayoría de estos dispositivos están destinados al cuidado directo del paciente o al autocuidado, incluyendo sensores para prevenir caídas, algoritmos que detectan signos tempranos de deterioro y sistemas inteligentes para mejorar la seguridad hospitalaria.

Y lo que pasa con el paciente, también está pasando en las instalaciones hospitalarias. Ya es una realidad que las salas, las habitaciones y los quirófanos estén asistidos por dispositivos, cámaras y sensores que se integran a los procesos. Esto permite un monitoreo en tiempo real del flujo de pacientes y personal, así como una detección precoz de eventos adversos, lo que nos permitirá anticiparnos a los problemas y mejorar la eficiencia operativa sin comprometer la seguridad.

Dentro de toda esta innovación, increíblemente veloz, queda el fantasma de los precios y los costos (no todos evidentes ni muy claros). Es un gran desafío pensar cómo abordar estas decisiones, y dónde este costo será inversión o gasto. La implementación de estos sistemas sigue siendo costosa y requiere un cambio cultural dentro de los hospitales, lo que plantea preguntas fundamentales sobre sostenibilidad y prioridades en la adopción de tecnología.

Definitivamente, la incorporación de la IA podría mejorar los aspectos concernientes a la equidad en el acceso a los servicios en los sistemas de salud, si permitiese aumentar la efectividad y calidad de los servicios. La IA tiene el potencial de asistir en la toma de decisiones clínicas y mejorar la equidad en salud. Pero si solo se usa para mejorar la eficiencia de procesos sin alcanzar primero un nivel óptimo de efectividad, los riesgos pueden ser enormes.

Quedan grandes y nuevos desafíos por enfrentar (seguro que hay más)

La IA ha avanzado muchísimo, pero con ella han llegado preguntas fundamentales:

- **Regulación y ética:** se viene conversando mucho sobre distintas formas y alternativas para encuadrar normativamente a la IA. Pero no es una única solución, son incontables modelos e instancias donde se implementan soluciones con algún grado de gestión soportada en IA. Por lo pronto, sin discusión alguna, hay que definir cómo adecuar estas tecnologías con los intereses por la seguridad, privacidad y transparencia de la información de las personas y las organizaciones. Además, la regulación no puede frenar la innovación, pero tampoco puede permitir que avancemos sin control.

- **Sostenibilidad financiera:** no me ha quedado claro, y es entendible en el marco de este evento, cómo se va a financiar y sostener toda esta movida, ya que la adopción de nuevas tecnologías requiere inversiones significativas, inmensas a veces y sin relación de reasignación presupuestaria en las estructuras actuales. Muchos hospitales y clínicas aún luchan con sistemas antiguos y presupuestos ajustados. ¿Cómo hacer para que la transformación digital sea accesible para todos??

- **Ciberseguridad:** más digitalización significa más oportunidades, pero también más riesgos. La ciberseguridad en salud ya no es solo una preocupación técnica, es una cuestión de confianza y estabilidad del sistema sanitario. La implementación de IA y la hiperconectividad de los sistemas están resolviendo problemas antiguos, pero también develando nuevos conflictos en el horizonte. Se están automatizando procesos clave, se optimizan respuestas y se mejora la detección de amenazas, pero al mismo tiempo surgen vulnerabilidades inéditas que antes no existían. La ciberseguridad fue una de las estrellas de esta conferencia, y no es para menos: cualquier avance en salud digital debe estar respaldado por una estrategia sólida de protección de datos y prevención de ciberataques. La confiabilidad del ecosistema sanitario depende de ello.

- **Efectividad antes que eficiencia:** si la IA en salud tiene una misión, no debería ser solo hacer las cosas más rápido o barato. Primero debería enfocarse en hacerlas bien, mejorar la equidad y asegurar calidad. No alcanzar los resultados deseados no debería ser el punto de partida para buscar ahorros operativos. La eficiencia sin efectividad no solo es ineficaz, sino que puede amplificar errores y aumentar riesgos en la atención. Cuando la efectividad esté garantizada, cuando sepamos que los procesos cumplen con los objetivos clínicos y mejoran los resultados en salud, recién ahí podemos hablar de eficiencia. De lo contrario, cualquier intento de optimización se convierte en una falsa solución, con consecuencias difíciles de revertir.

Conclusión: IA, interoperabilidad y un futuro incierto pero prometedor

HIMSS 2025 dejó claro que la IA en salud ya no es una promesa, es una realidad. Pero lo que realmente importa no es la tecnología en sí, sino cómo la usamos. La clave está en una implementación efectiva, regulada y centrada en el paciente.

Si la IA realmente quiere transformar la salud, no debe limitarse a optimizar procesos, sino ayudar a resolver problemas estructurales de acceso, equidad y calidad. No tiene sentido realizar semejante inversión simplemente para continuar incorporando tecnologías, cuando podríamos estar perdiendo de vista el verdadero sentido del cuidado de la salud de las personas y las poblaciones. Tenemos que volver a una medicina más humana, y ese debería ser el verdadero propósito de la IA en salud: darnos más espacio y tiempo para los vínculos entre nosotros, para que la tecnología no reemplace la relación médico-paciente, sino que la potencie y la fortalezca.

¿Hacia dónde evolucionará la IA en salud? Esa es la gran pregunta que nos llevamos de Las Vegas. Se vienen cambios importantes, pero la velocidad y dirección dependerán de cómo enfrentemos estos desafíos. ■

(*) Médico y MBA. Cofundador de Recetario RCTA y de Epicrisis HCE.

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

Equipo propio de abogados y peritos especializados
Servicios de asesoramiento legal y defensa en juicios
Cobertura civil y penal en todo el territorio nacional para profesionales de la salud



ASOCIACIÓN DE
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



AMM: Junín 1440. Tel/Fax: (5411) 4806-1011 | asociacion@medicos-municipales.org.ar | www.medicos-municipales.org.ar
SEGUROS MEDICOS: Viamonte 1674. Tel: (5411) 5811-3510 / 3918 / 3519 | info@segurosmedicos.com.ar | www.segurosmedicos.com.ar

Nº de inscripción en SSN
0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

DEMOGRAFÍA EN REVERSA: CÓMO EL DESCENSO DE LA NATALIDAD Y EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL PONEN EN JAQUE A LOS SISTEMAS DE SALUD SOLIDARIOS



Por el Dr. David Aruachan (*)

En el siglo XXI, el mundo atraviesa una transformación demográfica sin precedentes. Por primera vez en la historia, en muchos países hay más personas mayores de 65 años que niños menores de 5. Este cambio tiene consecuencias profundas en todos los ámbitos de la vida social, económica y sanitaria. Y aunque parece un fenómeno lejano, en la Argentina ya estamos viendo sus efectos.

Un modelo solidario que ya no se sostiene

Los sistemas de salud solidarios, como el argentino, se construyen sobre el principio de equidad intergeneracional: los trabajadores activos financian, con sus aportes al sistema, la atención médica de quienes ya no están en edad productiva, principalmente los adultos mayores.

Este modelo funciona bajo la lógica del seguro social, donde los aportes obligatorios de empleados y empleadores alimentan un fondo común que permite sostener el acceso universal a servicios de salud. Sin embargo, su sostenibilidad depende de una pirámide demográfica saludable, con una mayoría de población activa sosteniendo a una minoría pasiva.

Cuando esa estructura se invierte, como está ocurriendo en la Argentina, el sistema entra en tensión, ya que también debe

garantizar cobertura para la población activa: controles de salud, atención de enfermedades, embarazos, accidentes laborales y más. Es decir, no solo se trata de sostener a los adultos mayores, sino de brindar atención integral a toda la población aportante.

Hoy, esa pirámide se ha invertido. La tasa de natalidad en la Argentina cayó a 1,5 hijos por mujer en 2023 (cuando el reemplazo generacional requiere al menos 2,1), mientras que la expectativa de vida se acerca a los 77 años y sigue en aumento. Además, el avance de la medicina ha hecho que enfermedades antes letales se conviertan en crónicas, con altos costos de tratamiento.

Un sistema laboral informal y fragmentado

Como si esto fuera poco, el sistema argentino está altamente fragmentado y depende del empleo formal para financiarse. Pero solo el 50-60% de la población económicamente activa realiza aportes efectivos. La otra mitad está en la informalidad, monotributo o fuera del sistema. Esto genera una base contributiva insuficiente y volátil, incapaz de sostener el crecimiento de la demanda en el sector salud, especialmente la demanda asociada al envejecimiento.

En el marco de este envejecimiento sostenido, uno de los mayores desafíos es que el número de personas mayores que requieren atención crece a mayor velocidad que los recursos disponibles para financiarla.

Las instituciones responsables del aseguramiento y la cobertura médica para esta población deben afrontar una creciente presión financiera, producto de un mayor volumen de beneficiarios y de la incorporación constante de nuevas tecnologías, medicamentos y tratamientos de alto costo.

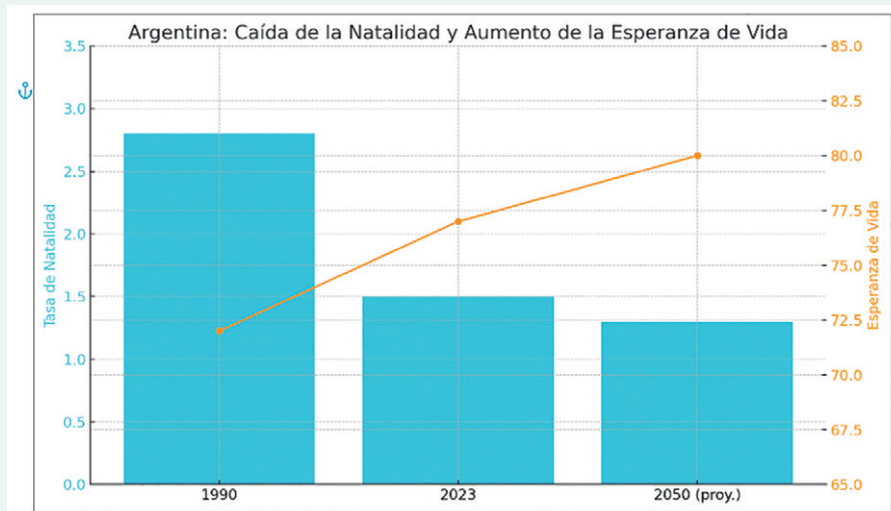
Sin un ajuste proporcional en los esquemas de financiamiento y una planificación estructural que contemple esta nueva realidad demográfica, la sostenibilidad del sistema se verá cada vez más comprometida.

Un sistema sin previsión para la longevidad

El sistema de salud argentino ha mostrado históricamente una gran dificultad para anticiparse a las transformaciones

demográficas. En lugar de planificar y prevenir, actúa en modo reactivo, resolviendo sobre la marcha demandas que se venían gestando desde hace tiempo. Esta lógica de “apagar incendios” se traduce en una baja inversión en estrategias de prevención, en cuidados de largo plazo y en la generación de políticas públicas sostenidas que acompañen el proceso de envejecimiento de la población.

La falta de redes de apoyo domiciliario, de infraestructura adaptada y de líneas de cuidado integrales evidencia una mirada cortoplacista que impide construir soluciones sostenibles frente a un fenómeno que, lejos de detenerse, se profundiza año tras año.



“Este modelo funciona bajo la lógica del seguro social, donde los aportes obligatorios de empleados y empleadores alimentan un fondo común que permite sostener el acceso universal a servicios de salud.”

En cambio, países como Japón, Alemania o Canadá han adoptado estrategias diversificadas y sostenidas para afrontar el envejecimiento de sus poblaciones. Japón, por ejemplo, implementó un sistema de cuidado a largo plazo financiado a través de una combinación de contribuciones individuales y apoyo estatal, que incluye cobertura para servicios domiciliarios, centros de día y cuidados institucionales.

Alemania estableció un seguro obligatorio de dependencia (Pflegeversicherung), con una lógica similar, que financia prestaciones adaptadas a distintos niveles de autonomía funcional. En Canadá, algunas provincias incorporaron mecanismos de evaluación de tecnologías sanitarias y modelos de atención integrada, y están explorando el uso de inteligencia artificial para anticipar necesidades en poblaciones longevas. Estos enfoques combinan financiamiento diversificado, planificación de largo plazo, y una fuerte inversión en infraestructura y prevención, lo que les permite ofrecer cobertura digna y sostenible sin comprometer la calidad del sistema en su conjunto.

Cuatro claves para una reforma posible

1. Desacoplar el financiamiento del empleo tradicional

Es urgente repensar de forma estructural las fuentes de financiamiento del sistema de salud. Atar el acceso a servicios esenciales a la formalidad laboral implica excluir o precarizar la cobertura de millones de personas en un país donde cerca del 50% de la población económicamente activa se encuentra en condiciones de informalidad, cuentapropismo o empleo intermitente. El vínculo entre empleo formal y cobertura de salud fue funcional en contextos de pleno empleo y crecimiento económico sostenido, pero hoy resulta insuficiente y desigual. La creciente desconexión entre la estructura del mercado laboral y la arquitectura del sistema sanitario está generando una brecha cada vez mayor entre quienes tienen acceso y quienes quedan fuera.

Es necesario avanzar hacia esquemas mixtos y universales de financiamiento, que incluyan aportes contributivos y no contributivos, con participación fiscal progresiva y mecanismos solidarios de redistribución. En este sentido, también resulta oportuno incorporar modalidades de copago regulado para ciertos niveles de ingreso y para prestaciones de baja complejidad, como estrategia de corresponsabilidad y uso racional de los recursos.

Además, puede explorarse la securitización de algunos productos o servicios sanitarios -como medicamentos de alto costo o tratamientos prolongados- mediante instrumentos financieros que distribuyan el riesgo entre múltiples actores y otorguen mayor previsibilidad presupuestaria. Este cambio permitiría garantizar el derecho a la salud como bien público, independientemente del tipo de inserción laboral del individuo, y daría mayor estabilidad financiera al sistema frente a las transformaciones del mundo del trabajo y la evolución tecnológica.

2. Fortalecer el financiamiento de la atención en la vejez

En un contexto de cambio demográfico acelerado, es indispensable revisar y reforzar los mecanismos de financiamiento para las prestaciones vinculadas al envejecimiento. La sosteni-

bilidad del sistema dependerá de la capacidad de distribuir los costos de manera equitativa, progresiva y racional entre los distintos actores del sistema, evitando que la carga recaiga de forma desproporcionada sobre las instituciones más expuestas. Esto requiere no solo recursos, sino también planificación, acuerdos interinstitucionales y una mirada de largo plazo que anticipe las necesidades crecientes de una población cada vez más longeva.

3. Reordenar el sistema con un Plan de Beneficios

Se necesita una canasta clara, explícita y priorizada de prestaciones que acompañe el ciclo vital de las personas, contemplando desde la prevención y promoción de la salud en etapas tempranas hasta el abordaje integral de las enfermedades crónicas y los cuidados en la vejez. Esta canasta debe definirse en función de criterios de valor en salud, evidencia científica y costo-efectividad, adaptados al contexto local, y con una mirada poblacional y no fragmentada.

Contar con un Plan de Beneficios bien definido permitiría generar previsibilidad financiera, mejorar la asignación de recursos, disminuir la discrecionalidad en las coberturas y, fundamentalmente, reducir la judicialización creciente. Asimismo, facilitaría la implementación de políticas de priorización sanitaria, transparencia en la toma de decisiones, y diálogo técnico entre financiadores, prestadores, reguladores y ciudadanía.

Avanzar hacia un modelo basado en un Plan de Beneficios implica también revisar periódicamente su contenido, incorporar procesos de evaluación de tecnologías sanitarias, y asegurar mecanismos de actualización dinámica en función de las necesidades sanitarias y la evolución tecnológica.

4. Invertir en prevención y cuidados

La sostenibilidad de un sistema de salud en una sociedad que envejece no puede depender únicamente de la atención de la enfermedad una vez instalada. Es necesario avanzar hacia un modelo que priorice activamente la prevención en todas las etapas de la vida, desde la promoción de hábitos saludables hasta el diagnóstico precoz y el control efectivo de enfermedades crónicas. Esto implica fortalecer los programas de salud comunitaria, ampliar la cobertura de controles periódicos y generar incentivos para que las personas accedan a cuidados preventivos antes de que surjan complicaciones mayores.

Asimismo, es imprescindible el desarrollo de una red de cuidados de largo plazo que contemple servicios domiciliarios, centros de día, cuidadores formados y sistemas de apoyo a familias, evitando hospitalizaciones innecesarias y descompensaciones que podrían haberse evitado con seguimiento adecuado. Estos cuidados no solo alivian la presión sobre el sistema hospitalario, sino que mejoran la calidad de vida de las personas mayores y de sus entornos. Sin una estrategia clara y sostenida en esta línea, el sistema continuará operando de forma reactiva, con altos costos financieros y humanos.

Un futuro que ya llegó...

El envejecimiento poblacional no es un problema del futuro: ya está entre nosotros. Ignorarlo es condenar al sistema de salud argentino a una crisis de sostenibilidad cada vez más profunda. Innovar, planificar y reformar no es opcional: es urgente. La pregunta no es si podemos afrontar este cambio, sino si estamos dispuestos a hacerlo antes de que sea demasiado tarde. ■

(*) 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.

8 DE MAYO DE 1945



"La concentración extrema de riqueza no solo es injusta, sino también es económica y políticamente peligrosa". Thomas Piketty

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

El **Día de la Victoria en Europa** fue el 8 de mayo de 1945, fecha en la que los Aliados de la Segunda Guerra Mundial aceptaron la rendición incondicional de la Alemania nazi y por tanto, la derrota de las Potencias del Eje en el teatro europeo de operaciones.

La rendición definitiva alemana fue firmada por el coronel general Alfred Jodl en Berlín, después de que fuera autorizado por Karl Dönitz, sucesor del Canciller.

El *Acta de rendición militar* se firmó en el Cuartel General de Dwight D. Eisenhower, Comandante Supremo Aliado en Europa, el 7 de mayo en Reims/Francia y el 8 de mayo el mariscal alemán Wilhelm Keitel firmó la rendición incondicional de la Wehrmacht en la sede militar de la Unión Soviética en "Karlshorst", Berlín /Alemania.

Pero ¿cómo comenzó esta tragedia donde murieron 50 millones de seres humanos?

El **ascenso de Adolf Hitler al poder** comenzó en septiembre de 1919 en Alemania cuando se unió al partido político conocido como *Deutsche Arbeiterpartei*, DAP, el Partido Obrero Alemán.

En 1920 cambió su nombre a *Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei* (NSDAP), Partido Nacionalsocialista Obrero Alemán, comúnmente denominado Partido Nazi.



Este partido político se formó y desarrolló durante la posguerra de la Primera Guerra Mundial, como partido antimarxista y opuesto al Tratado de Versalles y al gobierno democrático de posguerra de la República de Weimar.

Defendía el nacionalismo extremo y el pangermanismo, así como el antisemitismo y la xenofobia al diferente o al que pensaba distinto. Puede considerarse que el "ascenso" de Hitler terminó en marzo de 1933, después de que el Reichstag adoptara la Ley de Concesión de Plenos Poderes de 1933.

El 30 de enero de 1933 el presidente Paul von Hindenburg había nombrado a Hitler canceller tras una serie de elecciones parlamentarias y las consiguientes intrigas entre bastidores.

La ley de plenos poderes -si se aplicaba de forma despiadada y autoritaria- daba virtualmente a Hitler la capacidad de ejercer constitucionalmente a partir de ese momento un poder dictatorial y sin objeciones legales.⁽¹⁾

Algunos confunden la llegada de Hitler al poder con un proceso electoral.

La realidad es que una elite política y económica calificada como liberal autoritaria⁽²⁾ aprovechándose del sentimiento generado por el Pacto de Versalles de la Primera Guerra Mundial y sobre todo con miedo al socialismo en boga en esa época en Alemania, posibilitó el apoyo material y político para el ascenso de Hitler al poder.⁽³⁾

Además, creían que sería fácilmente controlable el gobierno nazi por esos poderes económicos poderosísimos.

Obviamente no sucedió... resultó incontrolable...

Este prólogo a mi artículo sirve para demostrar que la lógica no existe en la vida de los pueblos. Hoy asistimos a una preponderancia de gobiernos de extrema derecha en varias regiones del orbe incluido nuestro país.

La era del capitalismo financiarizado es la nueva estrategia del neoliberalismo, dónde la producción de bienes se reemplaza por el capital líquido mismo. Todo está mercantilizado y se compra o se vende. **Pone la economía por sobre lo social.**

Lo problemático en el contenido de esta cultura mundial naciente es su carácter político. Mientras que el movimiento, en el sentido tecnológico y de racionalidad organizadora, presenta gran uniformidad en todo el mundo, la dirección del cambio político es menos clara.

El problema central de la ciencia política consistía en saber cuál podía ser el contenido de una nueva cultura mundial, afirmando que en los sistemas relativamente más estables había altos niveles **de tolerancia y participación.**

¿Cuál era, entonces, la relación idílica para la estabilidad democrática? **La tolerancia.**

Y hoy, que la democracia aún no tiene claras sus formas, la ausencia de tolerancia es una de sus nuevas marcas. Una espiral de actos de visibilidad desastrosa, con falsas consignas que legitiman la violencia en el trato del día a día. El debate mediático ya está sucediendo desde estas formas.

¿Y si se transforma en los ámbitos laborales, educativos, recreativos? ¿Si se transforma en la convivencia cotidiana dónde alguien tenga derecho a la agresión ilimitada frente a otros sólo porque algo haga distinto, o piense distinto o sea diferente?

Este proceso de descomposición política y económica comienza en los 80 con Reagan y Thatcher y fue una contrarrevolución conservadora. Se oponía al Estado de Bienestar exitosísimo en Europa, con algunos momentos sucediendo en espejo en nuestra Sudamérica.

La Argentina era un país con una clase media en crecimiento continuo, no solo en cantidad de población sino en cuanto a ganancia en derechos sociales, una distribución de la renta nacional per cápita que fue ejemplo en nuestro continente además de una espiral ascendente en la escala social nunca vista en otros países del continente.

Hoy asistimos a un renacer de esas doctrinas que preconizan la desigualdad en nombre de una libertad mentirosa, en algunos países, como el nuestro, pero con algunas diferencias: **es un final de ciclo.**

La gente es cada vez más pobre, el mundo es cada vez menos sostenible y la hiperconcentración de la riqueza en pocos es cada vez más evidente.

Por esto el fin de ciclo del neoconservadurismo se presenta tan violento.

Las mismas élites irresponsables que llevaron al poder a los gobiernos de derecha en el pasado y contemporáneamente, hoy producen el fenómeno de **descivilización**, atacando lo democrático, lo jurídico y sobre todo lo institucional y aumentando la desigualdad.⁽⁴⁾

Parecería ser que la triada de la Revolución Francesa de Libertad, Igualdad y Fraternidad que nos legó después el Iluminismo durante el siglo XIX, se deteriora cada día.⁽⁵⁾

¿Qué tiene que ver todo esto con la salud y sobre todo con nuestro sistema de salud?

En este final de ciclo se advierte el final de 80 años de multilateralismo.

Las Organizaciones como las Naciones Unidas creada por la necesidad ante el horror de las guerras y tragedias suscitadas en el Siglo XX y con la adhesión de decenas de otros países firman la Carta de San Francisco y anuncian al mundo para posibilitar la unión, la mejora en los sistemas democráticos y sobre todo el control de los conflictos.

Se crearon agencias como la OMS que inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, impulsando la redacción de los primeros estatutos. La primera reunión de esta organización tuvo lugar en Ginebra / Suiza en 1948.

Ahora todo parece desaparecer... nuestro país renuncia a la OMS, en un marco de dependencia y genuflexión nunca vistos.

¿Y qué pasa con la situación del mundo antes descripto con nuestro sistema de salud? Parece que la Secretaría de Salud es un ente fantasma que no comunica casi nada. No sabemos cuáles son las políticas por realizar. ¿Cuál es el plan de salud si es que lo hay?

Se crea una supuesta Agencia de Evaluación Tecnológica que se superpone a otras dos. No sabemos quiénes la conformarán, ni su marco legal de influencia, ¿qué controlará?, ¿qué pasará con la ANMAT?, etc.

Y quizás lo más importante: ¿esas nuevas tecnologías y/o medicamentos para que sector de la población serán? Las diferencias entre los sectores más pudientes y el resto son cada vez más marcadas.

De los problemas del sistema no se habla nada. Cada vez se achican más las prestaciones por las dificultades económicas generales de los financiadores sobrecargando los flacos bolsillos de los beneficiarios.

Hemos enumerado en artículos anteriores un menú de problemas tales como el pluriempleo del equipo de salud, salarios a la baja, falta de personal, distribución geográfica de las prestaciones irregulares e injustas, desigualdades manifiestas, etc.

Por respeto al pueblo argentino tenemos el derecho constitucional de saber qué pasará con el sistema de salud y sobre todo... ser parte del proyecto. ■

Bibliografía:

- 1) La Segunda Guerra Mundial/Winston S. Churchill/Edit. El Ateneo/2009.
- 2) Liberalismo Autoritario/Herman Heller/Alemania/1932. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
- 3) Les irresponsables... qui a porté Hitler au pouvoir ? Johann Chapoutout/Alianza Editorial/ Suisse/2025.
- 4) La cultura cívica Gabriel Almond y Sidney Verba/ <https://cambiocultural.org/cultura-politica/cultura-civica/>
- 5) Robert Paxton - Carpetas Docentes de Historia/Harvard University Press/1962

(*) Docente Libre/Dto. De Salud Pública y Humanidades Medicas/Fac. de Medicina/UBA.

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

Icons: graduation cap, books, laptop, pencil, and social media icons (Instagram, Facebook, Twitter, LinkedIn).

COMPETENCIA REGULADA O DESREGULACIÓN NATURAL



Por Carlos Vassallo Sella
vassalloc@gmail.com

Un cisne negro se denomina aquellos sucesos que ocurren por sorpresa, de tal manera que ningún analista había previsto ni tenido en cuenta porque, a priori, eran improbables. Terminan teniendo un gran impacto y repercusión trascendental eso es lo que sucedió en la Argentina hace más de un año.

- ❑ Ganó las elecciones un candidato sin experiencia política, pero que interpreto mejor que nadie que estamos girando sobre un mismo eje desde hace por lo menos 40 años. Siempre en sentido descendente.
- ❑ Fue muy disruptivo y desnudo discursos acerca del “cambio para que nada cambie”, exponiendo a lo que se denominó “la casta”. La pregunta es si lo podrá llevar adelante o se quedará como una expresión deseos e ideas. Hasta ahora sigue avanzando a pesar de la debilidad política y de las polémicas no exentas de conflictividad.
- ❑ Para gobernar no solamente se necesitan ideas sino equipos de trabajos que todos los días impulsen los cambios, legisladores que defiendan y concreten las ideas en el Poder Legislativo.

Es cierto que a diferencia de lo que dice Alan Blinder (Princeton, USA) acerca de los políticos que usan la economía como los borrachos a las farolas, solo para apoyarse, pero no para iluminarse. Estamos frente a un Presidente que es economista y que actúa como tal si bien la política y la ideología comienzan a invadir algunas decisiones.

Todo programa económico integral tiene dos partes. Una primera parte que es el programa de estabilización: la lucha antiinflacionaria, restaurar el valor de la moneda, restaurar los precios relativos que se distorsionaron y resolver los problemas del sector cambiario (en nuestro caso salir del cepo).

Y hay una segunda parte que son las reformas estructurales, que permiten que la Argentina desarrolle su potencial y que sea competitiva. Aquí es donde aparece el problema político y es un problema más grande: que este es un país lleno de prebendas. Y cuando hace reformas estructurales está atacando las prebendas. Y el que las goza no tiene ningún interés que se las saquen (Ricardo Arriazu, La Gaceta de Tucumán -2004).

Por otra parte, la relación entre la política y salud durante estos 40 años de democracia nos muestran algunas cuestiones que quiero resaltar:

- ❑ Durante 1988 se dio la última discusión sistémica sobre la reforma del sistema de salud. Leyendo los diarios de sesiones nos damos cuenta que en realidad no se discutió sobre el PAMI, las obras sociales provinciales y la medicina prepaga. La discusión se concentró en las personas sin cobertura para la cual quedó la ley 23.661 que no se pudo aplicar por falta de financiamiento y de apoyo político y la 23.660 que modernizó parcialmente el sistema de obras sociales nacionales.
 - ❑ Durante los años noventa las reformas se concentraron en la Seguridad Social Nacional y la inserción de las prepagas. Para el sector público llegaron financiamiento del Banco Mundial destinado al HP de Autogestión y del BID para una reforma de la atención primaria que no se pudieron concretar. Se organizó la Superintendencia de Servicios de Salud y se diseñó el Programa Médico Obligatorio y también se dio forma al ANMAT que marco un camino de avanzada en América en la regulación del medicamento.
 - ❑ Como síntesis podríamos decir que el sistema vive atravesado por una profunda inequidad en el acceso, los procesos y los resultados sanitarios. La falta de acceso a medicamentos, los tiempos de espera para acceder a una cirugía, las dificultades para acceder a algún tipo de tratamiento oncológico son todas formas en las que se manifiesta la inequidad.
- Mientras tanto durante estos años se desaprovecharon ventanas de oportunidades para ganar gobernabilidad:
- ✓ Del Ministerio de Salud para ganar capacidad de gobernanza en un momento de crisis (fundamentalmente con el PAMI y la cuestión del medicamento) (2002/2003).
 - ✓ Después se repetiría en el año 2020 con la pandemia y no aprovecharse particular tiempo para incluir a los prestadores privados y construir un sistema nacional de información sanitaria.
 - ✓ Las provincias a través de sus gobernadores siguen sin asumir un rol activo y protagonista en materia de gobernanza de la salud de los habitantes de sus propias jurisdicciones.
 - ✓ El PAMI a pesar de las críticas que recibió durante todos estos años y los deficientes resultados no ha planteado un esquema diferente de organización y se ha mantenido como un fondo económico dominado por la lógica política antes que la sanitaria.
 - ✓ La Seguridad Social Nacional ha permanecido con algunos cambios durante los años noventa oscurecida siempre por la lógica sindical por encima de la sanitaria.
 - ✓ La medicina prepaga creció sin controles y desvinculada del sistema. El proyecto de regulación de la medicina prepaga aprobado tuvo aspectos regulatorios necesarios para el sistema y otros inaplicables (2011). Como bien menciona Jorge Colina el error conceptual que cometieron los legisladores al aprobar

“ Todo programa económico integral tiene dos partes. Una primera parte que es el programa de estabilización: la lucha antiinflacionaria, restaurar el valor de la moneda, restaurar los precios relativos que se distorsionaron y resolver los problemas del sector cambiario (en nuestro caso salir del cepo). ”

la ley de medicina prepaga es creer que un seguro privado voluntario puede reemplazar las falencias del sistema público y de la seguridad social, cuando técnicamente no es más que un complemento parcial de estos dos mecanismos de cobertura social.

Al mismo tiempo que se desaprovechaban oportunidades la relación de la salud con los tres poderes que constituyen el estado fueron pasando por distintas etapas:

❑ **Poder Ejecutivo Nacional:** la tendencia fue un Ministerio que anhelo volver a ser el Ministerio de Salud de Carrillo (1945-52) y con el poder previo a la transferencia de servicios a las provincias. El sistema público hace mucho tiempo que está en caída y el Ministerio no ha podido, no ha sabido o no ha querido reconvertirse para construir gobernanza desde un contexto federal. Solo apunto a organizar cajas centrales (dis-

frazados de programas) para justificar su existencia durante estos últimos años. Respecto de los Poderes Ejecutivos Provinciales su falta de vocación y compromiso con la salud hacen que siga siendo subsidiaria dentro de las funciones gubernamentales. La falta de claridad entre lo que debe hacer nación, provincias y municipios en materia de salud no ayuda, sino que aumenta la superposición de funciones y los costos de transacción. La presencia de una SSSalud y un PAMI que tienen agendas propias genera debilidades y dispersiones sobre la gobernanza del sistema. Algo que se ha revertido en el último tiempo con la llegada de un Ministro que tiene poder y conocimiento sobre el tema, tendiendo articular las decisiones entre el Ministerio, la SSSalud y el PAMI.

❑ **Poder Legislativo Nacional:** alto grado de irresponsabilidad fiscal. Existe un desconocimiento muy grande de la política que en definitiva es quien legisla, acerca del funcionamiento, organización y como opera el sistema sanitario argentino. Sus intervenciones tienden a crear más problemas que soluciones a la complejidad y fragmentación del sistema.

❑ **Poder Judicial de la Nación:** los amparos han involucrado a los jueces y sus fallos carecen en la mayoría de los casos de la calidad de la evidencia necesaria y terminan generando serias distorsiones y señales negativas para la asignación de recursos de los financiadores y proveedores.

Y por si esto fuera poco la larga convivencia que oscila entre la indecencia y escasa transparencia entre el sistema público, la seguridad social y el privado asegurador y prestador de servicios de salud ha generado vicios y distorsiones que no son fáciles de desarmar y ordenar institucionalmente.



www.sanidad.org.ar

Nos encontramos con un panorama donde la legislación vigente en la Seguridad Social requiere correcciones a la luz de este nuevo escenario que estamos viviendo de impulsar la libertad de elección a los usuarios e impulsar la libre competencia entre Obras Sociales y Prepagas.

El Gobierno Nacional avanzó en la reglamentación del DNU 70/23, con la publicación de los Decretos 170/2024, 171/2024 y 172/2024. Se modificaron distintos artículos de las leyes 26.682, 23.660, 23.661, el decreto N° 504/98 y se deroga el N° 343/2023. Estas modificaciones permitirán, entre otras cosas, que los beneficiarios puedan elegir derivar sus aportes y contribuciones a una Obra Social o a una Entidad de Medicina Prepaga.

De esta forma, la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación en coordinación con el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, y como resultado del diálogo con los distintos sectores, establecieron que los beneficiarios tengan el derecho de libre elección desde el inicio de su contratación. Esto significa que pueden elegir entre una obra social o una empresa de medicina prepaga sin estar obligados a permanecer por 12 meses en la obra social de su actividad.

La diferente naturaleza de las organizaciones que van a competir (obras sociales sin fines de lucro versus medicina prepaga donde conviven organizaciones con o sin fines de lucro, resultará una experiencia interesante que deberíamos evaluar para poder verificar la capacidad y la flexibilidad de dichos modelos organizativos responden a la demanda de la sociedad.

En cuanto a los presupuestos claramente las empresas deberán comenzar a pensar como dar un giro hacia la prevención para poder sostener el sistema y comenzar un trabajo de educación del paciente / usuario respecto de lo que implica un seguro de salud. No pueden seguir sentados sobre la recuperación de la salud pérdida corriendo desde atrás para resolver el problema sin tratar de evitarlo o prevenirlo. Esto implica invertir en prevención e involucrar a los pacientes y sus familias en el cuidado de la salud.

En este mercado conviven empresas integradas (muy pocas entre las que podemos mencionar los hospitales de comunidad, pero también algunas obras sociales como OSECAC, Unión Personal, o Gastronómicos) con fondos financiadores puros que contratan la mayoría de los servicios en el mercado. Será interesante en este sentido verificar la evolución de las empresas como se van a reconfigurar en términos de tamaño y servicios propios y contratados externamente.

La pregunta que no podemos dejar de hacernos es si estamos ingresando en un escenario que se conoce competencia regulada (Enthoven) o en cambio estamos yendo a un entorno donde se produce la desregulación dejando a las fuerzas del mercado que hagan su trabajo (mano invisible) con consecuencias conocidas por la teoría y la práctica. Las fallas de mercado existen en salud y pueden traer graves consecuencias sociales.

Recordemos que el enfoque de la competencia regulada busca equilibrar la competencia en mercados **donde la intervención gubernamental es necesaria para garantizar la equidad y la eficiencia**. Un mercado fallado sin regulación puede terminar peor que desde donde se inició es por ello relevante que este acompañado de un marco que permita una contenida interacción entre la oferta y la demanda.

Aplicado al mercado de seguros de salud, especialmente entre obras sociales y prepagas, este enfoque puede servir para ordenar al sector a partir de los siguientes lineamientos por donde debería transitar esa relación en aseguradores, prestadores y usuarios de los servicios.

1. **Establecimiento de estándares mínimos:** se pueden definir criterios y estándares mínimos que todas las entidades, tanto obras sociales como prepagas, deben cumplir en términos de calidad de atención, cobertura y servicios, asegurando que todos los afiliados reciban un nivel adecuado de atención. Definir un plan de beneficios sanitarios resultará clave y fundamental para establecer una base de competencia.
2. **Transparencia en la información:** fomentar la transparencia en la información sobre costos, beneficios y calidad de los servicios ofrecidos por ambas categorías de seguros. Esto permitiría a los consumidores tomar decisiones más informadas y fomentar la competencia basada en la calidad. El compromiso de la SSSalud con el usuario y el relevamiento de la información para poder evaluar, comparar, y decidir.
3. **Regulación de precios:** implementar regulaciones que eviten prácticas abusivas en la fijación de precios, garantizando que las tarifas sean justas y accesibles para los afiliados, y evitando la competencia desleal entre obras sociales y prepagas.
4. **Facilitar la elección del usuario:** crear sistemas que permitan a los usuarios comparar fácilmente las distintas opciones disponibles en el mercado. Esto podría incluir plataformas digitales donde se presenten las características y costos de cada opción.
5. **Promoción de la competencia en calidad:** incentivar a las empresas a competir no solo en precio, sino también en la calidad de los servicios ofrecidos. Esto puede incluir la creación de un sistema de evaluación y certificación que premie a las entidades que proporcionan atención de alta calidad. Aquí es necesario promover e incentivar aquellos seguros y prestadores que han pasado por instancias de acreditación.
6. **Mecanismos de resolución de conflictos:** establecer procedimientos claros para la resolución de disputas entre afiliados y proveedores de salud, lo que podría aumentar la confianza de los consumidores en el sistema.
7. **Integración de servicios:** fomentar la colaboración entre obras sociales y prepagas para crear redes integradas de atención que puedan ofrecer un servicio más completo y eficiente, beneficiando a los afiliados. Esta medida puede ser una alternativa sobre todo para localidades del interior del país que no cuentan con muchos afiliados y donde se estarán dando seguramente diferentes opciones para el usuario que en algunos casos puede significar irse del mercado de seguros y pasarse al sistema provincial de salud si este tuviera una oferta atractiva.

La mayoría de estas funciones pasan por la autoridad regulatoria (Superintendencia de Servicios de Salud / Ministerio de Salud) que deberá cumplir su rol de regulación y control para darle credibilidad y legitimidad al sistema.

El desafío de los próximos meses es la puesta en marcha y el monitoreo de esta situación con todas las implicancias que pueda tener. El partido se juega ahora en los detalles, en el accionar de la microeconomía que requiere de agentes preparados para actuar racionalmente en un nuevo entorno demarcado por la estabilidad y baja inflación. ■

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

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

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

ARQUITECTURA DE UNA SALUD UNIVERSAL



"Es la unidad humana la que lleva en si los principios de sus múltiples diversidades".

Edgar Morin ⁽¹⁾

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

El termino arquitectura deriva del griego compuesto de ἀρχός (archós) (jefe, guía) y τέκτων (téctōn, constructor) que significa arte y técnica de proyectar y construir edificios. La palabra salud deriva del griego υγεία: Ygeia... En latín Salus.

Hygeia hija de Asclepio (griego) o Esculapio (latín) una de sus hijas preferidas, venerada en templos desde el Siglo VII A.C representaba la salud, la belleza, la prevención oportuna, la capacidad de preservar la salud, de su nombre deriva la palabra higiene. ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

También Asclepio tuvo otra hija Panacea vinculada a las soluciones mágicas. Se decía que Panacea curaba inmediatamente... Universal significa que es común a todo sin excepción viene del griego (καθολικός katholikós) (latín universalis) sinónimos: cósmico, total, ecuménico... Interesantes términos para reflexionar.

Asclepio dios griego de la Medicina era representado siempre con una vara y su serpiente enroscada símbolo de la curación, la renovación y la sabiduría. Hipócrates padre de la medicina, siglo V a.C hereda el símbolo del báculo (griego) o vara (romano) con igual serpiente enroscada, que llega a nuestros días junto a su juramento ético, con indicios que fue tomado de la escuela Pitagórica. ⁽⁵⁾

En 1907 la Universidad de Viena Austria le encarga al ya famoso pintor Gustav Klimt tres obras para su gran salón: Filosofía, Derecho y Medicina. Klimt representa a la medicina dentro de un gran contexto de muerte, enfermedades, desolación con una gran figura sobresaliendo de todo esto Hygeia ⁽⁴⁾



deslumbrante emergiendo en sus colores vibrantes dando de beber a una serpiente dorada...

Medicina fue severamente criticada por el claustro de profesores, atravesados por el rencor de sus egos no representados como héroes en la pintura. Sin embargo, la visión de Klimt prevaleció hasta el 8 de mayo de 1945 día de la capitulación (rendición) alemana, cuando los últimos fuerzas nazis destruyeron por completo esta significativa obra.

Pero... ¿Por qué Klimt dimensiono el valor de la prevención por encima del trabajo de los médicos? Todo tiene un antecedente y está inscripto en el arco del tiempo: este gran pintor del simbolismo europeo sufrió la pérdida de su madre y hermanas en manos de profesionales de la época, que no lograron rescatarlas ¿Por qué traer a esta nota la etimología de las palabras, el simbolismo griego y el simbolismo de la Belle Époque?

La etimología del griego ἔτυμον "etimón" verdad y "λογία" logia, estudio del origen y significado de las palabras es decir su verdadera fuente. El simbolismo de estas representaciones tiene el poder de movilizar en nuestras mentes interrogantes y reflexiones y ojalá también acciones. Desde la Grecia arcaica a nuestros días han pasado más de 25 siglos y aun estas referencias son actuales. Todo conocimiento en el transcurso del tiempo exige ser enriquecido y evidenciar un lenguaje posible de ser comprendido por las generaciones actuales. ⁽⁶⁾

Hablar hoy de salud es hablar de sistemas, comprender que es un sistema y la interconexión que un sistema tiene con cada una de sus integrantes y la de estos con el sistema. ⁽⁶⁾

La salud depende de la salud ambiental, de la salud animal, la salud vegetal, todas inscriptas en la biosfera (geosfera, hidrosfera, atmósfera) nuestro único hogar, nuestros cuerpos fueron diseñados para subsistir y evolucionar en este planeta tierra.

También el concepto de salud evoluciona y nos exige hoy frente a esta nueva era antropológica, que integre otras dimensiones y nos integre como humanos con un destino común: la vida derecho esencial y primero.

Las médicas y médicos, los profesionales de la salud, sus gestores y financiadores no poseen la panacea de todas las soluciones, pero pueden contribuir en aproximaciones sucesivas a jerarquizar sus prestaciones.

Hoy necesitamos de la ciencia y el arte de curar, de la epidemiología, de la transdisciplina, la interdisciplina y la intersectorialidad es imposible enfrentar los imponderables pandemias, epidemias, patologías con sus morbilidades, sus incidencias (tasa de casos nuevos de enfermedades en una población, geografía y tiempo) y prevalencias (proporción de casos en general presentes en una población, tiempo). ⁽⁷⁾

En términos epidemiológicos el daño que sufre un individuo o una población son el resultado de las asociaciones de factores de riesgos, de la epigenética, todo interconexo al ambiente, a la geopolítica, las tensiones sociales, etc.

La magnitud de estos problemas exige un tratamiento en cada una de las dimensiones posibles. El Estado tiene obli-

gaciones que debe plasmar en la división de sus poderes legislativo, ejecutivo y judicial. Todos sujetos a los derechos constitucionales y respeto de las libertades individuales, debe resguardar la vida de toda la población.

Las agrupaciones, asociaciones, sociedades científicas tienen sus mandatos y marcos legales. Cada uno de ellos en conjunto son arquitectos del destino de todos y cada individuo es también el arquitecto de su vida e incide en la de los otros.

Aquí un eje de construcción: la integración, más allá de los odios, temores, dogmatismos y memorias emotivas que hoy ya no sirven. Hay graduaciones de responsabilidad que no pueden ser ignoradas o desatendidas.

En estos contextos las poblaciones más vulnerables evidencian severas restricciones, hoy aquí y ahora en la Argentina, más del 40% de la población está inscripta en los marcos de pobreza esto significa que millones de niños y adolescentes padecen hambre, sus padres y adultos mayores.

Esta evidencia de las estadísticas está en las guardias de hospitales, en las escuelas y comedores de las zonas más vulnerables, donde con sorpresa aparece ahora una clase media empobrecida. Este impacto atraviesa a todo el país con regiones más golpeadas que otras.

“La pobreza infantil es el dato más alarmante. El 65,5% de los niños y adolescentes vive en condiciones de pobreza. Representa el nivel más alto en los últimos 20 años. Las carencias estructurales también aumentaron. El porcentaje de personas con al menos una carencia subió del 67,1% al 67,5%. El acceso a servicios esenciales sigue siendo limitado”. ^{(8) (9)}

Y a su vez en hospitales todos los equipos padecen de una violencia inédita, esto se replica no solo en nuestro país, en múltiples regiones del planeta. Esto objetiva realidades que exigen un tratamiento integral.

En esta dirección podríamos generar un eje de transformación en los sistemas de salud incorporando la medicina familiar en el primer nivel, la atención primaria de la salud posibilidad real, económica, accesible.

Es indispensable comprender que la medicina familiar es la gran oportunidad, porque se ocupa de todo el ciclo vital en su comunidad y las realidades que inciden en los procesos de salud/enfermedad.

Pero... es imprescindible que estos profesionales interactúen con los otros niveles de complejidad. Que en las facultades de medicina y las otras se formen personas con sentido común, con paradigmas complejos, multidimensionales y dinámicos, flexibles al paso del tiempo, incorporando estrategias humanas, con una utilización honesta de la inteligencia artificial y la tecnología.

Para todo esto es necesario construir andamios de ética solidaria, dignos, con investigación/acción, conocimientos científicos, circunscriptos no solo a la industria farmacéutica o tecnológica, se necesita sensibilizar a toda la población, a empresarios, industriales, políticos sobre la urgencia de salarios decentes y presupuestos en investigaciones.

Entonces... ¿Qué significa la inseguridad alimenticia, la fal-

ta de accesibilidad a la atención médica, la falta de prevención de situaciones prevenibles? ¿Cómo impacta en la vida de toda la población los desastres eco ambientales y socio económicos? ¿Qué pasa con las migraciones internas y externas?

Estamos hablando de generaciones enteras, que son y serán afectadas gravemente por causas posibles de evitar, si encontráramos consensos reales, que comprendan el impacto en toda la trama social de estas graves situaciones actuales.

Esto se refiere a severas consecuencias en el crecimiento y desarrollo en los primeros 18 años de vida, en su maduración neuroendocrina, psicoemocional, en la educación y formación de estos grupos etarios.

La pobreza, los salarios bochornosos de profesionales de la salud y de la educación, objetivan un efecto domino en toda la trama social hoy y aún más en los próximos años. Esto solo para señalar la trágica evidencia de políticas erráticas.

La arquitectura de una salud universal es un gran edificio para construir en el tiempo a través de varias generaciones, en la búsqueda de consensos, de trabajos perseverantes, recreando nuestra visión y trabajo cotidiano. Siempre es un motor estimulante. Un horizonte, un símbolo posible alentador y real. ■

Bibliografía:

1. Edgar Morin "Los siete saberes necesarios para la educación del futuro" Buenos Aires Editorial Nueva Visión 2015 I.S.B.N. 978-950-602-422-2
2. Manoukian Daniel - Hygeia y Panacea, la lucha continúa, disponible en: https://vaconfirma.com.ar/?articulos_seccion_719/id_12353/hygeia-y-panacea-la-lucha-continua
3. Finn, Bárbara C, Bruetman, Julio E, & Young, Pablo. (2013). Gustav Klimt (1862-1918) y su cuadro sobre la medicina. *Revista médica de Chile*, 141 (12), 1584-1588. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200013>
4. Silvestri, Filomena. Una divinidad poco estudiada: Hygeia. Testimonios epigráficos y culto en la Atenas clásica; Universidad Complutense de Madrid; Antesteria; 8; 5-2019; 27-38 disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/115325>
5. Campo hermoso Rodríguez Omar Félix, Soliz Soliz Ruddy, Campohermoso Rodríguez Omar, Zúñiga Cuno Wilfredo. Hipócrates de Cos, Padre de la Medicina y de la Ética Médica Hipócrates, Father of Medicine and Medical Ethics. Cuad. - Hosp. Clín. [Internet]. 2014 [citado 2025 Abr 23]; 55 (4): 59-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762014000100008&lng=es
6. Frenk, Julio, et al. "Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente." *Revista peruana de Medicina experimental y Salud Pública* 28 (2011): 337-341.
7. Fajardo-Gutiérrez Arturo. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Rev. alerg. Méx.* [revista en la Internet]. 2017 Mar [citado 2025 Abr 23]; 64(1): 109-120. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000100109&lng=es - <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
8. Pontificia universidad católica argentina La pobreza escondida <https://uca.edu.ar/es/noticias/disminuyo-la-pobreza-y-la-indigencia-en-el-3-trimestre-de-2024>
9. Universidades Privadas | 11 mar 2025 Universidad Católica Argentina "Según la U.C.A. aumentó la pobreza en la Argentina" <https://universidadesho.com.ar/nota/77247/segun-la-uca-aumento-la-pobreza-en-la-argentina/>

(*) 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

GALENO

LA DESREGULACIÓN DE LA REGULACIÓN



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

Recorrido crítico a los cambios normativos en el sistema de salud

El sistema de salud en la Argentina es un entramado complejo, en el que las normativas y políticas públicas juegan un rol crucial para garantizar el acceso, la calidad y la equidad en la prestación de servicios. En los últimos tiempos, se implementaron diversas medidas legales tendientes a reconfigurar tanto los subsistemas, como la relación entre la cobertura de medicina pública y la privada. La intención de esta nota es hacer un análisis profundo de los cambios normativos que han marcado el rumbo de nuestro sistema de salud, partiendo de la vigencia del DNU 70/2023 y extendiéndose hacia otros decretos y resoluciones que configuran el escenario actual.

I. DNU 70/2023

El DNU 70/2023 se erige como uno de los instrumentos normativos más relevantes en el panorama actual. Introdujo reformas significativas en el sistema de salud, impactando tanto a las obras sociales, como a las empresas de medicina prepaga, como a sus usuarios. Entre los principales cambios propuestos por la norma se encuentran:

- a.- Libre elección de cobertura médica:** los trabajadores pueden derivar sus aportes directamente a una obra social o a una empresa de medicina prepaga desde el inicio de su relación laboral, eliminando la obligación de permanecer un año en la obra social correspondiente a su actividad.
- b.- Integración de prepagas al sistema de obras sociales:** las entidades de medicina prepaga fueron incorporadas como agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, sujetas a las normativas de las leyes 23.660 y 23.661.
- c.- Desregulación de precios en medicina prepaga:** se derogó el Decreto 743/2022, eliminando el control estatal sobre los aumentos de cuotas de las prepagas, permitiendo ajustes sin intervención oficial previa.
- d.- Implementación de receta electrónica y promoción de medicamentos genéricos:** se estableció la obligatoriedad de la receta electrónica y se fomentó el uso de medicamentos genéricos, permitiendo a los farmacéuticos sugerir sustituciones más económicas.
- e.- Modificaciones en la trazabilidad de productos médicos:** se simplificó el régimen de trazabilidad y verificación de aptitud técnica de productos médicos activos, eliminando ciertos controles previos para su uso.

Del breve resumen efectuado se observa que más allá de la opinión que cada uno pueda tener sobre las modificaciones hechas, lo único cierto es que han cambiado las reglas de juego, o la lógica con la que se desenvolvía el sistema. Por ello es necesario no solo la rápida readaptación por parte de los financiadores, -como un instinto de supervivencia-, sino también para poder garantizar el acceso y la cobertura de salud a su población beneficiaria.

Puntualmente la sostenibilidad de las obras sociales en cuanto a su situación económica y financiera, empieza a ser el eje central y el común denominador para todo este reacomodamiento normativo que, sin dudas, tuvo un impacto inmediato y que aún no sabemos cómo repercutirá en la cobertura de salud de los usuarios. No es necesario explicar, - porque ya se ha hecho en numerosos artículos-, la disparidad entre los costos de salud y el retraso de los salarios, en un sistema que se nutre o financia muy principalmente de los salarios de los trabajadores.

Existe un denominador común en los “*dadores*” de salud, que señalan la necesidad de una mayor previsibilidad y transparencia, que no ponga en riesgo el equilibrio del sistema.

En este contexto, resulta imperativo reflexionar sobre la necesidad de contar con organismos de control robustos que aseguren que las medidas adoptadas se orienten hacia la mejora del sistema de salud, y no a la consolidación de regímenes que, a largo plazo, puedan resultar contraproducentes.

II. Incorporación de las Entidades de Medicina Privada como Agentes de Seguro

Uno de los cambios normativos más controversiales ha sido la incorporación de las entidades de medicina privada (EMP) como Agentes de Seguro de Salud, tal como lo establece la Ley 23.660, en su Artículo 1, Inciso i. Este cambio ha sido objeto de un intenso debate, ya que implica equiparar, en cierta medida, entidades con naturalezas muy distintas en cuanto a su estructura y finalidades.

La equiparación entre sistemas solidarios y aquellos que operan bajo una lógica de mercado no es un asunto menor. En el sistema solidario, la redistribución de recursos y la garantía de cobertura a toda la población son pilares fundamentales; mientras que, en el caso de las entidades con fines de lucro, la dinámica se orienta hacia la maximización de beneficios, lo que puede traducirse en una atención diferenciada y, en algunos casos, restrictiva.

Este punto de inflexión normativo invita a cuestionar si la incorporación de EMP en el esquema de Agentes de Seguro realmente contribuye a una mayor equidad o, por el contrario, genera una fragmentación del sistema. El debate se intensifica al observar las diferencias intrínsecas entre entidades con y sin fines de lucro, que se manifiestan tanto en la administración de los recursos como en las condiciones de cobertura ofrecidas a los usuarios. Si bien la medida pretende ampliar la oferta y promover la competencia, resulta fundamental asegurar que dicha competencia no sea contaminada por falta de equivalencia en las obligaciones que pesan sobre todos los oferentes; y que no se traduzca en la pérdida del compromiso social que debe caracterizar al sistema de salud.

III. El Decreto 171/2024 y la tipificación de los Agentes del Seguro

El Decreto 171/2024 introduce una regulación más detallada en cuanto a la inscripción de los Agentes del Seguro. Esta normativa limita el requisito de inscripción a las EMP de tipo A y B, según la tipificación de la Superintendencia de Servicios de Salud, lo que resulta en una diferenciación basada en criterios que, en teoría, buscan una mayor coherencia en la prestación de servicios.

Sin embargo, esta medida también genera interrogantes sobre el impacto real que tendrá en el acceso y la calidad de la cobertura. Al restringir la inscripción a ciertos tipos de entidades, se podría estar favoreciendo a aquellos actores que ya cuentan con una estructura consolidada, en detrimento de nuevas propuestas que pudieran innovar

en el sector. De esta manera, el Decreto 171/2024 no solo define un marco regulatorio, sino que también condiciona el panorama competitivo del mercado de seguros de salud, estableciendo barreras que podrían limitar la diversidad de opciones disponibles para los usuarios.

El análisis de esta medida invita a considerar si la tipificación actual responde de manera adecuada a las necesidades de un sistema en constante evolución, o si, en cambio, es necesario abrir espacios para la inclusión de nuevas modalidades que, sin duda, aportarían una perspectiva renovada en la búsqueda de una atención integral y accesible para toda la población.

IV. La creación del Registro Nacional de Agentes del Seguro

La Resolución N° 232/2024 SSSalud establece la creación del Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS). Este registro es de carácter obligatorio para las Obras Sociales ya inscriptas, a las que se suman las EMP incluidas en el inciso i) del Artículo 1 de la Ley 23.660. La instauración del RNAS representa un intento por parte del Estado de centralizar y monitorear de manera más efectiva el funcionamiento de los agentes que operan en el ámbito del seguro de salud.

A mi entender, es fundamental que el RNAS funcione no solo como un instrumento de registro, sino también como un mecanismo que permita la evaluación continua de la calidad y equidad en la prestación de servicios, garantizando que los actores involucrados cumplan con estándares que prioricen el bienestar de la población.

La inclusión obligatoria de las EMP en este registro pone de relieve la necesidad de contar con indicadores claros y objetivos que permitan medir la eficiencia y eficacia de cada entidad, contribuyendo así a una toma de decisiones más informada por parte de las autoridades competentes.

V. El Decreto 600/2024 y la cuestión de la redistribución

Otro cambio significativo se plasma en el Decreto 600/2024, que establece diferencias en los aportes al Fondo Solidario de Redistribución. La norma definió que los aportes se mantienen en un 15% para las Obras Sociales Sindicales y las empresas de medicina prepaga, mientras que para las obras sociales de personal de dirección se reduce al mismo porcentaje – previamente era un 20% -. Aunque a primera vista pudiera parecer una equiparación en términos porcentuales, su aplicación genera dudas sobre los beneficios que la reglamentación genera para el Sistema.

La esencia del Fondo Solidario de Redistribución es garantizar que los recursos sean canalizados de manera equitativa, de forma que los sectores más vulnerables no queden rezagados, y que las asimetrías del sistema sean corregidas por vía de apoyos financieros. Sin embargo, el trato desigual que se observa en el Decreto 600/2024 cuestiona la efectividad del mecanismo redistributivo.

La norma, al equiparar formalmente a las EMP mediante la inclusión en el DNU 70/2023, introduce una serie de contradicciones que, lejos de disipar las diferencias, acentúan la brecha entre usuarios. La reducción de los aportes en ciertos casos puede interpretarse como un incentivo para que actores del sector privado opten por modelos que, en última instancia, no logren cubrir de manera adecuada las necesidades de la población, abriendo paso a una atención desigual y segmentada.

VI. La Resolución 3284/2024: inscripción obligatoria y sus consecuencias

La Resolución 3284/2024 refuerza el entramado normativo al imponer la inscripción obligatoria en el RNAS para aquellas EMP que ofrecen planes de salud financiados total o parcialmente con fondos provenientes de la seguridad social. Esta medida busca, en teoría, asegurar un mayor control y seguimiento de las entidades que participan en el financiamiento del sistema, garantizando que operen bajo parámetros de transparencia y responsabilidad.

Sin embargo, la obligatoriedad de esta inscripción plantea interrogantes respecto a la capacidad de las EMP para adaptarse a un régimen regulatorio que podría resultar demasiado rígido. En un sector tan dinámico y en constante transformación, imponer condiciones uniformes podría limitar la innovación y la flexibilidad

necesaria para responder a nuevas demandas y desafíos. La inclusión forzosa en el RNAS debe acompañarse de un sistema de evaluación que permita a las entidades demostrar su capacidad de gestionar recursos y ofrecer servicios de calidad, sin que ello se traduzca en una penalización automática por no cumplir con estándares que, en ocasiones, pueden resultar desproporcionados.

Es importante considerar que la medida, aunque bien intencionada, debe evaluarse en el largo plazo para asegurar que no se convierta en un obstáculo para el desarrollo y la consolidación de un sistema de salud verdaderamente inclusivo y eficiente.

VII. Reflexiones finales sobre la Resolución N° 1/2025-MS

El análisis de la Resolución 1/2025-MS cierra este recorrido normativo con una reflexión que invita a analizar las implicancias a mediano y largo plazo de las políticas implementadas. Esta última resolución no solo se erige como una continuación de la línea de reformas, sino que también sirve de punto de inflexión para cuestionar el rumbo que está tomando el sistema de salud en términos de accesibilidad, equidad y sostenibilidad.

El análisis crítico de esta resolución debe centrarse en varios aspectos esenciales: la consolidación de los cambios introducidos por normativas previas, la capacidad del Estado para garantizar una supervisión efectiva y la necesidad de equilibrar los intereses públicos y privados. La resolución plantea desafíos que requieren una revisión profunda, por parte de todos los sectores, para asegurar que las reformas contribuyan a la construcción de un sistema de salud que responda a las demandas de una sociedad cada vez más compleja, diversa y demandante.

Creo que las preguntas que debemos hacernos son: ¿qué sistema de salud queremos?; ¿Cuál es el sistema más adecuado para el contexto político social y económico actual?; ¿Son estas reformas las apropiadas para mantener un sistema de salud más equitativo y sostenible?

El recorrido a través de los recientes cambios normativos revela un escenario en el que la búsqueda de modernización y eficiencia se contraponen a desafíos históricos relacionados con la equidad y la garantía de derechos. Desde el DNU 70/2023 hasta la Resolución 1/2025, se evidencia un proceso de transformación que, si bien pretende optimizar la gestión y ampliar la oferta en el sistema de salud, también arrastra tensiones y contradicciones inherentes a la dualidad entre lo público y lo privado.

Cada una de las medidas analizadas presenta matices que requieren una evaluación minuciosa:

- La armonización de los subsistemas, sin dudas es el desafío más importante que nos trae el DNU 70/2023, y como su implementación trae aparejados beneficios concretos para toda la población beneficiaria, sin que solo sea aplicación de normativas rígidas que en definitiva no tengan un horizonte claro de qué tipo de sistema de cobertura queremos tener.
- La incorporación de las EMP como Agentes de Seguro desafía los principios del sistema solidario, generando debates sobre la equidad y la redistribución de recursos.
- Los decretos y resoluciones que se han seguido dictando buscan, en teoría, ordenar y formalizar el sistema, pero al mismo tiempo revelan la necesidad de un marco regulatorio que no solo centralice el control, sino que también fomente la innovación y la flexibilidad.

Bastante se ha escrito acerca del derecho fundamental del acceso a la salud, ahora parece ser tiempo de evaluar cómo será ese acceso, -entendiendo que es el desafío que enfrenta el sistema de salud-, conjugar la modernidad con la tradición, la eficiencia con la solidaridad, y la innovación con el respeto a los derechos fundamentales. ■

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

DESREGULACIONES EN EL MERCADO DE MEDICAMENTOS Y SU IMPACTO SOCIAL



Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)

La desregulación de precios de medicamentos es una política que, analizada desde diferentes contextos, genera una multiplicidad de debates en torno a su justificación económica, por un lado, y a su impacto en la salud pública por otro. Más aún cuando ambas cuestiones terminan vinculándose como reflejo del nuevo orden económico que parece irse delineando.

En términos generales, desregular en este campo implica reducir o eliminar los controles que tradicionalmente han existido en el sector farmacéutico, de manera que los precios se fijen por la libre interacción entre la oferta y la demanda -sin intervención del Estado- y de esta forma llevarlos a su baja y facilitar el acceso.

El problema es que, aunque esta política busque servir a la competencia y la innovación, también trae aparejada una serie de eventos sociales complejos y problemáticos, resultantes de las condiciones que el libre juego del mercado impone al heterogéneo mundo de los consumidores/pacientes.

En el campo sanitario, desregular implica romper con el rol tradicional del Estado desde la consideración de la salud como un bien meritario, al que en cierta forma éste debe tutelar para reducir desigualdades.

Si bien es posible contraponer las fallas del mercado con las que también posee el Estado para entender que las regulaciones no siempre generan los beneficios que se esperan, lo que no se puede negar es que la salud requiere incorporar mecanismos específicos de regulación para evitar que la exacerbación de las barreras de acceso a la atención de la enfermedad acentúe las asimetrías sociales.

Desregular el precio de los medicamentos o aumentar la oferta de los de venta libre es parte del pensamiento que hace a la liberalización impulsora de la eficiencia del mercado. Estimando que la competencia entre laboratorios y sus productos - en este caso en un mercado que se caracteriza por la copia y no la innovación - llevará a que exista una amplia variedad de moléculas con diferentes precios y bonificaciones que podrían favorecer la elección por parte del usuario.

El problema es que la asimetría de información y la presión de los laboratorios para que se prescriban sus productos más el peso del nombre de fantasía hace muy compleja tal libertad de elección. Esto sumado a que el opaco mercado de medicamentos no funciona de forma tradicional, ya que existe un fenómeno que es la demanda inelástica por el cual el nivel de consumo no responde directamente a las variaciones de precios y se mantiene casi constante.

Y que los pacientes -especialmente los crónicos que requieren determinada medicación para su control o mejora- quedan rehenes de eventuales acuerdos corporativos en la fijación del precio. Sin agregar las cuestiones de marketing de las empresas farmacéuticas sobre consumidores, y especialmente enfocadas en los prescriptores.

En la Argentina, donde el acceso a la salud está reconocido como derecho, pero falla como resultado de una Política de Estado de la que carece, y sin haber transitado un proceso de reforma ordenado, adecuado y justo para el sistema que debe administrarla, nunca ha existido una política regulatoria clara que esté vinculada al precio del medicamento. Sabiendo incluso que el mercado farmacéutico registra para muchas moléculas los precios más elevados de América Latina y que los porcentajes de ganancia de los intermediarios nunca han sido sujeto de regulación alguna.

Ciertamente, la tendencia a liberar precios y ampliar el segmento de medicamentos de venta libre como parte de políticas de estabilización y ordenamiento fiscal en un modelo segmentado y profundamente fragmentado genera incertidumbre respecto del futuro del acceso equitativo al medicamento, transformado cada vez más en un bien económico.

Paradójicamente para lo que se pretendería lograr, uno de los impactos sociales inmediatos de la desregulación en el campo del medicamento ha sido el aumento del precio. Especialmente de los de uso crónico o para patologías complejas. Las moléculas son cada vez más caras (con relación a los ingresos de la población) y sus precios se elevan en forma permanente, muchas veces por encima del Índice de Precios al Consumidor.

Esto afecta en particular a los sectores más vulnerables - jubilados y pacientes portadores de dolencias de largo plazo y población de bajos ingresos - quienes los necesitan para controlar eventuales reagudizaciones o bien iniciar tratamientos. Particularmente, el quinto quintil de población consume estadísticamente el 75% de lo que destina a atención de su salud en remedios, sin descuentos por cobertura social ni provisión gratuita, siendo el más inelástico al ingreso y actuando dicho gasto en forma manifiestamente regresiva.

La contradicción entre inelasticidad y elevación permanente del precio lleva a que muchos pacientes deban abandonar el tratamiento, o se les haga complejo mantener la adherencia al mismo dado el alto costo que demanda su compra. Algo que en forma lenta pero estadísticamente demostrable va condicionando el aumento de la morbimortalidad por causas prevenibles.

Este problema se percibe con mayor impacto en el sector público estatal, que debe absorber los costos sanitarios y sociales que impactan a tales segmentos de la población, resultado de tratamientos interrumpidos y sus complicaciones.

Adicionalmente, la desregulación de precios profundiza las desigualdades sociales ya que mientras quienes poseen algún tipo de cobertura sea de un seguro social o privado pueden acceder a descuentos o a reintegros, los que solo disponen de cobertura pública enfrentan una oferta muy limitada de medicamentos, o directamente deben pagar directamente en farmacia para obtenerlos. Algo que según el tipo de patología puede acercarlos a los límites del gasto catastrófico.

Aunque la Ley de Prescripción por Nombre Genérico (Ley 25.649) está vigente, en la práctica los laboratorios líderes y sus marcas comerciales tienen fuerte influencia sobre médicos y farmacias, lo que limita el acceso a copias o genéricos más baratos. De allí que una simple hipertensión mal tratada por falta de adherencia al tratamiento dado el costo de los medicamentos necesarios puede desencadenar complicaciones irreversibles y al mismo tiempo erogaciones impredecibles.

Mecanismo	Descripción	Países
Precios de referencia internacional	Fijar precios máximos basándose en el promedio de precios de otros países (Percentiles)	Canadá, España, Colombia
Negociación centralizada de precios	El Estado o un Seguro Social o la suma de ambos negocia precio con Laboratorios en bloque	Noruega, Suecia
Evaluación de costo efectividad	Se autorizan precios y cobertura solo si el medicamento demuestra valor en términos de C/E (NICE)	Reino Unido
Negociación obligatoria con el Estado	Toda nueva droga debe negociar precio antes de entrar al mercado.	Italia
Listas positivas de medicamentos esenciales	Solo para determinados medicamentos en función de esencialidad	Recomendación de la OMS
Subsidios o reembolsos interactivos	El Estado subsidia parte del precio solo para las personas económicamente vulnerables	Australia, Alemania
Regulación de márgenes comerciales	Se regula cuanto pueden agregar farmacias y distribuidoras al precio que fija el laboratorio	Francia, México
Fomento del uso de genéricos	Políticas que priorizan prescripción por nombre genérico o DCI para bajar costos (Incluyen receta y sustitución)	Brasil, Argentina
Precio máximo de venta	El Estado fija precios máximos para medicamentos patentados y copias con marca	Brasil
Control de aumentos abusivos	Obligar a empresas a que justifiquen aumentos de precios mayores a determinado umbral	Colombia, Chile

En casi todos los países, cuando la cobertura de salud es amplia, el Estado tiende a regular de alguna forma el precio del medicamento, ya sea fijando precios tope, negociando en forma directa o limitando aumentos. E incluso efectuando comparaciones de precios entre países vecinos. Si lo que se pretende es evitar los efectos negativos de un mercado sin regulaciones en un campo altamente sensible como es el tratamiento de las enfermedades -especialmente cuando las desigualdades en ingresos y accesibilidad son notorias- los gobiernos pueden aplicar uno o varios mecanismos regulatorios para lograrlo.

Existen numerosos procedimientos ya probados y exitosos que pueden garantizar el acceso equitativo, seguro y asequible a los medicamentos evitando abusos y protegiendo a los ciudadanos, además de incentivar la innovación responsable y garantizar la calidad y seguridad de los medicamentos. Se trata de tenerlos presentes, contribuir a abrir el debate y garantizar la sustentabilidad de los sistemas de salud.

Garantizar el derecho a la salud, si de eso se trata, requiere políticas públicas que no solo procuren la eficiencia económica sino también la eficiencia técnica en la protección de los sectores más vulnerables de la sociedad.

El problema de la desregulación de precios en el mercado de medicamentos, con un comportamiento de los laboratorios que no favorece la baja de precios ni tampoco permite la competencia para una misma calidad aprobada entre idéntico producto impone dos dilemas, uno ético y otro político.

¿Es aceptable para la sociedad que el acceso a la salud este determinado por la capacidad de pago? ¿Es legítimo pretender un acceso equitativo a los tratamientos -muchas veces cuestión de vida o muerte- si desde el lado de la oferta no existen otras razones que no sean el manejo del mercado sanitario, la rentabilidad extraordinaria y el aumento permanente del *market share*? Las preguntas están. Solo falta analizar de qué lado y como vienen las respuestas. ■

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



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



ESPECIAL EN GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICO LEGALES
24 HORAS
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 VEJEZ



Por el Prof. Dr. Néstor R. Vázquez (*)

“Morir bien es morir a tiempo. No hay peor infierno que el de asistir a las exequias del propio deseo. Al funeral de nuestras pasiones. No hay castigo mayor que el de verse integrando su cortejo fúnebre. La muerte no es, por eso y para mí, lo que sigue a la vida. Sino lo que a diario nos acecha. Lo que nos esteriliza. Lo que encallece la piel. La ausencia de propósito, la apatía, el desapego a los seres cuyo trato nos constituye en personas. La muerte es vida seca, marchita. Esa es la muerte que mata y no la que viene después. Por eso, imploremos: que la muerte nos sorprenda sedientos todavía, ejerciendo la alegría de crear. Que nos apague cuando aún estamos encendidos” (Santiago Kovadloff).

El concepto de envejecimiento y el concepto de vejez son dos cosas totalmente diferentes. El envejecimiento es un proceso biológico marcado fundamentalmente por la genética y la vejez es una construcción social, donde la genética tiene un porcentaje de alrededor del 27%, donde los servicios de atención médica tienen un porcentaje de alrededor del 20%, donde el ambiente tiene un porcentaje de otro 20% y donde la mayoría, aproximadamente el 40%, está influenciado por el estilo de vida.

En el proceso de envejecimiento este contexto no está contemplado, ya que hablamos exclusivamente de un tema biológico. Esto lo podemos comparar con otro tema controversial que es el tema de la sexualidad, cuando uno habla hoy de qué es el sexo y de qué es el género. El sexo es un proceso biológico que está determinado en cada una de las células, en los cromosomas y en el ADN.

El género es una construcción social que está determinada, en parte, por esto que decimos en principio pero que puede ser violentada totalmente por la construcción social, por el contexto y por la voluntad. Esto es mucho más controversial que el tema de la vejez y el envejecimiento, pero uno puede compararlo para entender que es lo que hablamos cuando hablamos de vejez.

Para poder entender qué es lo que nos pasa nos trasladamos al año 1953 cuando Frank W. Notestein estableció una de las formas, tal vez la más moderna y la más difundida, de lo que significa la transición epidemiológica que en aquel momento la describió en tres etapas. Una primera etapa que es la que está vinculada a lo agrícola, en donde nacen y mueren muchas personas, entonces el crecimiento de la población está autolimitado.

Una segunda etapa que es cuando se produce la transición a las ciudades, cuando se va de lo agrícola a lo citadino, la etapa de la industrialización, de la primera y segunda revolución industrial. En esta segunda etapa se produce una reducción en la cantidad de nacimientos y una reducción en la mortalidad porque en principio, aunque no es totalmente real, hay más beneficios en las ciudades que en el campo con respecto al contexto social.

La tercera etapa es la de la consolidación en las ciudades donde disminuye la cantidad de nacimientos, pero las personas viven mucho más, entonces no mueren tantos niños y ahí se produce el gran crecimiento de la población. Esto hace que en menos de doscientos años la población pasó de ochocientos cincuenta millones de habitantes en el mundo a siete mil ochocientos millones de habitantes.

¿Pero qué ocurrió después de Notestein?

Lo que hoy consideraríamos una cuarta etapa, que es en la cual nacen muy pocos niños y lo que más crece es la población de personas mayores. Y no solo eso, sino que en esta etapa la calidad de vida es tan alta que las personas no solo viven más, sino que viven mejor. Entonces ya no tenemos solamente el concepto de expectativa de vida, sino que le agregamos el de expectativa de vida saludable y en este concepto es en donde está el tema de la vejez.

Lo que antes era vejez hoy está lejos de serlo, es decir, a principios del siglo XX, hace poco más de 120 años, la expectativa de vida global no superaba los 50 años. Hoy la expectativa de vida en países como el nuestro promedia los 78 años, es decir, los 80/82 años para las mujeres y 74/76 años para los hombres.

En los países más desarrollados, fundamentalmente hablamos de Europa Central y los Países Escandinavos, la expectativa de vida no solo es muy alta, sino también es de una vida saludable, es casi tan alta como la expectativa de vida misma. Se dice que en los países desarrollados si una persona supera los 80 años de vida ha superado todos los riesgos de enfermedades y si conserva el estilo de vida adecuado va a vivir, no se sabe cuánto tiempo, pero sí que va a ser mucho el tiempo que viva.

¿Por qué le damos tanta importancia al tema del estilo de vida y del ambiente, más que al de la genética y al de sistema de atención?

Porque la realidad nos indica que el gran crecimiento de la edad de la población en la transición demográfica de Frank W. Notestein está marcada no por la atención médica, porque ustedes piensen que en esa etapa de la que estamos hablando solamente existía la vacuna antivariólica (siglo XVIII) y no en muchos lugares se empezó a dar la vacuna BCG para la tuberculosis, pero las vacunas importantes, es decir el resto de las vacunas, son posteriores al año 1953.

Sin embargo, el hecho del agua segura, las excretas, las vías de comunicación, los medios de comunicación son los que fundamentalmente hicieron crecer la edad de la población y la expectativa de vida saludable. También influyeron los alimentos más seguros, mejor procesados, una mayor disponibilidad de alimentos en el mundo, gracias a las nuevas tecnologías.

Pero después de Notestein todo esto aún mejoró más. Aparecieron todos los sistemas de atención médica de calidad, los antibióticos, que, si bien se habían esbozado siendo que ya existían la penicilina y la estreptomina, eran solo para muy pocas personas, pero ya la gran expansión de la atención médica y del acceso a los medicamentos, sobre todo en occidente, hizo que la expectativa de vida saludable creciera muchísimo más. Esto fue todavía aún más reforzado por el tema del crecimiento tecnológico que nos dio un empuje fundamental.

Pero, como todas las cosas, esto está acompañado por una reducción en la tasa de reemplazo, es decir, hoy en los países desarrollados nacen menos personas que las que fallecen en el año. Esto nos lleva a que está creciendo más la franja etaria de 60 años a 80 años que la de 5 a 20 años.

Esto es muy importante y en algunos países del mundo, fundamentalmente en los Países Europeos y también en Estados Unidos y Canadá, esto está siendo reemplazado por una migración de países donde todavía están en la etapa dos o tres de la transición demográfica de Frank W. Notestein.

Como dije anteriormente la vejez es una construcción social. ¿Por qué? Porque uno se siente viejo entonces es viejo, pero si uno no se siente viejo no lo es. Esto es exactamente lo que ha-

blábam con respecto a la construcción social del género, si uno se siente mujer es mujer, y si uno se siente varón es varón. Esto no tiene necesidad de ser explicado.

La realidad es que cuando uno no se siente viejo, no lo es porque hace todo lo posible para mantenerse en actividad, para tener un proyecto de vida y este es el tema central de la vejez. Una persona es vieja cuando ha perdido el proyecto de vida, cuando no se tiene proyecto. Esto es como el amor, uno está enamorado de una mujer o de un hombre cuando se tiene un proyecto con esa persona. El amor es proyecto, cuando se deja de tener proyecto y son solo recuerdos se terminó el amor.

Con la vejez es exactamente lo mismo, cuando uno tiene un proyecto no está viejo, no importa que a uno la biología le marque arrugas o canas, lo importante es que uno sepa hacia donde se dirige, que se tengan permanentemente nuevos objetivos. Cuando sucede esto la persona no envejece. Por eso, para muchas personas, la jubilación es un castigo porque son personas que no han tenido un proyecto alternativo de vida entonces la jubilación les termina el último proyecto que tenían.

Pero si estas personas tienen lo que conocemos como un segundo proyecto, es decir, yo me jubile de médico, pero a partir de ahora voy a empezar a trabajar en construcción, o voy a empezar a dedicarme a la pintura, o voy a dedicarme a vender seguros, o voy a empezar a correr en auto, es decir, siempre hay que tener un segundo proyecto. Este segundo proyecto es el que nos aleja de la vejez.

Es muy importante porque cuando uno ve a una persona que tiene muchos años y que la biología los ha alcanzado pero que tienen un proyecto de vida como, por ejemplo, el empresario Cristiano Rattazzi o el médico Cormillot que a los 80 años acaba de tener un hijo, y uno podría pensar que está loco, pero no, eso es lo que lo aleja de la vejez.

Hay muchos proyectos de vida alternativos que las personas

toman como segundo proyecto para no envejecer. Muchos deciden empezar a trabajar fuertemente en el vegetarianismo y dejar, no solo de consumir animales sino en militar en el hecho de la protección de los animales, otros deciden navegar, otros deciden simplemente comenzar a cultivar la tierra, empezar a criar animales.

Es decir, no siempre tiene que ser proyectos gigantescos, otros deciden simplemente comenzar a hacer críticas literarias o de películas, y escribirlas y tener un blog o un canal de YouTube donde hablan de sus experiencias de vida y les dan consejos a las personas para vivir mejor. Todos estos conceptos son las que alejan a las personas de la vejez.

Otros escriben el libro que siempre habían soñado escribir y que no habían tenido tiempo por su ocupación, otros se dedican a dibujar y a hacer comics que luego puedan llegar a ser exitosos, otros se dedican a la producción o al comercio, pero siempre tienen que hacer algo, no pueden dejar de tener un proyecto y en ese proyecto está hasta un proyecto de crecimiento.

Es fundamental el segundo proyecto. Por supuesto que además hay que cuidarse, mantener el estilo de vida, de esto no hay duda, pero el proyecto, el saber qué hacer con las cosas es fundamental y no perder la posibilidad de comunicación con otras personas. El aislamiento, aunque sea voluntario, siempre es negativo para el proceso de la vejez. Es fundamental no perder la socialización de las personas, no deben aislarse.

Por último, es fundamental no olvidar todo lo vinculado al mantenimiento y superación de la reserva cognitiva. ■

(*) Médico Neurólogo - Jefe del Dpto. de Salud Pública
Facultad de Medicina - Universidad de Bs.As.

Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

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

Seguinos en:

✉ @RevistaMedicos 📷 @revista_medicos

in Revista Médicos f Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar



LA ALETA CAUDAL

LA METAMORFOSIS DE LA COLA



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

Cuando el seguidor se convierte en líder

La metáfora de “la cola del pez o de la aleta caudal” no solo es relevante para analizar la dinámica entre un líder y sus seguidores, sino también para entender los procesos de transformación y liderazgo. Cuando un seguidor, representado como la cola del pez o su aleta caudal, asciende a la posición de líder, o cabeza, se produce una metamorfosis significativa. Esta transición implica una serie de desafíos y oportunidades:

Desafíos de la transformación

Ruptura con el pasado: el nuevo líder debe distanciarse de su rol anterior como seguidor y adoptar una nueva perspectiva. Esto puede generar tensiones con antiguos aliados y requerir la construcción de nuevas relaciones.

Gestión del poder: adquirir el poder conlleva una gran responsabilidad. El nuevo líder debe aprender a manejar el poder de manera efectiva y ética, evitando caer en la tentación de abusar de él.

Toma de decisiones difíciles: como líder, se debe tomar decisiones que pueden afectar a muchas personas. Estas decisiones pueden ser impopulares y generar conflictos.

Mantenimiento de la unidad: el nuevo líder debe trabajar para mantener la unidad y la cohesión del grupo, incluso cuando las opiniones diverjan.

Oportunidades y crecimiento

Influencia positiva: el nuevo líder tiene la oportunidad de marcar una diferencia positiva en la vida de las personas y de la organización.

Desarrollo personal: asumir el liderazgo puede ser una experiencia de crecimiento personal y profesional.

Visibilidad y reconocimiento: el nuevo líder puede obtener un mayor reconocimiento y visibilidad.

Legado: el nuevo líder tiene la oportunidad de dejar un legado duradero.

La experiencia de pasar de ser la cola o aleta caudal del pez a la cabeza puede ser enriquecedora y transformadora. Sin embargo, también es un proceso complejo que requiere adaptación, aprendizaje y una gran dosis de autoconciencia.

Algunos factores que pueden influir en el éxito de esta transición son:

La experiencia previa del líder: los conocimientos y habilidades adquiridos como seguidor pueden ser valiosos para el nuevo rol (que desde ya ejercía el liderazgo en otra geografía o ámbito).

El apoyo de los demás: el apoyo de los compañeros y colaboradores es fundamental para el éxito del nuevo líder.

La capacidad de adaptación: la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones y desafíos es esencial para liderar con éxito.

En resumen, la metáfora de “la cola del pez o de la aleta caudal” nos permite reflexionar sobre los desafíos y las oportunidades que surgen cuando un seguidor se convierte en líder (o expone su liderazgo). Esta transición implica una profunda transformación y requiere una combinación de habilidades, conocimientos y cualidades personales.

Conclusiones

Esta metáfora que analizamos ofrece una visión optimista de la capacidad de las personas para superar las adversidades y lograr el cambio. Al analizar esta transformación desde una perspectiva positiva, podemos identificar los elementos clave que contribuyen al crecimiento personal, al desarrollo de las sociedades y a la creación de un futuro más justo y equitativo.

Impacto positivo: los líderes tienen la capacidad de influir en la vida de otras personas y de generar cambios positivos en la sociedad. La metamorfosis de la cola en cabeza representa la posibilidad de dejar una huella duradera en el mundo.

Legitimidad del poder: cuando un líder emerge de las filas de los seguidores, su legitimidad se basa en su conexión con las experiencias y aspiraciones de las personas a las que representa. Esto puede fomentar una mayor confianza y apoyo en el liderazgo.

En resumen, la transformación de la cola en cabeza puede ser vista como:

- Una oportunidad de crecimiento.
- Un motor de cambio social.
- Una fuente de inspiración para futuros líderes. ■

Referencias:

“Leaders Eat Last” de Simon Sinek - Este libro explora cómo los líderes pueden crear un entorno de confianza y colaboración, lo que se relaciona con el apoyo y la adaptación mencionados en el texto.

“The 7 Habits of Highly Effective People” de Stephen R. Covey - Covey ofrece principios sobre el liderazgo personal y la efectividad, que pueden ser útiles para entender la transición de seguidor a líder.

“Dare to Lead” de Brené Brown - Este libro se centra en la importancia de la vulnerabilidad y la conexión en el liderazgo, lo que se alinea con la legitimidad del poder y el impacto positivo de los líderes.

“The Leadership Challenge” de James M. Kouzes y Barry Z. Posner - Este texto clásico sobre liderazgo ofrece un marco para entender cómo los líderes pueden inspirar y motivar a sus seguidores.

“Good to Great” de Jim Collins - Collins analiza cómo algunas empresas logran una transformación significativa, lo que puede ser paralelo a la metamorfosis de un seguidor a un líder.

(*) MD - MSc - PhD - Universidad de Buenos Aires



Tu tranquilidad es nuestro propósito

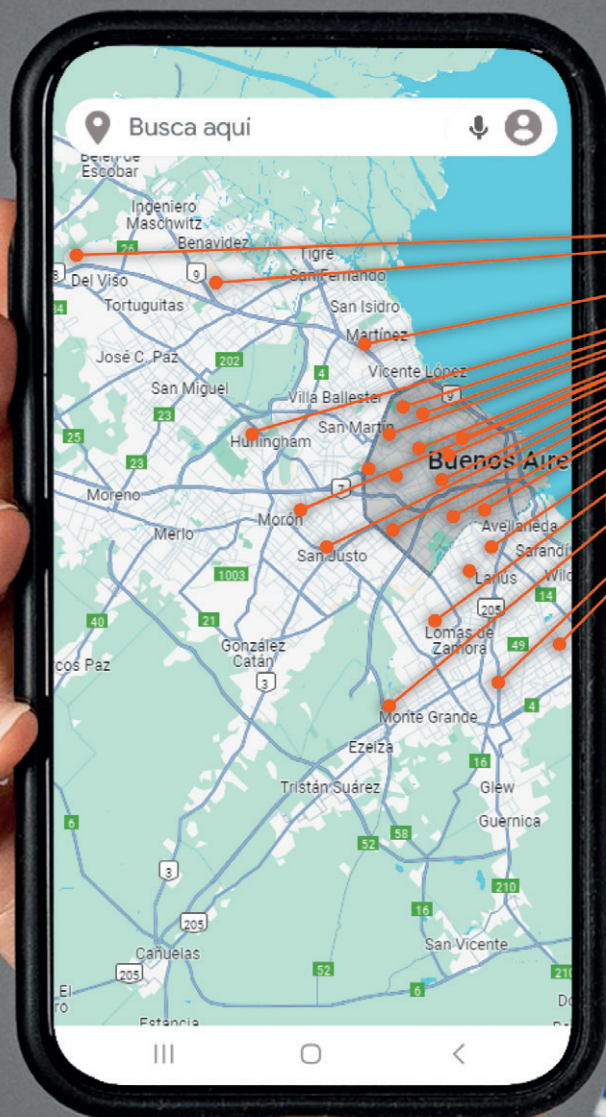
Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



www.scienza.com



technology Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.



Ampliamos **la estructura.**

24 Bases Operativas propias que garantizan
nuestro alcance donde más nos necesiten.

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



www.acudiremergencias.com.ar

acudir
emergencias médicas

La calidad es nuestra actitud.