

Mé^odicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

TOP TEN EN SALUD

- Los 10 países con mejores indicadores sanitarios
- El peso de los determinantes sociales
- ¿Cómo estamos en Argentina?



Primera Plana
Dr. Luis Scervino



COLUMNA

**EL QUE CALLA OTORGA...
COMO DECÍA MI ABUELITA**
Por el Dr. Rubén Torres



OPINIÓN

**EL COSTO DE LAS RESIDENCIAS
MÉDICAS EN ARGENTINA**
Por el Lic. Ariel Goldman



COLUMNA

**EL ESTADO EN TIEMPOS DE CRISIS:
SALUD, GOBERNABILIDAD Y REFORMA**
Por el Dr. Carlos Felice

Acompañarte
es siempre
el **mejor plan**

GALENO



Valorología

Cuidar el verdadero valor
de tu empresa



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✓

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -

C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4682-0534

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar

redaccion@revistamedicos.com.ar

info@revistamedicos.com.ar

revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

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

OPINIÓN

ORIGEN DE LOS RASGOS CORPORATIVOS DE LA SALUD EN ARGENTINA
Por el Dr. Hugo E. Arce - Doctor en Ciencias de la Salud - Miembro el Grupo PAIS

6

COLUMNA

EL ESTADO EN TIEMPOS DE CRISIS: SALUD, GOBERNABILIDAD Y REFORMA

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

8

COLUMNA

EL QUE CALLA OTORGA... COMO DECÍA MI ABUELITA

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

10

OPINIÓN

EL COSTO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN ARGENTINA

Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario

12

DEBATE

EL ÁRBOL Y EL BOSQUE

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

14

OPINIÓN

LA REPÚBLICA PERDIDA III

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

16

COLUMNA

EL ESPEJISMO SANITARIO: ENTRE LA ILUSIÓN Y LA DOLOROSA REALIDAD

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

18

PRIMERA PLANA

TOP TEN EN SALUD - RANKING DE PAÍSES MÁS SALUDABLES

Por el Dr. Luis Scervino - Director del Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social

20

OPINIÓN

PARA TODOS LOS HOMBRES DEL MUNDO QUE QUIERAN HABITAR EN EL SUELO ARGENTINO

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

24

VOCES

CAMBIO DE PARADIGMA EN SALUD: ¿SE ENCUENTRAN FACULTADAS LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA A PROMOVER ACCIONES DE COBRO EJECUTIVO DE APORTES Y CONTRIBUCIONES PREVISTOS EN LA LEY 23.660?

Por los Dres. José Bustos, Oscar Cochlar y Leandro Molina - Abogados

26

OPINIÓN

NUEVOS RUMBOS Y VIEJAS TENSIONES EN EL SISTEMA DE SALUD

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

30

OPINIÓN

UNIVERSIDAD, SALUD Y PATRIMONIO

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

32

COLUMNA

LA INNOVACIÓN EN SALUD: UNA MIRADA INTEGRAL PARA TRANSFORMAR VALOR EN RESULTADOS

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

34

OPINIÓN

LOS NUEVOS MÉDICOS NO ELIGEN DEDICARSE A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:

¿ESTÁN LOS INCENTIVOS CORRECTAMENTE ENFOCADOS EN EL MERCADO LABORAL DE LA SALUD?

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

36

VOCES

CHILE Y EL VALOR DE LA PALABRA: MEDIACIÓN SANITARIA QUE TRANSFORMA CONFLICTOS EN ACUERDOS

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

37

OPINIÓN

ANÁLISIS DE LA RESOLUCIÓN 951

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

38

DEBATE

EL PROBLEMA DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO

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

40

INFORME ESPECIAL

INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN: DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA BARRIOS VULNERADOS

Por Daiana Soma, Hilario Bielsa y Néstor Vázquez

42

OPINIÓN

LA POBREZA

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

46

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

En el momento de la verdad.

The logo for OSDE (Organismo de Seguro de Desempleo) is displayed in white. It features the letters 'osde' in a lowercase, sans-serif font. The 'o' and 's' are connected, and the 'd' has a distinctive shape with a horizontal bar.

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 traspasos. 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.

ORIGEN DE LOS RASGOS CORPORATIVOS DE LA SALUD EN ARGENTINA



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Julio A. Roca, como impulsor del modelo de Estado de la “Generación del 80”, dio origen en la órbita del Ministerio del Interior, a dos Departamentos Nacionales: el de Higiene (DNH) y el de Trabajo (DNT). Por parte del Estado, se establecieron los mecanismos de vigilancia y salubridad de la higiene urbana, a la vez que se orientaban las condiciones laborales y los servicios de asistencia de los trabajadores. Estos dos componentes de la protección social -uno de orden sanitario y otro de orden laboral- coexistieron hasta ahora.

Al llegar el Siglo XXI, ambos organismos se habían desarrollado como Ministerio de Salud, Ambiente y Acción Social y de Trabajo y Seguridad Social, respectivamente. Sin embargo, desde el ángulo económico, la vertiente de los riesgos del trabajo mantuvo una evolución diferenciada.

Desde 1915 el socialista Alfredo Palacios, mediante la Ley 9.688, logró imponer la exclusiva responsabilidad patronal de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, y se mantuvo este criterio a lo largo del Siglo XX. En 2017, al sancionarse la Ley 27.348, se confirmó la obligatoriedad de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), que tienen un régimen diferenciado.

La vigilancia y ordenamiento instrumentados desde el DNT ampararon el dinamismo de las organizaciones sindicales y mutuales, que se incrementaban al compás de la ola inmigratoria desde fines del Siglo XIX, impulsadas en general por militantes de izquierda.

Durante las primeras décadas del Siglo XX, diversos grupos sindicales se formaron, dividieron y reagruparon por diferencias ideológicas y organizativas, conformando una sucesión de centrales obreras con siglas y componentes variados (FOA, UGT, CORA, FORA), y finalmente CGT. Naturalmente predominó en este período, una conformidad operativa y conceptual con los funcionarios del DNT, donde también prevalecían enfoques socialistas y social-demócratas.

En particular, un funcionario destacado, Augusto Bunge, aportó una visión favorable a este desarrollo popular, como parte de reformas laborales en defensa del bienestar obrero. Las mutuales de inmigrantes tuvieron un especial respaldo desde esa posición, pese a la resistencia de organizaciones alentadas por la Iglesia, que reaccionaba alarmada por el avance de la izquierda.

Pero en la base de estas controversias se iba consolidando la conciencia del poder de las entidades corporativas en la incipiente revolución industrial. Asociaciones civiles, sindicatos, mutuales, cámaras empresarias, fundaciones, planes de salud, congregaciones, asociaciones comerciales, -con distintos niveles de formalidad (federaciones, personería jurídica y/o gremial)- ocupaban el espacio de las organizaciones intermedias, representando diversos puntos de vista reivindicativos de la sociedad civil.

En la década del 30 había quedado constituida la CGT y las corrientes de pensamiento en el campo laboral, evolucionaban hacia vertientes del nacionalismo católico, reproduciendo tendencias similares en Italia y España. En el DNT predominó el liderazgo de José Figuerola, un funcionario formado en el naciente nacional-

socialismo de Italia. Procuraba gestionar relaciones armónicas entre capital y trabajo, mediante el arbitraje del Estado, con el fin de evitar que se judicializaran los conflictos.

Este panorama encontró Perón en 1943 en la Secretaría de Trabajo y Previsión (STyP): las organizaciones mutuales se habían reagrupado paulatinamente por rama de la producción durante las décadas anteriores, de modo que naturalmente les asistía el derecho de continuar administrando la *asistencia social* de sus adherentes.

Cuando se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en 1943, se hizo cargo de las funciones asistenciales y benéficas, derivadas por el DNH. Pero un año después se dispuso que volvieran a ser gestionadas por la Dirección de Subsidios y Registro Nacional de Asistencia Social de la STyP. Prevalecía la idea de que los problemas de atención médica debían ser resueltos por la sociedad civil, ya sea por los propios trabajadores, mediante iniciativas de *socorros mutuos*, o por organizaciones confesionales, administrando servicios caritativos subsidiados por el Estado.

Desde la STyP, facultada como autoridad de aplicación del Decreto-Ley 23.852/45, se tipificaron las asociaciones profesionales y se institucionalizaron los *convenios colectivos de trabajo*, que llegarían en 1953, con la sanción de la Ley 14.250.

La instancia siguiente de consolidación corporativa, se dio entre 1969 y 1972, entre el Gobierno militar y la CGT: a) se sancionó la Ley 18.610, de obligatoriedad de afiliación a *obras sociales* por rama de la producción, administradas por el respectivo sindicato, para trabajadores en relación de dependencia, mediante aportes de empleados y empleadores; b) se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (luego “PAMI”), por la Ley 19.032, con lo que se aliviaba a las obras sociales de la cobertura de la clase pasiva, y c) se sancionó la Ley 19.710, que estableció un marco de concertación de los contratos entre *beneficiarios* y *prestadores*, tipificando los interlocutores corporativos de cada parte.

Así negociaron, el INOS por el Estado, la CGT por los beneficiarios, y las organizaciones “terciarias” (entonces CoMRA, ConfeCliSa, CORA, CUBRA y CoFA) por los prestadores. La evolución posterior, durante 5 décadas, fue modificando la denominación y el alcance de los interlocutores: nuevas leyes de Seguridad Social, fragmentación gremial de los prestadores, libertad de elección de obra social, derivación de afiliados a planes de Medicina Prepaga -con un notable crecimiento de este sector-y empresas sindicales semiprivadas.

El terreno jurídico de esas entidades tendió a diversificarse y perdieron nitidez los derechos que reivindicaban -a veces no legítimos-, porque en los circuitos de sustentación se intercalaban acreedores adicionales.

El Gobierno procura ahora depurar la operatoria del sistema, eliminando costos recaudatorios en el vínculo asegurador-asegurado. Pero a lo largo de esta historia se afianzaron sucesivos reglamentos corporativos, que fueron estructurando el desempeño de la sociedad en regímenes de protección, a través de organizaciones de diferentes naturalezas.

El constitucionalista Juan Vicente Sola^(*) atribuye a las regulaciones corporativas, un importante obstáculo para la innovación, la competencia y el crecimiento económico. La desarticulación de este magma asociativo, que a la vez que protege, contribuye a “maniatar” a la población, requerirá gran habilidad y prudencia legislativa, para alcanzar una depuración no beligerante. ■

Referencia:

1) Sola, Juan V.: ¿Puede Argentina dejar atrás el corporativismo? Clarín, 5-mayo-2025: 19.

(*) 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

EL ESTADO EN TIEMPOS DE CRISIS: SALUD, GOBERNABILIDAD Y REFORMA



Por el Dr. Carlos Felice (*)

La salud, entendida como un derecho social fundamental, no puede analizarse de forma aislada del contexto en el que se inscribe. En sociedades atravesadas por crisis estructurales, el sistema sanitario se convierte en un reflejo palpable de las tensiones sociales y económicas, y del grado de descomposición o articulación del tejido estatal.

En este marco, pensar al Estado como un simple mediador entre crisis y salud implicaría una visión reduccionista. Muy por el contrario, el Estado debe ser pensado como el núcleo del problema y también de su posible solución. Su función articuladora, su rol histórico como garante de derechos y su capacidad para sostener el interés general lo colocan en el centro de la escena.

La crisis redefine los márgenes del poder y obliga a repensar los límites de intervención del Estado. En América Latina, donde las desigualdades estructurales y la fragmentación institucional son fenómenos persistentes, el Estado ha sido tanto promotor del desarrollo como espacio de captura por parte de intereses corporativos.

La salud pública, en este contexto, aparece como una de las principales víctimas del deterioro estatal: precarización de servicios, acceso desigual, creciente mercantilización y debilitamiento de las garantías colectivas. Frente a esta realidad, la discusión sobre el papel del Estado deja de ser teórica para convertirse en una urgencia práctica.

La formulación de si el Estado debe, puede y quiere cumplir con sus funciones históricas concentra tres ejes fundamentales del debate contemporáneo. En primer lugar, la cuestión normativa: ¿hasta qué punto es deseable su intervención en áreas sensibles como la salud, la educación o la infraestructura social?

Luego, la dimensión operativa: ¿tiene el Estado capacidad real para responder a las demandas crecientes en un contexto de escasez y fragmentación? Y finalmente, el aspecto volitivo: ¿existe voluntad política dentro del aparato estatal para asumir un rol transformador, más allá de los intereses sectoriales o los condicionamientos burocráticos?

Estas preguntas no son abstractas. Tienen un correlato directo en la vida de millones de personas. La reducción del Estado, impulsada por visiones tecnocráticas o ideológicas, ha sido presentada como solución a los problemas de eficiencia, cuando en realidad ha agravado la desconexión entre fines y medios.

Lejos de avanzar hacia un Estado más ágil, se ha promovido una desarticulación funcional que profundiza su incapacidad de respuesta. Así, se ha confundido fortaleza con tamaño, ignorando que un Estado fuerte no es aquel que ocupa más espacio, sino el que tiene mayor capacidad de gestión.

La gobernabilidad democrática se encuentra, en América Latina, condicionada por el legado autoritario, la fragilidad institucional y la presión social. La alternancia de gobiernos con proyectos antagónicos ha generado una burocracia inestable, a menudo desmotivada, que oscila entre la rutina y la parálisis.

Esta falta de coherencia entre objetivos y estructuras se traduce en ineficiencia, pero también en una pérdida de sentido. La administración pública ha devenido, en muchos casos, en un cementerio de políticas abortadas y reformas inconclusas, sin continuidad institucional.

El problema de la hipertrofia estatal es un diagnóstico que, si bien contiene elementos válidos, es incompleto. En muchos países, el tamaño del Estado no es excesivo en relación con las necesidades sociales ni comparado con otras economías.

Lo que existe es una deformidad en la asignación de recursos, en la distribución de funciones y en la congruencia entre los fines perseguidos y los medios disponibles. Existen unidades con exceso de personal ocioso y otras, estratégicas, desprovistas de capacidad técnica o insumos básicos. La reducción presupuestaria, lejos de ordenar, ha agravado esta deformidad estructural.

Fortalecer al Estado implica repensar su función desde la complejidad. No se trata de replicar modelos foráneos de gestión, sino de construir institucionalidad con sentido histórico, cultural y político. Muchas de las llamadas reformas modernizadoras han fracasado por intentar importar tecnologías de gestión incongruentes con la cultura local.

La eficiencia no puede definirse en términos puramente económicos; debe entenderse en relación con los objetivos sociales que se persiguen. Un Estado eficiente es aquel que garantiza derechos, promueve inclusión y articula conflictos, no solo el que reduce costos o privatiza funciones.

La descentralización, por ejemplo, ha sido planteada como una forma de acercar el Estado a la ciudadanía. Sin embargo, cuando no se acompaña de recursos, coordinación e información, solo transfiere responsabilidades sin mejorar resultados.

Del mismo modo, la alternancia democrática no puede ser valorada solo en términos electorales si no se consolida una cultura institucional que dé continuidad a las políticas públicas. La democracia es recuperación del tiempo histórico; el autoritarismo, en cambio, es perpetuación del presente. Un Estado democrático necesita previsión, planificación y estabilidad normativa.

La eficiencia estatal, por tanto, no puede reducirse a un balance contable. Requiere una mirada integral sobre la función pública, sus capacidades, sus valores y sus condiciones. Exige liderazgo político, reforma administrativa, inversión estratégica y, sobre todo, un compromiso con la equidad y el desarrollo humano. La salud, como derecho y como símbolo, es una de las áreas donde más se evidencia la necesidad de este nuevo pacto entre Estado y sociedad.

Construir un Estado a la altura de su tiempo no es una tarea sencilla. Implica revisar supuestos, confrontar intereses y rediseñar prácticas. Pero es una tarea ineludible si queremos sociedades más justas, más cohesionadas y más saludables.

No se trata de volver al viejo Estado paternalista, ni de rendirse ante el mercado como regulador absoluto. Se trata de reconocer que, sin un Estado activo, profesional y legítimo, no hay democracia posible ni salud garantizada. ■

(*) 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).

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

EL QUE CALLA OTORGA... COMO DECÍA MI ABUELITA



Por el Dr. Rubén Torres (*)

La solidaridad constituye el pilar constitutivo de los sistemas de seguridad social y de salud, y pocos indicadores dicen más de una sociedad y de su preocupación por el bienestar de sus ciudadanos que un sistema de salud equitativo y eficiente.

La fortaleza de un sistema de salud depende de la fortaleza de esa preocupación.

La sociedad argentina está fragmentada y ha sedimentado un cierto sentimiento común fuertemente individualista.

En democracia se han desvirtuado algunas formas de convivencia, el individualismo extremo, la creación de *fake news* y un caos, que diseñan ingenieros y ejecutan *influencers*, parecen haber transformado la comunidad en un conjunto de individuos.

Esto permite comprender la situación actual de la política, y explica que ciertas injusticias sean el precio por pagar para que la inflación baje. Estamos generando el crecimiento de una mayor desigualdad social, y la creencia de que solo es posible la salvación individual.

Pareciera haber dos Argentinas: una en la cual cada uno sigue en lo suyo, y otra llena de tragedias y desgracias, pero ajenas. La perturbadora imagen a la que asistimos azorados hace pocos días de una mujer muerta en un bingo, alrededor de la cual varias personas seguían apostando en las máquinas tragamonedas como si no hubiera pasado nada, parece una trágica expresión de esta situación.

Gran parte de la ciudadanía reacciona solidariamente frente a la desgracia ajena, y sería injusto generalizar, pero parece vislumbrarse o aparecer, un síntoma social: el de una sociedad que mira sus intereses individuales, con indiferencia y apatía hacia el de los otros.

Una sociedad anestesiada frente al dolor de muchos hermanos, y cada vez más desentendida de la política como forma de organización de la comunidad, parece dispuesta a tolerar un poder con rasgos intolerantes a cambio de imprescindibles mejoras de la economía.

Es natural que juzguemos al gobierno por sus resultados económicos, en un país que durante décadas estuvo sumido en la inestabilidad, el déficit y la inflación, con un Estado colonizado por más militantes que trabajadores y trabado por

regulaciones inútiles, pero en salud, las políticas que solo promueven competencia y consumo fomentan la “retirada moral”.

El “*Nadie se salva solo*”, escuchado en el Eternauta da lugar a la idea de solidaridad social, a que se necesita educación y salud de calidad, institucionalidad, y una economía que tenga en cuenta al conjunto de la población.

Nuestras sociedades se han vuelto más divididas, y no es sorprendente que la solidaridad que se necesita para construir un sistema de salud de alta calidad sea escasa.

Que el sistema privado de salud tenga una cobertura oportuna (no digo eficiente), solo pone en evidencia la ineficiencia de lo que se gestiona desde el sector público. Hay quienes miran hacia otro lado mientras sostienen con enorme esfuerzo un plan de seguro privado, sin reclamar por el legítimo derecho de un acceso universal y equitativo a prestaciones públicas de salud que garanticen este derecho para todos los argentinos.

Debemos abandonar el cuidado de la propia quinta, y que no nos importe aquello que a nosotros no nos toca, ese individualismo, que nada tiene que ver con la iniciativa individual sino con la miseria de no ver o hablar de aquello que a mí no me toca, y que los demás se las arreglen.

Es imprescindible, tanto como es inaceptable para una sociedad democrática que el lugar en que se nace o vive defina cuándo y de que se muera una persona.

La corrupción que permeó en varios de los gobiernos, la debacle del sistema educativo, la degradación de la justicia y el colapso de la salud pública, son catástrofes a las cuales la sociedad asistió con resignación, pero también con cierto desinterés.

En democracia, la confianza pública constituye una cuestión compleja porque no solo es vertical sino también horizontal (O'Donnell la llamó “accountability horizontal”). No alcanza con que la sociedad legitime, de abajo hacia arriba, a través del voto o las encuestas, a sus gobernantes, y luego “finja demencia”.

Sería válido preguntarse qué puede hacer el ciudadano de a pie frente a situaciones que lo superan, pero el reproche debiera dirigirse a los sectores que debieran representarlos socialmente y se refugian en el silencio o se encogen de hombros, defendiendo exclusivamente sus intereses personales o sectoriales.

¿Podríamos seguir en esta anomia si líderes políticos sectoriales, la academia o las cámaras empresariales se expresarán públicamente pidiendo respuestas? El prestigio, influencia y credibilidad de muchas de estas instituciones esta debilitado y en jaque por estas actitudes. Y esa anomia no es solo responsabilidad de los gobiernos.

Para decirlo académicamente: los que callan también eligen, según decía Brecht, o en jerga coloquial, el que calla otorga, como decía mi abuelita. ■

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

- 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



EL COSTO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN ARGENTINA



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

Las residencias médicas representan el eje vertebral de la formación de especialistas en la Argentina. Este sistema de posgrado, que combina capacitación académica con trabajo asistencial intensivo en instituciones de salud, cumple un rol central tanto en la preparación de futuros especialistas como en el funcionamiento cotidiano de hospitales públicos y efectores universitarios.

Actualmente, el sistema de residencias enfrenta tensiones crecientes entre la inversión fiscal y las escasas remuneraciones y precarias condiciones laborales. Frente a ello, el Ministerio de Salud anunció un cambio en los criterios de acceso que prioriza a los profesionales formados en universidades argentinas.

Desde una mirada de economía de la salud, las residencias son una inversión pública en capital humano. El costo directo de un residente, considerando estipendio, aportes y cobertura de ART, se estima entre 23 y 26 millones de pesos anuales por residente, lo que se traduce en más de 100 millones para un programa de cuatro años. Estos costos son absorbidos por ministerios de salud provinciales, hospitales nacionales, universidades y el sector privado.

A esto, se suman costos indirectos: uso de infraestructura hospitalaria, tiempo de supervisión docente, insumos, y acceso a bibliografía y capacitaciones. Si bien no siempre se contabilizan, estos recursos son significativos y esenciales para garantizar una formación competente. La falta de evaluación económica sistemática de estos componentes representa una debilidad en la planificación presupuestaria del sistema de formación.

La problemática

El sistema de residencias tiene una particularidad única: su función asistencial. Los residentes no son exclusivamente aprendices, sino que cubren consultas y guardias. Si bien la inversión es alta, el salario real de un residente promedio ronda un valor similar a la canasta básica de alimentos (cerca de un millón de pesos), muy por debajo de las expectativas de un profesional que se formó durante 7 años. Realmente es un desincentivo a la cobertura de vacantes o a continuidad de la residencia, redundando en una menor calidad formativa a mediano y largo plazo.

El sistema actual se sostiene, en gran parte, gracias al volumen de residentes. En muchos hospitales generales, los residentes de clínica, pediatría y cirugía representan más del 50% de los recursos humanos activos en horarios nocturnos y fines de semana. Esto implica que, en la práctica, el Estado obtiene servicios a bajo costo, aunque a expensas del bienestar y la calidad formativa del residente.

Por otro lado, cuando hay vacantes no cubiertas se resienten hospitales y se incrementan los tiempos de espera, lo que evidencia una dependencia excesiva de este modelo. Sin embargo, más del 30% de los profesionales no se quedan en el sistema público tras finalizar la residencia, migrando al sector privado o al extranjero. Esto representa una pérdida de inversión significativa para el Estado.

También debe considerarse el desequilibrio territorial. El 70% de los residentes se concentran en la Ciudad de Buenos Aires y en grandes capitales provinciales, mientras que zonas rurales o regiones del norte argentino enfrentan déficits estructurales de especialistas, aún en áreas esenciales como ginecología, pediatría y medicina general. La residencia no logra corregir estas asimetrías, y muchas veces las profundiza.

Detalles del anuncio de junio de 2025

El Ministerio de Salud presentó un **nuevo esquema de puntuación** para el concurso de residencias médicas, que comprende:

1. Promedio del título de grado.
2. El 50% del puntaje del Examen Único de Residencias.
3. **5 puntos adicionales** para quienes hayan cursado toda la carrera en universidades argentinas.

Esta medida responde a un interés legítimo de retener la inversión pública en formación de médicos de grado (que representan el principal canal de formación médica en el país) y proteger el sistema frente a la fuga de talento. La formación médica en universidades públicas cuesta al Estado entre 40 y 50 mil/ dólares por graduado.

Si esos profesionales ingresan a residencias financiadas y luego migran del sistema público, esta inversión pierde su retorno social. Desde la mirada del bienestar social, priorizar a graduados locales puede aumentar la probabilidad de permanencia en el sistema público, mejorar la distribución regional y reducir la fuga de talento.

Esta medida abre grandes debates. El acceso a residencias debiera basarse en competencias y compromiso con la salud pública, independientemente del país de origen de la universidad. Si bien la priorización puede tener un fundamento económico, **no existen todavía estudios de seguimiento longitudinal** que demuestren que los egresados de universidades extranjeras tengan tasas de desertión o emigración superiores. En este sentido, la medida es aún especulativa.

Por otro lado, su eficacia depende de acompañarla con otros incentivos laborales, controles y planificación territorial. Se requiere de un enfoque sistémico con cambios estructurales para asegurar un verdadero retorno social y equidad en el acceso a la salud.

En otras palabras, resultará insuficiente sin mejoras complementarias: mejores condiciones laborales, salarios competitivos y contratos con compromiso de servicio en zonas vacantes. Este cambio no aborda de forma directa la precarización laboral que mantiene la mayoría de los sistemas de residencias.

Conclusión

Las residencias constituyen una inversión estratégica del Estado argentino. Su sostenibilidad y eficiencia requieren una mirada económica integral, basada en datos y planificación de largo plazo. Si bien el reciente cambio intenta direccionar el ingreso de residentes hacia perfiles más alineados con el sistema nacional, no puede ser una política aislada. Sin mejoras estructurales en condiciones de trabajo, incentivos reales y planificación territorial, el costo de las residencias seguirá siendo alto, y su retorno, limitado.

Solo con una visión sistémica y de largo plazo será posible asegurar que la inversión en residencias se traduzca en mejoras sostenidas en el acceso, la calidad y la equidad del sistema de salud argentino. ■

(*) Profesor universitario.



**13.
AGOS.
2025**

**13° CONGRESO ARGENTINO DE
AUDITORES Y GERENTES DE SALUD
"INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SALUD
DIGITAL: TRANSFORMANDO EL SISTEMA
DE SALUD"**

Organiza
SADAM
ASOCIACION ARGENTINA DE
AUDITORIA Y GESTION SANITARIA



**Centro Cultural de Capacitación
Prof. Dr. Ramón Carrillo**

Venezuela 1283, CABA

Presencial & Streaming

Arancel: \$30.000.- Socios sin cargo.

Para más
información
e inscripción
scanear
este QR



EL ÁRBOL Y EL BOSQUE



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Hace semanas que la opinión pública se ve interpelada por un tema que apela a profundos sentimientos compartidos: el conflicto en el Hospital Garrahan. Y por extensión, cuánto, y en qué, el Estado argentino gasta en la salud de sus ciudadanos.

Se mencionaron argumentos insustanciales: personas que no cumplen funciones efectivas (los famosos “ñoquis”) y exceso de personal administrativo, prescindiendo de que la integración de un equipo de salud, y los procesos asistenciales de un hospital son necesariamente complejos, inter y multidisciplinarios.

El segundo es sencillamente falso: la información que se proveyó confundía deliberadamente a personal no médico con personal administrativo, prescindiendo de que la integración de un equipo de salud, y los procesos asistenciales de un hospital son necesariamente complejos, inter y multidisciplinarios.

Dicho lo anterior, y **habida cuenta que el objetivo explícito de la actual gestión es la demolición del Estado, o como mínimo, su retirada de áreas clave de la economía, el tema en cuestión no debe verse como un episodio en particular, -gravísimo, por cierto- sino como voluntad y expresión de un clima de época que niega la existencia de fallas de mercado y sostiene el beneficio de un sistema tributario mínimo con el objeto de incentivar la libertad económica.**

Pareciera necesario volver a explicitar, por inverosímil que parezca, cuál es el papel del Estado en salud, y por extensión conocer cuál es, en última instancia el objeto de los impuestos que entre todos pagamos. Salud es un bien meritorio por su valor y necesidad para el bienestar individual y colectivo. El beneficio de su consumo excede con creces a la ganancia individual, porque alcanza a la comunidad en su conjunto. Esa posibilidad por sí misma es la que clásicamente justifica la intervención estatal.

A su vez, su usufructo no necesariamente rivaliza ni excluye a un tercero, sino que las externalidades que produce se proyectan hacia el conjunto, particularmente en un escenario de insuficiente información por parte de los individuos.

Estas afirmaciones, clásicamente citadas para sostener desde la economía de la salud la intervención del Estado (Musgrave, Fuchs, Arrow), trascienden también en un sentido teleológico, incluso moral: el cuidado del otro, la condolencia, la compasión por el sufrimiento ajeno.

La solidaridad, en última instancia, y el Estado con su excluyente capacidad de atenuar asimetrías injustas y desigualdades estructurales. Un imperativo moral que hasta aquí formó parte de nuestra idiosincrasia respaldado por mandato constitucional (Art. 75 inc. 22 CN). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 12).

Resulta casi inconcebible tener que reafirmarlo: el Estado desplie-

ga un papel indelegable en salud. Un papel que ningún sistema privado puede ejercer, porque el mercado por sí solo es incapaz de garantizar acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud. Y hace mucho ya que la discusión sanitaria superó el tironeamiento inconducente entre extremos irreconciliables, generando modelos innovativos de financiamiento y gestión de la cosa pública.

Así: ¿cuál es el objeto de los impuestos que esforzadamente pagamos? (particularmente los indirectos, vale aclarar...).

La función de redistribución de un sistema impositivo no radica en la relocación de la renta, sino en proveer por vía del financiamiento público bienes y servicios cuya producción por parte del sector privado sea subóptima o que sencillamente, éste no esté interesado en proporcionarlos.

Al ser apropiados y compartidos por la sociedad, generan cohesión social, incrementan la productividad y generan beneficios que impactan en el bienestar colectivo. Así entonces, un sistema impositivo adecuadamente concebido y diseñado no reparte recursos, sino que redistribuye valor a través del efecto multiplicador de la inversión pública adecuada.

Por ende, cuanto más asimétrica sea la información, cuantos mayores sean las externalidades asociadas, cuanto más meritorio sea el objeto del financiamiento, más fundamento para que sea óptima la provisión pública. Y eso es lo que sucede precisamente con salud.

Y aún si esto no fuera fundamento suficiente, destinamos recursos comunes al financiamiento de la salud porque *“la equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas”* (A. Zen 2002).

Valga aclarar: no se trata de defender el incremento exponencial e irresponsable del gasto público de los últimos 20 años. Pero tampoco aceptar acríticamente el desfinanciamiento de bienes públicos como consecuencia de recortes indiscriminados y de la desgravación tributaria regresiva, presentada como un hecho virtuoso o un fin en sí mismo.

Y así llegamos al título de la nota: **no es (sólo) el Garrahan. Es la cosa pública. No es (sólo) el salario de los médicos residentes: es la necesidad de contar con recursos profesionales idóneos, dedicados y motivados. No es (sólo) eficiencia económica, es rentabilidad social. No es (sólo) fiscalidad, es inclusión y equidad.**

Indiscutiblemente, la intención de erradicar posibles prácticas que corrompen instituciones honestas es virtuosa y necesaria. Sin embargo, ante hospitales sin recursos, escuchar que la atención de un niño enfermo es un asunto familiar en el que el Estado no debe intervenir, resulta indignante.

Ver cómo se deteriora la formación y se desvanecen los incentivos para las nuevas generaciones de profesionales, mientras se normaliza que livianamente se sostenga que el desbalance entre sus ingresos y sus aspiraciones se resuelve abandonando la vocación, es como mínimo alarmante.

Frente al abandono de programas y de sus beneficiarios, y ante el desfinanciamiento del sistema como única respuesta a sus vicios e ineficiencias -sin distinguir trayectorias, méritos ni dignidad-, es urgente recuperar las enseñanzas de quienes forjaron una salud pública imperfecta, pero profundamente virtuosa.

Una salud pública financiada por el Estado que supo convertirse en orgullo nacional; que contribuyó con tres de nuestros cinco premios Nobel; que hizo que generaciones enteras se sintieran honradas de vestir un guardapolvo blanco y formar parte de un hospital público.

Hoy nos toca defenderlo, modernizarlo, mejorarlo. Pero por encima de todo, reivindicarlo. ■

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

Nueva App UOCRA

La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic de distancia!



Disponible en:



¡Ingresa 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

LA REPÚBLICA PERDIDA III



"La libertad no puede existir sin la igualdad".
Mariano Moreno

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

El documental argentino ha guardado históricamente una estrecha relación con la dimensión político-social. Durante las últimas décadas, el cine de lo real se ha manifestado particularmente sensible a los traumas ocasionados por la última dictadura militar (1976-1983).⁽¹⁾

Tal como explica Ana Amado: "El documental fue el formato utilizado de modo creciente durante la década del noventa para examinar acontecimientos del pasado histórico y del presente social, hasta transformarse en uno de los principales géneros cinematográficos en la producción fílmica argentina desde el inicio de este siglo".

Si bien la historia de la Argentina correspondiente al siglo veinte estuvo atravesada recurrentemente por gobiernos militares, el tramo que va de 1976 a 1983 coincide con la dictadura más violenta que jamás haya tenido lugar en el país. Bajo el gobierno de una Junta Militar integrada por las tres armas se instaló un régimen dictatorial que violó sistemáticamente los derechos humanos.

Se trató de una operación integral de represión, cuidadosamente planeada por la conducción de las tres armas, la cual suponía el secuestro, tortura, reclusión en centros clandestinos de detención, desaparición y muerte de alrededor de 30 mil personas. El terror, la censura y la violencia se volvieron moneda corriente, apoyados en la complicidad de los medios de comunicación y parte importante de la sociedad civil.

Nos llevó mediante un plan económico a un territorio de dependencia de los organismos multilaterales de crédito con una deuda externa cuasi impagable, la destrucción del aparato productivo nacional, la desconcentración del sistema educativo y de salud hacia municipios y provincias -pero sin girarle los fondos necesarios para su mantenimiento- problema que persiste hasta ahora, por la desaparición de la gobernanza de ambos Ministerios -de educación y salud- que aún no pudimos recuperar.

El documental postdictadura presentó características distintivas, que lo diferenciaron del cine de intervención política propio de fines de las décadas del sesenta y setenta. Toda esta obra hoy sería imposible de realizar ya que su legado para la posteridad por el cierre del INCA y la desaparición de la inversión estatal en cultura fue borrado del presupuesto estatal ...

"Un sistema político es o se hace estable sólo si posee o alcanza un nivel de institucionalización adecuado al nivel de participación popular existente".⁽²⁾

Según Bobbio, estos dos elementos pueden ser considerados como las condiciones políticas decisivas de la estabilidad, y al efecto, enuncia una quinta hipótesis: "... cuanto mayor es la legitimidad y más alta la eficacia decisional, tanto más estable será un sistema político democrático".⁽³⁾

Hoy estamos ante una nueva pérdida de la República, quizás se escriba en la historia como la *República Perdida III*.

Un nuevo capítulo de derechos perdidos

Presupuestos universitarios paupérrimos, lo que produce que el ascenso social de las clases menos pudientes sea perjudicado en su esencia misma, atentando contra la Constitución Nacional donde todos somos iguales ante la ley.

Presupuestos paupérrimos también para la educación pública en general en un intento de eliminación de la educación pública, laica y gratuita instituida por la ley 1420 en el siglo XIX.

Esta ley nos catapultó a ser uno de los países más igualitarios en transmisión del conocimiento y ejemplo en el mundo.

Pérdida de las condiciones laborales y de los ingresos de las clases populares pauperizándolas y alejándose de la participación en la distribución del ingreso nacional per cápita de décadas anteriores. Así podríamos enunciar cantidades de derechos que se pierden y nos retrotraen a épocas pasadas donde la inequidad reinaba en nuestro país.

El sistema de salud argentino refleja una creciente fragmentación social que profundiza las desigualdades estructurales. La formación de los profesionales de la salud carece de una perspectiva integral sobre su función en el sistema y su papel en la sociedad democrática.

Conformado por sectores público, privado y de obras sociales, el sistema presenta una segmentación que genera disparidades en el acceso, la calidad y los resultados sanitarios, especialmente entre provincias y sectores sociales.

El sector público, diseñado para una población mucho menor a la actual, enfrenta una sobredemanda que produce barreras de acceso. Existen desigualdades marcadas en la distribución de médicos, camas y recursos.

Hay una marcada pauperización del *equipo de salud* ante salarios depreciados que impactan en las condiciones de vida del sector.

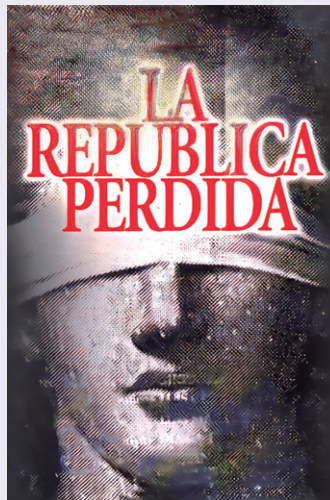
Las enfermedades vinculadas a la pobreza, como el Chagas o la tuberculosis, golpean con mayor fuerza a las provincias más postergadas.

Las condiciones habitacionales, la falta de prevención y el bajo acceso a servicios afectan especialmente a los sectores vulnerables.

Frente a este panorama, se propone avanzar hacia una cobertura universal efectiva, equitativa y de calidad, mediante equipos de salud familiar con presencia territorial, sistemas de información robustos y acuerdos federales para reducir las brechas sanitarias. La pandemia de Covid-19 expuso y agravó estas desigualdades, evidenciando la fragilidad del sistema frente a emergencias sanitarias.

En el plano regional, América Latina y el Caribe y especialmente la Argentina presentan estructuras fiscales regresivas, alta evasión impositiva y baja inversión sostenida en salud pública. La carga tributaria recae desproporcionadamente en los sectores populares.

Se plantea que garantizar el derecho a la salud requiere armonizar todos los componentes del sistema en función de objetivos comunes, entendiendo la salud no solo como derecho humano, sino como motor de desarrollo económico, social e individual. ■



Bibliografía:

- (1) El montaje de la transición argentina. Un análisis de los films / La República perdida, La República perdida II / Paola Judith Margulis / Universidad de Buenos Aires/Scielo/UNAM /México 2011.
- (2) El orden político en las sociedades cambiantes / Samuel P. Huntington. Prólogo de Francis Fukuyama/1996/Yale University Press.
- (3) Teoría del orden jurídico, Bobbio Norberto. Teoría dell'ordinamento Giuridico. Turín / Edit. G. Giappichelli /1980.

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



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

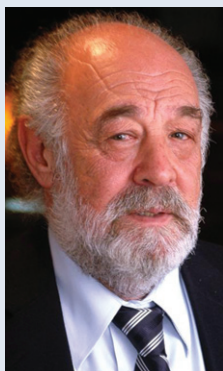
Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

EL ESPEJISMO SANITARIO: ENTRE LA ILUSIÓN Y LA DOLOROSA REALIDAD



"Actuar es fácil, pensar es difícil,
actuar según se piensa es aún más difícil".
Johann Wolfgang von Goethe

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

El conflicto que atraviesa hoy el Hospital Garrahan no es un hecho aislado ni un problema coyuntural: es el síntoma más visible de una distorsión profunda en el sistema de formación médica, especialmente en el rol de los médicos residentes. Lo que alguna vez fue concebido como un espacio privilegiado de formación científica, hoy se encuentra viciado en su contenido pedagógico por una lógica de explotación laboral encubierta, y en donde los residentes son utilizados como vanguardia funcional del aparato sindical de los hospitales.

La situación no es nueva, pero se ha agravado. Si bien el Garrahan en particular merece una distinción por su calidad muy superior a la media, el sistema de residencias en general se encuentra bastardeado. Basta observar cómo se ha naturalizado que los residentes -médicos en etapa de formación- cubran guardias excesivas, suplan a médicos de planta y trabajen sin supervisión, aun cuando estas prácticas están expresamente prohibidas por la normativa vigente. En los hechos, la residencia ha dejado de ser una escuela para convertirse en una pieza auxiliar dentro de un sistema hospitalario debilitado, que genera parches en lugar de planes.

Las residencias médicas no son una formalidad del sistema sanitario: constituyen una de las bases estratégicas de las políticas de salud pública. Lejos de ser un simple eslabón laboral, este sistema está diseñado para que el profesional de la salud continúe su formación en una especialidad de manera intensiva y rigurosa en contextos reales, integrando el saber académico con la experiencia práctica en el territorio, y con ello, construir perfiles profesionales de alta calidad técnica y humana.

La distorsión, como vemos, no es sólo práctica, también conceptual. Como señalaba el doctor Carlos Gianantonio, creador de las residencias pediátricas en el Hospital Gutiérrez, en 1972: "*La situación de los residentes se ha distorsionado y transformado en mano de obra barata. Motivo por el cual, para evitar esta distorsión, habría que cerrarlas y encontrar otra matriz formativa*". Su advertencia no fue menor: hablaba de un sistema que debía garantizar el desarrollo científico de nuevos profesionales, y que hoy apenas logra sostenerlos en condiciones mínimas de dignidad, en un contexto de crisis económica, donde muchos residentes necesitan el salario como suplemento imprescindible, que en muchos casos sus familias no pueden cubrir.

Las etapas formativas originales de la residencia -ciencia teórica, imitación, práctica supervisada e investigación crítica- han sido reem-

plazadas por una única exigencia: sostener la demanda asistencial como si fueran médicos de planta, sin acompañamiento ni tiempo para el aprendizaje reflexivo. Esta única exigencia les priva de su derecho a una formación técnico-práctica integral.

A esta distorsión funcional se suma una distorsión organizacional. La ausencia de una conducción médica clara, junto con lógicas burocráticas anquilosadas -como la que encarna actualmente la dirección del Garrahan- ha convertido a uno de los hospitales emblema de América Latina en un espacio donde los desajustes estratégicos se vuelven cada vez más notorios.

Retomar el pensamiento estratégico implica repensar el rol del Hospital Garrahan como vanguardia: una *nave capitana* que hoy navega sola en el espacio sanitario, sin la flotilla de hospitales de menor complejidad con la que debería articularse orgánicamente, en función de la construcción de un necesario e imprescindible **Sistema Federal Integrado de Salud**.

En este escenario aparece una figura conocida pero rara vez vinculada a la salud pública: el *ñoqui*. El ingreso de personal sin funciones reales -por razones políticas o clientelares- se ha naturalizado en muchas áreas del Estado. En el sistema de salud, esto implica no sólo un desvío de recursos, sino la consolidación de lo que podríamos llamar *obesidad institucional*: estructuras que "engordan" pero no funcionan, que consumen sin producir valor público. Los ñoquis no son la causa de esta obesidad, pero sí su síntoma más visible.

Y la obesidad, se sabe, no se combate con motosierra. Requiere diagnóstico, conducción y políticas serias y sostenidas. Es decir, gobierno, no reflejos. Y aquí radica el núcleo del conflicto: mientras se precariza a quienes deberían estar en el centro de la formación médica, se sostiene un modelo de gestión opaco, que responde más a equilibrios de poder que a objetivos institucionales.

No sorprende, entonces, que según un informe reciente publicado por *Clarín* (30/05/2025), la Argentina haya caído 16 posiciones en el ranking de calidad de élites científicas y profesionales. Porque cuando se desestructura una escuela de excelencia -como en los casos del Gutiérrez y el Garrahan-, las consecuencias se hacen sentir en el cuerpo social. Las víctimas reales de esta crisis son los pacientes, que pierden el acceso a una atención integral, humanizada y técnicamente sólida. También lo son los jóvenes médicos que, en lugar de formarse como especialistas, son usados como taponeros de emergencia en un sistema que ya no cura, no educa ni protege.

Toda esta situación no debe enmascarar la ausencia de **gobernanza sanitaria**. No se trata de caer en fenómenos de reduccionismo situacional, como si la solución del Garrahan fuera la solución de la política sanitaria pediátrica. Ya hace años que hablamos de la ausencia y necesidad de pediatras, pero omitimos la necesidad de maestros para esa formación y sitios vitales, como el que el Garrahan representa. ¿Cómo evitar que un hecho valioso en lo micro, como la supervivencia de uno de los pocos nidos de maestros que aun conservamos; termine ocultando la ausencia de una planificación estratégica en salud?

En el plano comunicacional, el conflicto es utilizado como si se tratara una catástrofe intempestiva, un rayo en una noche clara. Nada de eso. La falta de política nacional al respecto hoy se exterioriza en el Garrahan, pero hace 25 años se exteriorizaba en el Posadas. Hemos visto que, desde entonces, en este hospital no ha habido solución. Si bien el Hospital Garrahan y Posadas cuentan con un número de camas similar (587 en el Garrahan y 619 en el Posadas), los estudios sobre cada paciente y el tiempo de giro-cama, muestran por qué esa medida cuantitativa ha dejado de ser válida para evidenciar las diferencias entre hospitales, que son estructurales y profundas.

El Hospital Garrahan aloja a 270 residentes dentro de un programa de formación de posgrado con un cuerpo docente sólido, que enfrenta



El Hospital Garrahan aloja a 270 residentes dentro de un programa de formación de posgrado con un cuerpo docente sólido, que enfrenta una medicina de alta complejidad y tecnología intensiva. Allí, los residentes se forman en un entorno de excelencia académica, con supervisión y responsabilidad progresiva, bajo un verdadero modelo de enseñanza-aprendizaje.

En contraste, el Hospital Posadas sostiene una simulación o espejismo de alta complejidad: su envergadura edilicia no se traduce en complejidad médica ni en calidad formativa. Sus casi 600 residentes, la mayoría sin acceso real a tutores ni a trayectos formativos consistentes, funcionan principalmente como fuente de mano de obra barata.



una medicina de alta complejidad y tecnología intensiva. Allí, los residentes se forman en un entorno de excelencia académica, con supervisión y responsabilidad progresiva, bajo un verdadero modelo de enseñanza-aprendizaje.

En contraste, el Hospital Posadas sostiene una simulación o espejismo de alta complejidad: su envergadura edilicia no se traduce en complejidad médica ni en calidad formativa. Sus casi 600 residentes, la mayoría sin acceso real a tutores ni a trayectos formativos consistentes, funcionan principalmente como fuente de mano de obra barata.

Mientras en el Garrahan los residentes se forman bajo la conducción de la **Dirección de Docencia e Investigación** y responden a criterios institucionales claros, en el Posadas la ausencia de un cuerpo docente estable, de planificación académica y de condiciones de aprendizaje convierte a la residencia en una estrategia de sustitución laboral, con uso político avalada y sostenida por el sindicalismo.

En definitiva, lo que se degrada no es solo una estructura de residencia, sino una concepción entera de la salud pública: aquella que concebía la medicina como una ciencia rigurosa, con vocación humanista y compromiso institucional, y no como una tabla de salvación improvisada para gestionar la decadencia. ■

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Director Académico de la Especialización en "Gestión Estratégica en organizaciones de Salud", Universidad Nacional del Centro - UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza; Director de la Comisión de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Concepción del Uruguay - UCU. Coautor junto al Dr. Vicente 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

DIPLOMATURAS - JULIO/AGOSTO

CARDIOLOGÍA

- Patología Cardiovascular

CRIMINALÍSTICA

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

CUIDADOS PALIATIVOS

- Cuidados Domiciliarios del adulto mayor

ENFERMERÍA

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

GESTIÓN

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

MEDICINA NUCLEAR

- Uso de radiaciones ionizantes y radioisótopos

NUTRICIÓN

- Ayurveda y Alimentación

OFTALMOLOGÍA

- Glaucoma

ONCOLOGÍA

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

MÁS
INFORMACIÓN



TOP TEN EN SALUD

RANKING DE PAÍSES MÁS SALUDABLES

Un análisis sobre los indicadores del estado de salud de los países. Una ventana para ver en perspectiva nuestra realidad.



Por el Dr. Luis Scervino (*)

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar la gravitación de un conjunto de variables sobre las condiciones de salud de diferentes países. A los indicadores que habitualmente utilizamos en materia sanitaria (esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad materna o nivel de desnutrición) hemos adicionado algunos vinculados al modelo de financiamiento de la atención médica (Gasto total, gasto público y gasto de bolsillo) y otros que reflejan el impacto que tienen las condiciones de vida y los determinantes sociales sobre la salud como nivel de pobreza, de educación, desempleo, coeficiente de Gini, consumo energético, etc. ⁽¹⁾

Resulta interesante observar que los 10 países que conforman el ranking comparten una paridad muy alta en el comportamiento de los indicadores analizados. Esto nos permite compararlos con las cifras locales y reflexionar acerca de las estrategias a seguir para revertir resultados negativos.

Desde 2012, la organización conocida como *Social Progress Index* ⁽²⁾ desarrolló múltiples indicadores que evalúan el desempeño social y ambiental de diferentes países.

En sus informes resaltan la importancia del crecimiento del PBI para lograr el bienestar, siempre que se acompañe de una política de inclusión social. En la *Tabla N° 2* se muestran los principales países rankeados por este grupo.

Más recientemente, en 2021 La Commonwealth Foundation ⁽³⁾ publicó un trabajo enfocado especialmente en aspectos vinculados con la atención médica, tanto en Estados Unidos como en otros países de altos ingresos. En este estudio, los países rankeados con mejores resultados coinciden en su mayoría con los señalados en nuestro análisis.

Ranking	País	Índice de Progreso Social
1	Noruega	91.95
2	Dinamarca	91.65
3	Finlandia	91.28
4	Suecia	90.75
5	Suiza	90.44
6	Islandia	89.57
7	Luxemburgo	88.86
8	Países Bajos	88.82
9	Irlanda	88.76
10	Alemania	88.24
41	Argentina	76.85

Tabla N° 2. Índice de progreso social 2025. Social Progress Index

INDICADORES		METODOLOGÍA
Tasa de mortalidad infantil (TMI)	Muerte de niños < 5 años por cada 1000 nacidos vivos	100 - TMI al cuadrado
Tasa de mortalidad materna (TMM)	Mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos	100 - TMM x 3
Desnutrición y déficit de altura para edad (DN)	% en niños menores a 5 años	100 - % de DN al cuadrado
Expectativa de vida (EV)	Esperanza de vida atribuida a cada país	Valor de la edad consignada
PBI per cápita del país	Medida directa de la actividad económica y riqueza de cada país	Valor del PBI / 1000 (Solo se consigna hasta un valor máximo de 60 puntos)
Gasto Público en Salud	% del gasto sanitario que financia el sector público	Valor del porcentaje asignado
Gasto en Salud por habitante (GS)	GS per cápita en U\$S internacionales actuales	0,5% del GS per cápita
PBI en salud (PBIs)	Porción del PBI del país destinado a salud	Valor del % asignado
Coeficiente de Gini (CG)	Medida del nivel de equidad en la distribución de los recursos	100 - Valor del CG
Nivel de pobreza		% de la población por debajo de la línea de pobreza
Tasa de mortalidad por suicidios	Muertes por suicidios cada 100.000 habitantes (OMS)	100 - Tasa asignada
Porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud	Porción del gasto total en salud financiado por las personas	100 - Valor del porcentaje
Nivel de instrucción secundaria en mayores de 25 años	Porcentaje de la población mayor de 25 años que completos estudios secundarios (UNESCO)	Valor del porcentaje
Nivel de desempleo	Porcentaje de desempleados sobre la fuerza laboral total (modelado confeccionado por OIT)	100 - Porcentaje del desempleo
Consumo eléctrico	Consumo de kW, per capita	< 3000 Kw. = 1 3 a 6000 Kw. = 5 6 a 9000 Kw. = 10 > 9.000 Kw. = 15
Índice global de felicidad	Indicador elaborado por Naciones Unidas 2023	Valor consignado/100
Embarazadas con control Médico prenatal	Cantidad de embarazadas que reciben control médico antes del parto	Valor del %/10
Partos asistidos por personal sanitario	% de partos atendidos por personal sanitario	Valor del %/10
Mortalidad por déficit de saneamiento	Muertes por cada 100.000 habitantes	100 - Valor registrado

Tabla N° 1. Indicadores y metodología utilizada para la confección del ranking de salud

En 2024 el grupo Bloomberg ⁽⁴⁾ con la idea de establecer un índice de eficiencia sanitaria; relacionó la esperanza de vida y el gasto en atención médica en distintos países. Mientras que países como Islandia, Japón, Suecia o Suiza ocupan los primeros lugares, Estados Unidos aparece en el puesto 35.

Material y métodos

Para la realización de este ranking se utilizaron los datos provenientes de 19 indicadores aplicados sobre los países que integran la base de datos Data Word Bank ⁽¹⁾. Se utilizaron también datos publicados por la OMS y UNICEF. En el caso del índice de Felicidad se tomaron las

cifras publicadas por Naciones Unidas, en base a los datos obtenidos por la consultora Gallup.

En la *Tabla N°1* se enumeran los indicadores utilizados y el tratamiento que se le dio a los mismos para consolidar el puntaje de cada país.

Con la idea de potenciar aspectos considerados relevantes, el valor publicado de algunos valores como mortalidad infantil y la tasa de desnutrición, fueron elevados al cuadrado y luego restado al valor de 100. Por lo tanto, el valor asignado a cada país en estos ítems surge de la mencionada diferencia. En el caso de la mortalidad materna, el valor publicado se multiplicó por 3 y luego se le resto a 100 para definir el puntaje asignado.

El % del PBI de salud sobre el gasto total, se consignó con el valor del porcentaje publicado. Para el caso del monto neto del gasto en salud per cápita, se consideró el 0,5% del valor.

Para definir el puntaje asignado al indicador de PIB total per cápita, se tomó el valor de cada país sobre 1.000, hasta un máximo de 60 puntos.

En otros indicadores, como el nivel de educación en mayores de 25 años, se consignó el valor del porcentaje publicado por cada país.

Resultados

Los países rankeados entre los de mayor puntaje (*Gráfico N°1*) presentan los valores más bajos de mortalidad infantil, mortalidad materna y nivel de desnutrición, al tiempo que son los que presentan los niveles más altos de esperanza de vida al nacer (*Gráfico N° 2*).

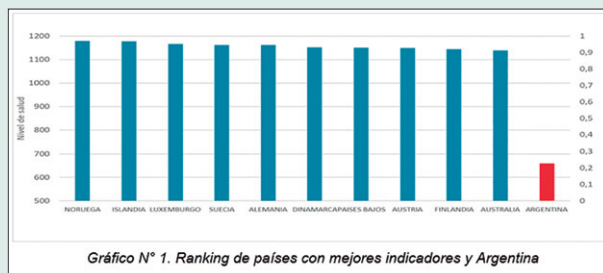


Gráfico N° 1. Ranking de países con mejores indicadores y Argentina

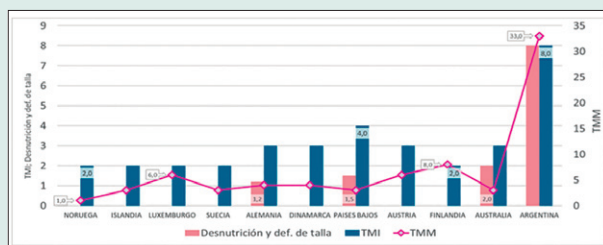


Gráfico N° 2. Desnutrición, mortalidad infantil y materna por países. Año 2022-2023

Por su parte los indicadores de actividad económica reflejados en el PIB total per cápita como el nivel de inversión en salud muestran una gran paridad entre los mismos. Muestran un PBI per cápita promedio de 58 mil U\$S (*Gráfico N° 3*) y una inversión en atención médica equivalente al 10% del PBI, que en términos absolutos oscila entre 6,000 y 8.200 U\$S per cápita.



Gráfico N° 3. PBI per cápita (año 2024) y esperanza de vida.

Fuente: Datosmacro.com informan un PBI de Argentina de 584.200 millones de euros

También es relevante que el gasto de bolsillo no supera el 16% del gasto total en salud y que todos comparten un elevado componente público del gasto sanitario que representa cerca del 80% del gasto total en salud (*Gráfico N° 4*).

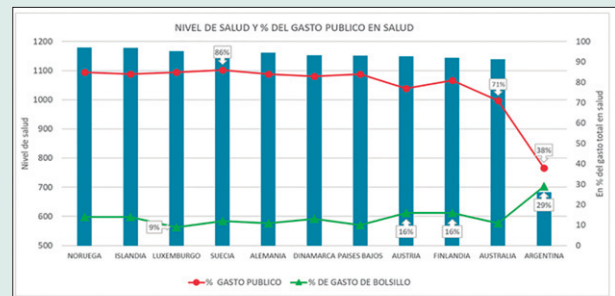


Gráfico N° 4. Gasto público y gasto de bolsillo en salud. Años 2022-2023

El nivel de educación secundaria en estos países muestra que el 90% de los mayores de 25 años han completado este ciclo (*Gráfico N° 5*).

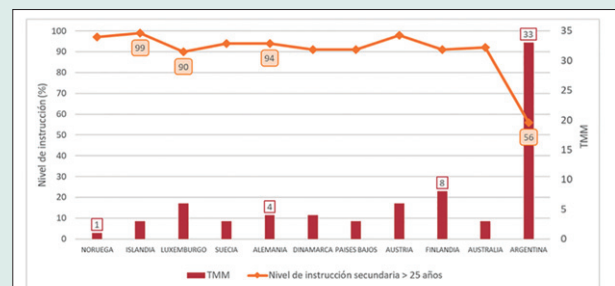


Gráfico N° 5. Tasa de mortalidad materna y nivel de instrucción secundaria en mayores de 25 años

Para el caso de las muertes relacionadas con déficit de acceso a servicios sanitarios como agua segura y/o cloacas los valores se encuentran promediando las 3 muertes cada 100 mil habitantes, que contrasta con las 11 muertes que registramos en nuestro país (*Gráfico N° 6*).

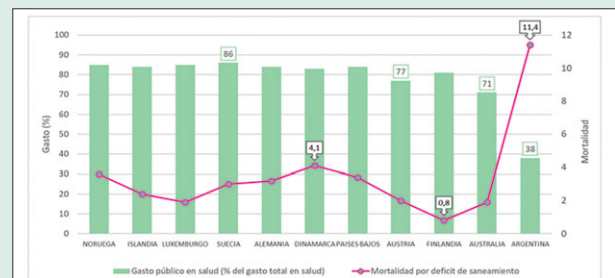


Gráfico N° 6. Gasto público en salud y muertes por déficit de saneamiento cada 100.000 habitantes

Discusión / Comentarios

Desde hace décadas existe el consenso de que la salud de una población es la resultante de la conjunción multidimensional de variables, de las cuales, la atención médica tiene un peso que no supera el 15%. Sin embargo, en el lenguaje coloquial existe la costumbre de homologar el concepto de salud con el de atención médica, lo cual nos puede llevar a perder de vista el peso que tienen los determinantes sociales como condicionantes de la salud. En esta publicación, hemos tratado de utilizar numerosos indicadores que reflejan justamente el peso de estos determinantes sociales para poder compararlos con los resultados locales.

El gasto neto en salud de los países que ocupan los primeros puestos en este ranking muestra esencialmente el gasto que tienen en mate-

ria de atención médica. Las erogaciones en beneficios sociales, educación o vivienda, por ejemplo, no se ven reflejadas en ese porcentaje. De igual modo lo invertido en provisión de redes de agua potable, cloacas, energía eléctrica, saneamiento ambiental etc. Por tal motivo, la comparación entre países tomando solo el porcentaje del PBI asignado a “salud”, que como vimos refleja solo el gasto en el segmento de “atención médica”, es muy poco útil (Gráfico N° 9).

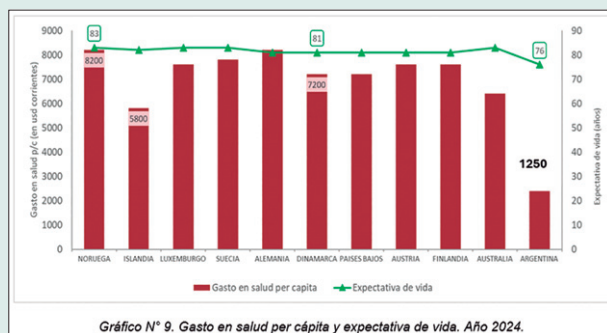


Gráfico N° 9. Gasto en salud per cápita y expectativa de vida. Año 2024.

Como indicador aislado, PBI per cápita, contracara de los niveles de pobreza; resulta más representativo de la situación de salud de cada país.

Salud, pobreza y Estado

Johann Peter Frank (1745-1821) fue uno de los pioneros en reconocer las condiciones de pobreza como “madre de las enfermedades” ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾. De igual modo fue enfático en señalar y responsabilizar al Estado como garante de la salud de la población a fines del siglo XVIII. Algunas décadas posteriores, Rudolf Virchow, influenciado por su participación en el análisis epidemiológico de la epidemia de tifus en Silesia; fue un enérgico defensor de estas ideas.

Ya avanzado el siglo XIX Otto von Bismark, desde su posición conservadora como canciller de Alemania; desarrolló los seguros obligatorios de enfermedad y de accidentes en 1884, como herramienta de control social de una clase trabajadora oprimida por las condiciones sociales de la época. Aunque enemigos en la arena política, Virchow de ideología socialista; terminó apoyando el nacimiento de la seguridad social. Estas ideas se esparcieron por algunos países europeos y no tardarían en llegar a América de la mano de la inmigración a principios del siglo XX.

En nuestro medio, Ramón Carrillo continuó con esta corriente de pensamiento que la podemos sintetizar en su frase: “Frente a las enfermedades que genera la miseria, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”.

Marc Lalonde, ⁽¹¹⁾ ex ministro de Canadá a mediados de los 70, agrupó en cuatro grandes campos las dimensiones que determinan la salud. Su visión, revitalizando conceptos ya conocidos, fue de gran utilidad en la creación de conciencia entre los políticos y la sociedad sobre el peso de los determinantes sociales (Gráfico N° 7).

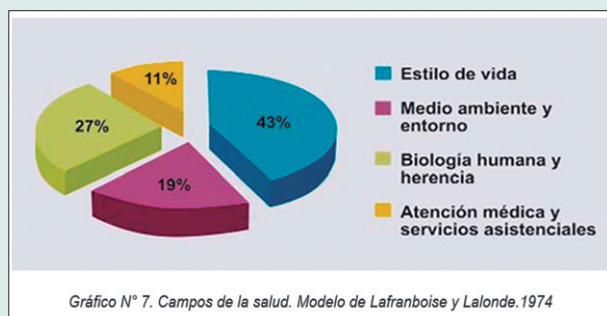


Gráfico N° 7. Campos de la salud. Modelo de Lafranboise y Lalonde. 1974

La Organización Mundial de la Salud ⁽⁷⁾ reconoce la existencia de determinantes sociales “estructurales” que incluyen el contexto socio-económico en el que se desarrollan las personas y que condicionan la distribución desigual de los recursos por pertenencia a una clase social, género o etnia. Por otra parte, reconoce determinantes sociales “intermedios” que reflejan la realidad cotidiana de las personas vinculadas a su acceso a la educación, empleo, vivienda, transporte entre otras.

En este sentido, resulta elocuente la investigación longitudinal realizada por Marmot y Rose ⁽⁸⁾ sobre más de 17.000 trabajadores públicos británicos que demostró que aquellos que ocupaban los cargos más bajos, tuvieron 3,6 veces mayor mortalidad por enfermedad coronaria que los empleados en cargos más altos.

En 2023, la OPS creó el Departamento de **Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en Salud**, que tiene entre sus cometidos, asegurar que el enfoque de equidad y determinantes sociales sea una estrategia central para la organización.

Es indudable que el Estado para hacer frente a los costos crecientes de la atención médica y a los desafíos que impone la pobreza, debe comprometer un nivel de financiamiento suficiente. Esto se evidencia en la participación del gasto público sobre el gasto total en salud.

El componente del gasto público en los países rankeados es en promedio del 82% mientras que en la Argentina ronda el 38%. Una situación inversa ocurre con el gasto de bolsillo. El gasto de bolsillo en la Argentina es cercano al 30% y superior al de estos países que rondan en promedio el 16% (Gráfico N° 4).

Como determinantes intermedios, hemos utilizado indicadores de educación y desempleo que reflejan las diferencias con claridad. Entre el 91 y 99% de los mayores de 25 años completaron su educación secundaria en los países rankeados contra un 56% en la Argentina. Seguramente esta diferencia, más acentuada en la población carente, gravita sobre la mortalidad materno infantil que sigue siendo elevada en nuestro país.

Para el 2023, la OMS consideraba que más del 90% de todas las muertes maternas se dieron en países de ingresos bajos y medio bajos ⁽⁹⁾. Pero no solo la mortalidad materna tiene una clara relación con los niveles de pobreza, sino que además guarda una estrecha relación con la educación materna ⁽¹⁰⁾ y que se evidencia en el gráfico N° 5.

En los países rankeados se estima que hay alrededor de un 14% de la población que se encuentra bajo la línea de pobreza, mientras que en nuestro país es del 39% (Gráfico N° 8). Pero resulta más alarmante que los niveles de pobreza más extrema, según la EPH publicadas por el INDEC para 2024, alcanzaba al 12,9% de la población total. Este mismo indicador focalizado en la población entre 0 a 17 años, trepa al 19,2%, lo que equivale a más de 2.300.000 niños.

En los hogares en donde se desarrolla esta niñez, se estima que el 90% de los progenitores carece de trabajos formales y seguridad social, el 84% reciben una alimentación insuficiente o inadecuada y más del 70% vive en viviendas precarias y con dificultades de acceso a la educación. Indudablemente, estos segmentos de la población, en términos de carga de enfermedad; sufren los efectos de lo que representa la pobreza.

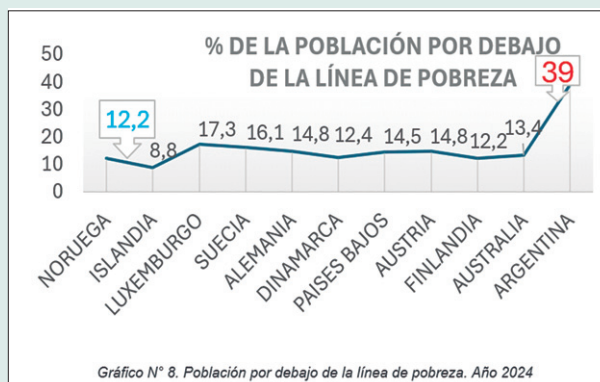


Gráfico N° 8. Población por debajo de la línea de pobreza. Año 2024



La Organización Mundial de la Salud ⁽⁷⁾ reconoce la existencia de determinantes sociales “estructurales” que incluyen el contexto socioeconómico en el que se desarrollan las personas y que condicionan la distribución desigual de los recursos por pertenencia a una clase social, género o etnia. Por otra parte, reconoce determinantes sociales “intermedios” que reflejan la realidad cotidiana de las personas vinculadas a su acceso a la educación, empleo, vivienda, transporte entre otras.



Si tomamos algunos indicadores, como son el nivel de controles prenatales de las embarazadas y la atención del parto por personal de salud, observaremos que no tenemos diferencias estadísticamente significativas con los países rankeados. Esta situación merece una reflexión especial.

Por un lado, si bien estas cifras ponen de manifiesto un elevado nivel de acceso a los servicios de atención médica en nuestro país, queda claro que este hecho por sí solo no alcanza para revertir los valores de morbilidad materna infantil en poblaciones carentes. En estos sectores, el peso de los determinantes estructurales como señalamos más arriba tiene más gravitación que el acceso a la atención. Pedirle al sistema de atención médica que resuelva la tragedia que genera la pobreza sería una falacia. Sin embargo, el modelo de atención médica puede ayudar a minimizar los daños. Iniciativas como el Programa Sumar o Sumar+ implementado desde 2012 por el Ministerio de Salud para el control y seguimiento de personas sin cobertura y en especial embarazadas, son herramientas esenciales que puede aportar el modelo de atención médica. La revisión de otros programas para facilitar el acceso a medicamentos también puede ser de gran ayuda, si tenemos en cuenta que entre 2022 y 2024, se redujo la compra de medicamentos entre un 36 y un 54% en los segmentos bajos y muy bajos respectivamente.

De acuerdo con los datos publicados por ODSA (observatorio de la deuda social Argentina de la UCA) entre 2022 y 2024, en los sectores que están en la indigencia, un 45% de la población refiere malestar psicológico y un 32% un sentimiento de infelicidad. Estos hallazgos, justifican la posición de la Argentina en el lugar 48 en el ranking mundial de felicidad elaborado por Naciones Unidas, sobre datos aportados por la encuestadora Gallup.

A la hora de evaluar la tasa de suicidios, la situación de la Argentina es mejor que en la mayoría de los países rankeados. Se ha intentado establecer una relación entre altos ingresos per cápita y elevado nivel de alfabetización ⁽¹²⁾ pero los resultados no son concluyentes. Otras observaciones ⁽¹³⁾ han podido establecer una mayor incidencia de suicidios en países con buen nivel económico y alta calidad de vida como ocurre en varios países europeos.

Conclusiones

Parecería ser que el nivel de riqueza de los países rankeados entre los 10 mejores, es una de las variables con mayor peso que define su

posición en la tabla. Pero también se puede reconocer en ellos un compromiso del Estado para descender los niveles de pobreza estructural como así también cierta equidad en la distribución de los recursos como lo evidencia el coeficiente de Gini que presentan. De igual modo, han mostrado y siguen evidenciando un alto nivel de eficiencia de primer orden invirtiendo en temas esenciales como educación, vivienda, saneamiento, que les permite a sus habitantes alcanzar un alto nivel de desarrollo social.

La eficiencia de primer orden tiene que ver con las decisiones de los poderes del Estado, especialmente el poder ejecutivo y legislativo. A este nivel se discute, se prioriza y se define la distribución de los recursos a mediano y largo plazo. La ley de presupuesto es un claro ejemplo de esta situación. Desde la atención médica tratamos de resolver o suplir, muchas veces infructuosamente; el vacío que deja la política o los problemas de un plexo legislativo que no está en sintonía con la situación social.

Del campo de la atención médica, depende la eficiencia de segundo orden en salud. Necesitamos una revisión exhaustiva de todas las aristas de este campo empezando por el modelo de atención, el financiamiento, la jerarquización de los recursos humanos, la consolidación de una política de medicamentos y la calidad entre otras cosas.

Un país como la Argentina, que centra el financiamiento de la atención médica en un porcentaje del salario formal, y que convive con una informalidad laboral cercana al 50% que depende del financiamiento público, se encuentra al borde de la tormenta perfecta.

Hay mucho por hacer. Hay mucho por aprender de aquellos a los que les va mejor.

Referencias:

- 1) Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org> > SP.DYN.IMRT.IN
- 2) Social progress index. Informe 2025. <https://www.socialprogress.org/alti-global-social-progress-index>
- 3) Commonwealth Foundation, 2021.
- 4) Bloomberg. <https://www.bloomberg.com/news/terminal/PNCLM5T0G1KX>
- 5) Sigerist HE. Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social. En: Hitos de la Historia de la Salud Pública, 1990 (4ª Ed, México).
- 6) Frank JP. The people's misery: mother of diseases. An address, delivered in 1790 by Johann Peter Frank, Translated from Latin, with an introduction by Henry E Sigerist. Bull. 9 (Hist Med 1941), pp. 81-100.
- 7) World Health Organization. World conference on social determinants of health: meeting report. Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011. Geneva: WHO, 2012. [Links]
- 8) Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. J Epidemiol Community Health. 1978; 32(4): 244-249. [Links]
- 9) Mariana Medina L, Jaime Cerda L. Nivel de Educación Parental y Mortalidad Infantil. Rev. Chil. Pediatría 2010; 81 (3): 228-233
- 10) et al. Relación entre educación y mortalidad en mujeres que dan a luz en instituciones de salud: Análisis de la Encuesta Mundial de la OMS sobre Salud Materna y Perinatal, transversal. BMC Public Health 11, 606 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-606>
- 11) Information Canada, Health and Welfare, 1974.
- 12) Andrej Marusic, Murad Kan et al: ¿Pueden explicar la pobreza y el nivel de alfabetización las distintas tasas de suicidio existentes en Europa? Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) vol.16 no.2 abr./jun. 2002
- 13) Jorge Rodríguez R.¹ Jaime Santander T.¹ Suicidio en el mundo: ¿puede un enfoque evolutivo explicar la relación entre tasas de suicidio y variables asociadas a calidad de vida? Rev. chil. neuro-psiquiatría. vol. 52 n°4. Santiago Dic. 2014. / https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0717-92272014000400002#a1

(*) Director del Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Exsuperintendente de Servicios de Salud.

PARA TODOS LOS HOMBRES DEL MUNDO QUE QUIERAN HABITAR EN EL SUELO ARGENTINO



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Esa frase, grabada en el preámbulo de nuestra Constitución, manifiesta una vocación política profunda: la de construir una nación inclusiva, con instituciones que reconozcan la diversidad y se fortalezcan con ella. No es solo un verso fundacional, es una invitación.

En forma creciente a lo largo del siglo XX, la Argentina fue un polo de atracción migratoria regional de profesionales de la salud de distintas latitudes llegaron al país buscando una formación profesional de calidad. Hoy, ese fenómeno persiste, aunque se ha complejizado. Por un lado, por el momento de la formación profesional en la que emigran y por otro dado el volumen por el impacto en el sistema de salud y, particularmente, en el sistema de residencias médicas.

En este contexto, urge volver a pensar la relación entre políticas migratorias, formación de profesionales de la salud y planificación de recursos humanos. No se trata de poner barreras ni de abrir puertas sin medida. Se trata de pensar estratégicamente cómo formar, integrar, retener o acompañar trayectorias migratorias que inciden cada vez más en nuestro sistema sanitario.

Residencias médicas: columna vertebral de la formación especializada

Las residencias de profesionales de la salud constituyen el modelo predominante en la formación de posgrado en salud en la Argentina. Pensadas originalmente como una herramienta de aprendizaje práctico supervisado, en la actualidad cumplen múltiples funciones constituyéndose en el soporte del sistema de salud que reclama urgentes reformas.

La creación del Examen Único Nacional permitió que postulantes de diferentes provincias y países compitieran por igual en un sistema articulado, estandarizado y transparente que incluye a la mayoría de las provincias. Esto sumado a que para la medicina la oferta de un número de vacantes que igualó el número de egresados consolidó el sistema como una política pública que con pocas variantes fue sostenida a lo largo de varios cambios de gobierno.

La Argentina es hoy uno de los pocos países de América Latina

que ofrece formación especializada bajo un esquema remunerado. Esta combinación ha vuelto al país un destino atractivo para cientos de profesionales extranjeros. Los datos recientes de la Encuesta Nacional de Postulantes a Residencias 2024 permiten trazar una radiografía del fenómeno de los profesionales inmigrantes. ⁽¹⁾

De los más de 14.000 inscriptos, aproximadamente el 23% nació fuera de la Argentina. Es decir, casi uno de cada cuatro postulantes al examen nacional proviene del extranjero, lo que se ha incrementado para 2025 (sin datos oficiales aun). Algunos llegaron al país para cursar la carrera completa (el caso de brasileños y paraguayos) y luego postularse a la residencia; otros arribaron directamente luego de obtener su título de grado en su país de origen (los países andinos con los que tenemos convenios de reconocimiento de títulos).

Un tercer grupo está compuesto por profesionales que, ya formados y con experiencia laboral, buscan insertarse en el sistema de salud argentino mediante una residencia o su equivalente, lo que ocurrió masivamente entre 2015 y 2019 con los procedentes de Venezuela. Las motivaciones para venir son múltiples.

En las entrevistas realizadas en el marco de un estudio cualitativo de la provincia de Buenos Aires, los residentes migrantes mencionan repetidamente cuatro factores: las condiciones de ingreso (más accesibles que en sus países), la calidad de la formación, la posibilidad de sostenerse económicamente con el salario de residente y la cercanía cultural e idiomática. A esto se suma la existencia de redes comunitarias-familiares, universitarias o laborales- que facilitan la adaptación inicial. ⁽²⁾

Con estos datos surgen preguntas tales como: ¿son una solución a la escasez de postulantes en ciertas especialidades?, o ¿solo vienen al país para formarse y regresar a sus países de origen? La evidencia indica que muchos de los residentes extranjeros se insertan en especialidades críticas como clínica médica, pediatría o tocoginecología. Son justamente aquellas que, junto con medicina general y familiar, registran, desde hace años, un descenso sostenido en el interés de los egresados argentinos y con cupos sin cubrir.

Esta situación genera una paradoja: mientras las especialidades troncales del sistema público se vacían de profesionales locales, son sostenidas por médicos migrantes. Pero también por aquellas que tiene pocos cupos por no ser priorizadas. En algunos casos, como revelan estudios en la provincia de Buenos Aires, los extranjeros representan más del 50% del total de residentes en algunas especialidades como traumatología. ⁽³⁾

Se trata, en definitiva, de una pirámide que se ensancha en la base con fuerza migrante, pero cuya cúspide -los cargos de planta, jefaturas, especializaciones avanzadas- sigue siendo ocupada mayoritariamente por profesionales formados y nacidos en la Argentina. La falta de datos longitudinales impide responder con precisión cuántos de estos residentes migrantes se quedan efectivamente en el país tras completar su formación.

Los estudios cualitativos sugieren escenarios diversos. Por otro lado, desconocemos con certeza cuántos profesionales argentinos se van del país al graduarse luego de formarse. Recientemente el Ministerio de Salud de la Nación anunció un cambio en el sistema de puntajes del examen de residencias, priorizando a quienes hayan cursado la carrera de grado en universidades argentinas. ⁽⁴⁾

La medida fue celebrada por algunos sectores, que veían con preocupación la adjudicación de cargos a migrantes recién llegados. Pero también abre el debate ya que al basarse en un solo criterio (la universidad de origen), sin tener en cuenta la especialidad, tiempo de residencia o región en la que se inscribe, no queda claro el impacto que tendrá en un sistema que reclama profesionales especializados y que por factores multicausales no cubre todas sus vacantes.

“Podemos honrar el preámbulo de la Constitución y a la vez generar políticas que beneficien el sistema de salud. La cuestión es cómo articular la presencia de extranjeros dando cuenta de las necesidades profesionales en especialidades priorizadas y su permanencia (o no) en el país luego de formarse. Esto requiere políticas públicas basadas en datos, y en diálogo.”

Conclusión: hospitalidad sí, planificación también

Podemos honrar el preámbulo de la Constitución y a la vez generar políticas que beneficien el sistema de salud. La cuestión es cómo articular la presencia de extranjeros dando cuenta de las necesidades profesionales en especialidades priorizadas y su permanencia (o no) en el país luego de formarse. Esto requiere políticas públicas basadas en datos, y en diálogo.

La Argentina no puede permitirse perder médicos formados, sean nacionales o extranjeros. Tampoco puede mantener una política de brazos abiertos sin coordinación ni seguimiento. Necesitamos saber con mayor precisión quiénes ingresan, quiénes egresan, qué especialidades eligen, cuántos se quedan y dónde. Requerimos

mecanismos de adjudicación que prioricen especialidades críticas y zonas desfavorecidas, no uno basado en selección previa de especialidades y regiones.

Es necesario analizar la utilidad de compromisos de permanencia territorial o el desarrollo de esquemas escalonados de ingreso que aseguren un primer paso por especialidades priorizadas. En definitiva, lo que hace falta es información, estrategia y políticas de largo plazo basada en datos y en evidencias políticas efectivas en otros lugares. La migración profesional no es un fenómeno exclusivo de la región y es un fenómeno largamente estudiado. ■

Referencias:

- 1) Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento. Informe de la 1° Encuesta Nacional de Postulantes a Residencias del Equipo de Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/01/informeencuestaingresoresidencias2024.pdf>
- 2) Duré I, Gianfrini MF, Pereira A, et al. Migraciones y formación en salud: un análisis de las trayectorias de residentes médicos/as migrantes de la Provincia de Buenos Aires. Congreso Latinoamericano de Educación de Residentes (LACRE); 2025.
- 3) Dirección Provincial Escuela de Gobierno en Salud "Floreale Ferrara". Informe sobre ingreso a residencias médicas básicas 2023. Salud Pública 2024; 2: Disponible en: <https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/98/99>
- 4) Ministerio de Salud de la Nación. "Los médicos formados en Argentina tendrán prioridad en las residencias". Publicado el 17 de junio de 2025. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/los-medicos-formados-en-argentina-tendran-prioridad-en-las-residencias>.

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



CHK

Consultores de Salud



Atención
especializada

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

Contacto:

Teléfono + 54 11-3698-6400

Correo electrónico a
chkconsultores@gmail.com

CAMBIO DE PARADIGMA EN SALUD: ¿SE ENCUENTRAN FACULTADAS LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA A PROMOVER ACCIONES DE COBRO EJECUTIVO DE APORTES Y CONTRIBUCIONES PREVISTOS EN LA LEY 23.660?



Por los Dres. José Bustos, Oscar Cochlar y Leandro Molina - Abogados

Mucho se ha hablado y escrito hasta ahora sobre el impacto que tuvo sobre el régimen de Obras Sociales (OS) y Entidades de Medicina Prepaga (EMP) la entrada en vigor del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 70/2023, y sus reglamentaciones operadas mediante la sanción de los Decretos 170/2024, 171/2024, 232/2024, 600/2024 (también DNU), complementadas por las Res. de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) 232/2024, 3284/2024 y la Resolución N° 1/2025. ⁽¹⁾

Hasta el dictado del DNU 70/2023, las Obras Sociales gozaban de un régimen propio establecido por la Ley 23.660 mientras que el marco regulatorio de las Entidades de Medicina Prepaga se encontraba previsto en la Ley 26.682.

El DNU 70/2023 ha roto con dicha distinción, incorporando a todas las entidades comprendidas en el Artículo 1 de la Ley 26.682 al ámbito de aplicación de la Ley 23.660 y modificando la Ley 23.661 de Sistema Nacional de Seguro de Salud, el cual ahora incluye como agentes del seguro a las EMP. ⁽²⁾

Si bien la Ley 26.682 continúa vigente, las empresas de medicina prepaga que comercializan planes financiados en partes con recursos de la seguridad social se encuentran ahora también sujetas a los derechos y obligaciones impuestos por Ley 23.660 y 23.661.

El foco del análisis de la doctrina a los cambios introducidos por dichos decretos y resoluciones administrativas estuvo puesto, en un principio, en la libertad de elección de los usuarios para derivar directamente los aportes y contribuciones a una OS o una EMP, más tarde en las obligaciones que debían asumir las EMP para ser elegibles a fin de recibir dichos fondos, y finalmente, luego del dictado de la Res.1/2025 de la Unidad Jefe de Gabinete de Asesores del Ministerio de Salud (que transfirió compulsivamente los aportes y contribuciones de los afiliados que los derivaban a través de una OS a una EMP de manera directa a estas últimas), se centró en las consecuencias del fin de la intermediación tanto para los usuarios como para las obras sociales denominadas por el gobierno como “sellos de goma”. ⁽³⁾

El presente tiene por objeto analizar un aspecto aun no abordado y que puede ser de alguna controversia en el futuro cercano: Las facultades que el DNU 70/2023 le ha conferido a las EMP inscriptas en el RNAS para fiscalizar el pago de los aportes y contribuciones de ley y promover acciones de cobro ejecutivo en los términos de los Art. 21 y 24 de la Ley 23.660. Asimismo, se intentará fundamentar por qué dicha potestad debe ser efectivamente ejercida, atento lo establecido por el Art.10 de la Ley 23.660 a la cual ahora estas entidades se encuentran sujetas.

Las modificaciones efectuadas por el Decreto 70/23. Facultades para inspeccionar y de cobro

Más allá de la ya mencionada incorporación de las EMP al Art.1 de la Ley 23.660 a través del Inciso i), el mega DNU se ocupó también de modificar los Arts. 21 y 24 de la Ley 23.660 que referían exclusivamente a las Obras Sociales.

Cabe recordar que en su texto original el Artículo 24 establecía “Para la fiscalización y verificación de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los responsables y obligados, **los funcionarios e inspectores de la Dirección Nacional de Obras Sociales y de las obras sociales** tendrán, en lo pertinente, las facultades y atribuciones que la ley asigna a los de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional...”.

A través del Art. 286, el Decreto 70/23 amplía los sujetos facultados, incorporando a la SSSalud y las palabras “**las entidades**” entre las cuales quedarían ahora comprendidas tanto las obras sociales como aquellas personas jurídicas comprendidas en el Artículo 1° de la Ley N° 26.682:

Dice el nuevo texto: “**Para la fiscalización y verificación de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los responsables y obligados, los funcionarios e inspectores de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) y de las entidades** tendrán, en lo pertinente, las facultades y atribuciones que la ley asigna a los de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional. Las actas de inspección labradas por los funcionarios e inspectores mencionados en el párrafo anterior hacen presumir, a todos los efectos legales, la veracidad de su contenido”.

Por otra parte, y respecto a la vía procesal para el cobro, el Art. 288 del DNU modifica el texto original del Art. 24 de la Ley 23.660, ampliando los sujetos que pueden utilizar la vía de apremio y que se encuentran facultados a emitir certificados de deuda a tales efectos. Así, en el viejo texto solo se contemplaba el reclamo por vía de apremio para los aportes y contribuciones adeudados a las obras sociales, y como títulos ejecutivos, a los certificados expedidos por estas.

La nueva redacción, en cambio, establece: “Art. 24. El cobro judicial de los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualizaciones **adeudados a las entidades**, y de las multas establecidas en la presente ley se hará por la vía de apremio prevista en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por las entidades o los funcionarios en que aquéllas hubieran delegado esa facultad”.

Por lo tanto, analizando las modificaciones e incorporaciones introducidas por el mega Decreto a la Ley 23.660 y 23.661, queda claro que la intención del DNU no se ha limitado a convertir a las EMP en meras receptoras directas de aportes y contribuciones, sino que además las ha dotado de las mismas facultades de inspección y cobro que mantienen las Obras Sociales para el cobro de dichos recursos.

¿Las EMP deben ejercer las facultades de cobro de aportes y contribuciones?

Como dijimos ut supra, el DNU 70/23 habilitó a las prepagas para incorporarse al sistema de obras sociales en una categoría llamada “Inciso i”, permitiéndole recibir aportes y contribuciones sin necesidad de hacerlo a través de una obra social.

Para ello, conforme el Art. 6° de la Ley 23.660 (con la modificación introducida por el DNU 70/2023), las EMP que querían ser elegibles para recibir directamente aportes y contribuciones debían inscribirse en el registro creado por la *Superintendencia de Servicios de Salud* y bajo las condiciones dispuestas por la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud y su decreto reglamentario.

En ese momento la inscripción era opcional, facultad ratificada por el Gobierno al dictar el Decreto 171/2024 que reglamentó esa opción. Se modificaron además numerosos artículos de los Anexos I y II del Decreto 579/1993, reglamentario de las leyes 23.660 y 23.661. Entre los aspectos técnicos de la nueva regulación, se estableció que “*los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 (Empresas de Medicina Prepaga) que pretendan ser elegibles para el ejercicio del derecho de la libre elección del Agente del Seguro de Salud previsto en el Decreto N° 504/98, deberán inscribirse en el Registro previsto en el artículo 6° de la Ley N° 23.660*”.

Posteriormente, las condiciones de inscripción en el registro fueron fijadas por la Superintendencia de Servicios de Salud mediante la Resolución 232/2024-SSSalud, publicada el 4 de marzo de 2024. Norma que, a su vez, modificó la denominación del Registro de entidades de la Ley 23.660, que hasta ese momento se llamaba Registro Nacional de Obras Sociales y pasó a ser denominado *Registro Nacional de Agentes del Seguro*.

Más tarde, concretamente en octubre de 2024, el gobierno decidió avanzar aún más con relación a la inscripción de las EMP y a través de la

Superintendencia de Servicios de Salud dictó la Resolución N° 3284/2024. Este acto administrativo de alcance general estableció plazo hasta el 1° de diciembre de 2024 para que todas las entidades comprendidas en el Artículo 1° de la Ley N° 26.682 que ofrezcan planes de salud financiados, total o parcialmente, con fondos provenientes de la seguridad social, cumplan con la inscripción en el *Registro Nacional de Agentes del Seguro (R.N.A.S.)*, disponiendo además que el incumplimiento de la inscripción en cuestión impediría la comercialización de dichos planes.⁽⁴⁾

Finalmente, el 30 de enero de 2025 la Unidad Jefe de Gabinete de Ministros de Ministerio de Salud, a través de su titular, dictó la Resolución 01/2025, la cual dispuso la derivación directa de los aportes y contribuciones de los trabajadores bajo relación de dependencia, del Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico, y las cotizaciones de los beneficiarios adheridos al Régimen Simplificado de Pequeños Contribuyentes, a la entidad contratada oportunamente por el beneficiario a través del procedimiento de derivación de aportes, pudiendo recibir estas derivaciones aquellas entidades que se encuentren debidamente inscriptas en el *Registro Nacional de Agentes del Seguro (R.N.A.S.)*, con encuadre en el Inciso i) del Artículo 1° de la Ley N° 23.660, así como las que hayan participado oportunamente de este procedimiento y estuvieran inscriptas en dicho registro.⁽⁵⁾

Conforme el artículo 4° de dicha resolución, los beneficiarios podían manifestar su decisión de continuar afiliados a su Obra Social actual, en caso de que no deseen que sus aportes y contribuciones o cotizaciones sean derivados a la entidad contratada oportunamente dentro del plazo de SESENTA (60) días corridos desde la entrada en vigencia de esa norma.⁽⁶⁾

Es decir que, a partir del mes de enero de 2025, las empresas de medicina prepaga que comercializan planes financiados parcialmente con aportes y contribuciones han comenzado a recibir dichos recursos en forma directa, sin que exista previa aportación y consecuente transferencia de aportes y contribuciones desde una obra social.

No existen dudas para nosotros por lo ya explicado, que dichas EMP se encuentran sujetas a lo que establece la Ley 23.660 con excepción de aquellos casos en que la misma norma establece la aplicación de lo previsto en la Ley 26.682. Un ejemplo de ello es el Art. 28 de la Ley 23.660, incorporado por el DNU 70/23 el cual establece “*Para las entidades comprendidas en el inciso i) del artículo 1° de esta Ley registrá*



www.sanidad.org.ar

el régimen sancionatorio de la Ley N° 26.682”. Debido a ello, es aplicable a estas entidades lo previsto el Art. 10 de la Ley 23.660, que establece que el carácter de beneficiario otorgado en el Inciso a) del Artículo 8 y en los Incisos a) y b) del Artículo 9 **subsistirá mientras se mantenga el contrato de trabajo o la relación de empleo público y el trabajador o empleado reciba remuneración del empleador ...**.⁽⁷⁾

Otro ejemplo de la excepción de la aplicación de la Ley 26.682 se encuentra en las modificaciones introducida por el DNU 600/2024 al Artículo 3, del Anexo I del Decreto 576/93 (reglamentario de las leyes 23.660 y 23.661) ya que establece en su segundo párrafo que “Las entidades inscriptas comprendidas en el Inciso i) del Artículo 1° de la Ley N° 23.660 podrán solicitar el pago de una cuota y tomar a cuenta los aportes y contribuciones obligatorios para ofrecer a sus beneficiarios planes superadores. **En estos casos, será de aplicación la Ley N° 26.682, en particular los Artículos 9°, 10 y 12 de dicha norma...**”. También, en el mismo DNU 600/2024 existe una relevante modificación al Artículo 1, del Anexo II del decreto 576/93 en cuanto establece diferencias notorias de tratamiento de afiliados por parte de una obra social con relación a una empresa de medicina prepaga: “Artículo 1°.- Los agentes del seguro no podrán:

- a) **Supeditar la afiliación al cumplimiento de ningún requisito no previsto en la ley o en sus reglamentaciones.**
- b) **Efectuar discriminación alguna para acceder a la cobertura básica obligatoria.**
- c) **Realizar examen psico-físico o equivalente, cualquiera sea su naturaleza, como requisito para la admisión.**
- d) **Establecer períodos de carencia, salvo con relación a lo previsto en el Inciso c) del Artículo 5° de la Ley N° 23.661.**
- e) **Decidir unilateralmente sin causa la baja del afiliado.**

Los supuestos previstos en los Incisos a), b), c) y d) no son aplicables para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Inciso i) del Artículo 1° de la Ley N° 23.660 que ofrecen sus servicios en el Sistema de Salud dentro del marco de la Ley N° 26.682. En virtud de ello, para los referidos Agentes se aplicarán los Artículos 9, 10 y 12 de la última de las leyes citadas”.

La contradicción se hace más evidente si nos remitimos nuevamente al Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023, específicamente al Artículo 268 de esa norma, en cuanto incorpora a la Ley 26.682 como Artículo 30 bis el siguiente: **Artículo 30 bis.- Las disposiciones de esta ley son aplicables únicamente a los asociados voluntarios cuyo vínculo con el asegurador esté fuera del marco de la Ley N° 23.660**”.

Más entendemos que cualquiera sea la interpretación que se le otorgue, tanto administrativamente como en el ámbito judicial, ello no empece a la facultad que atribuimos en cabeza de las empresas de medicina prepaga para ser sujeto activo de las acciones para el cobro de los aportes y contribuciones de los períodos caídos.

Deberes y facultades de cobro. Requisitos administrativos, competencia y tasa de justicia

Respecto a los requisitos administrativos exigidos a las Obras Sociales por parte de la autoridad de aplicación para el ejercicio de las facultades previstas en los Art. 21 y 24 de la Ley 23.660, los mismos deberían ser de sencillo cumplimiento para las EMP y no hay razones para exigir otros distintos de los que deben cumplir aquellas. En efecto, a las obras sociales que ejercen este derecho se las obliga a informar si cuenta inspectores dependientes o propios, llevar un libro de certificados de deuda y el registro contable de los juicios iniciados, individualizando los juzgados donde están radicadas dichas causas, montos y su estado.

Siendo originalmente facultades delegadas de AFIP (hoy ARCA), también deben informarse a esta entidad los juicios iniciados y/o contestar sus requerimientos.⁽⁸⁾

La justicia competente para los juicios iniciados por los ahora agentes del seguro de salud estaría dada en C.A.B.A por la Ley 24.655 quien en su Art. 2 establece que dichos Juzgados son competentes en: “... f) Las causas actualmente asignadas a la Justicia Nacional de Primera Instancia del Trabajo por el Artículo 24 de la Ley N° 23.660.” En el resto del país, el Art. 24 de la Ley 23.660 establece que corresponderá la competencia federal a los procesos judiciales iniciados por esas entidades.

Finalmente, y respecto a la tasa de justicia, cabe recordar que a través del Artículo 295, el DNU 70/2023 sustituyó el Art. 2 de la Ley 23.661 por el siguiente: “Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones, las entidades incorporadas al inciso i) del Artículo 1° de la Ley N° 23.660 y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de Obras Sociales, en lo pertinente”. Por lo tanto, las EMP en tanto agentes del seguro de salud deberían estar exentas del pago de la tasa judicial en la justicia federal tal como se encuentran las Obras Sociales.

Con relación a las cuestiones procesales de la vía del apremio, entendemos que se aplican los mismos principios expuestos ut supra, es decir, tanto los procedimientos fijados para la fiscalización de los aportes y contribuciones, la confección de las actas, su impugnación y la emisión de los certificados de deuda.

Es dable señalar que, normativamente, son resoluciones de vieja data (algunas de ellas del entonces Instituto Nacional de Obras Sociales - INOS-, que fue absorbido por la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud mediante el Decreto 1615/96)⁽⁹⁾, incluyendo también en esa calificación a las vinculadas al procedimiento impugnatorio de las actas. Las nuevas resoluciones y decretos analizados en este trabajo no han avanzado sobre este aspecto procedimental, lo que nos lleva a sugerir que es una buena oportunidad para actualizar la normativa en esa materia. Sin embargo, la ausencia de tales previsiones normativas no impide a las EMP, en tanto Agentes del Seguro de Salud, a plantear -con los decretos y resoluciones vigentes- el cobro de los aportes y contribuciones por la vía de apremio.

Concluyendo, no caben dudas entonces que con la modificación del Art. 1, 23 y 24 de la Ley 23.660, la sustitución del Art. 2 de la Ley 23.661 y las normas complementarias analizadas en este trabajo, las empresas de medicina prepaga inscriptas en el RNAS y comercializadoras de planes financiados en todo o en parte con aportes y contribuciones pueden y deben ejercitar el mecanismo de cobro ejecutivo de tales importes, previsto en la Ley 23.660. ■

Bibliografía:

- 1) Esta última fue dictada por el titular de la Unidad Jefe de Gabinete de Asesores del Ministerio de Salud.
- 2) Abordaremos más adelante las condiciones para incorporarse como agentes del seguro, ya que la sucesión de normas ha permitido (voluntario) la inscripción, pero luego la ha transformado en imperativa en tanto perciba aportes y contribuciones.
- 3) Al momento de escribir este artículo se han promovido diecisiete (17) acciones judiciales por parte de obras sociales con el objetivo de cuestionar la validez de la Resolución N° 1/2025 ya citada.
- 4) Obsérvese que el Decreto 171/2024 regulaba sobre la voluntad de las empresas de medicina prepaga de inscribirse en el RNAS, mientras que la Resolución N° 3284/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud (norma de rango inferior que no puede contradecir una de rango superior) las conminó a inscribirse.
- 5) Reiteramos lo manifestado anteriormente, acerca de los cuestionamientos que ha recibido esta norma.
- 6) En la práctica, la autoridad de aplicación dispuso la transferencia inmediata (en lugar de directa) y donde dice “continuar” en su obra social debió decir “volver” a su obra social.
- 7) Debiéramos agregar a estos beneficiarios a los pequeños contribuyentes, monotributistas sociales y personal doméstico (ley 24.977), en tanto cumplan con las obligaciones a su cargo.
- 8) Rigen al respecto las disposiciones del Decreto 507/93, Resolución Conjunta 202/95 del Ministerio de Economía y del Ministerio de Trabajo, normas siguientes y concordantes.
- 9) Resoluciones 475/90-INOS y 482/90-INOS.

ExpomEDICAL 2025

20.ª 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

NUEVOS RUMBOS Y VIEJAS TENSIONES EN EL SISTEMA DE SALUD



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

En mi nota anterior titulada “La desregulación de la regulación”, expuse los profundos cambios normativos que atraviesa el sistema de salud argentino, en particular a partir del DNU 70/2023 y sus normas complementarias. Hoy, ese proceso continúa y se profundiza con la reciente publicación del Decreto 379/2025, que crea el *Procedimiento de Mediación Prejudicial en Materia de Salud (PROMESA)*, y la controvertida Resolución 951/2025 de la Superintendencia de Servicios de Salud. Ambas normas, más que un análisis individual, merecen una reflexión sobre lo que entiendo es el rumbo que se busca darle a la Seguridad Social en nuestro país.

PROMESA aparece como una herramienta formalmente loable, orientada a descongestionar la justicia y brindar una instancia previa de solución de conflictos en materia de salud. Sin embargo, cabe aclarar que no es una novedad: es un proyecto que lleva más de quince años en la gatera de la Superintendencia, sin lograr avanzar ni ser implementado de forma efectiva. Su repentina resurrección, en este contexto de sobreregulación, despierta algunas dudas más que esperanzas.

El Decreto emitido por el Ejecutivo Nacional deberá ser evaluado por su finalidad última -que es monitorear si efectivamente esta norma logra resolver el problema real de acceso a la cobertura de salud de forma ágil-, ya que quien interpone un amparo en materia de salud no lo hace por voluntad litigiosa, sino como último recurso para acceder a un tratamiento urgente.

Imaginar que esas personas -que muchas veces enfrentan situaciones críticas de salud, falta de cobertura o medicamentos oncológicos denegados- optarán por un procedimiento que puede dilatar los plazos es desconocer la urgencia que atraviesa el acceso a la salud en la Argentina. Por eso, según mi criterio, PROMESA nace como una acción bienintencionada pero ineficaz.

No se comprende por qué dicho procedimiento no es obligatorio en la vía ordinaria, como sí lo es, por ejemplo, en la instancia previa en el fuero civil o laboral, donde la mediación prejudicial ha demostrado buenos resultados. Esta falta de obligatoriedad le resta fuerza como política pública de acceso efectivo a mecanismos alternativos de resolución de conflictos.

La acción de amparo en materia de salud no responde a litigios comunes: es un remedio urgente ante la omisión o denegación de una cobertura médica que suele ser vital, inmediata e impostergable. Pensar que el afiliado con una necesidad de medicación oncológica, una cirugía compleja o una internación domiciliar urgente esperará

los plazos y formalidades de una mediación burocrática es desconocer el carácter tutelar, urgente y preventivo del amparo en salud.

Además, PROMESA no crea un sistema jurisdiccional ni arbitral. No hay autoridad decisora ni ejecución forzosa. La experiencia demuestra que, en contextos de asimetría -como el de un afiliado frente a una prepaga o una obra social-, el procedimiento pierde efectividad si no va acompañado de una autoridad con potestades resolutorias reales.

Entiendo que se ha dictado una norma sin que se hayan articulado las mínimas medidas previas necesarias, como ser contar con una estructura para contener las demandas de los procesos que se inicien.

Finalmente, desde una perspectiva más política que técnica, la medida resulta llamativa, ya que no parece alinearse con las políticas nacionales orientadas a la desburocratización y a reducir la intervención estatal en los procesos administrativos.

Por otro lado, la Superintendencia de Servicios de Salud dictó la Resolución 951/2025, que aprobó un nuevo Procedimiento General para la tramitación de denuncias, faltas formales y aplicación de sanciones a las Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga.

La principal objeción que encuentro a la controvertida norma es que vulnera garantías básicas del procedimiento administrativo, como la defensa en juicio, la presunción de inocencia introduce requisitos y modificaciones procedimentales que ya se encontraban regulados y resueltos por normas de jerarquía superior, lo que podría generar conflictos de aplicación y eventuales cuestionamientos judiciales por superposición o contradicción.

En lugar de armonizar el sistema, lo enreda aún más. Así, no solo genera inseguridad jurídica, sino que deja abierta la puerta a posibles impugnaciones judiciales por afectar principios básicos de legalidad y jerarquía normativa. La reiteración normativa no fortalece el sistema: lo entorpece.

La resolución introduce exigencias que ya están reguladas por normas de mayor jerarquía, como la Ley 23.660 y el Decreto 576/93. Al hacerlo, no solo genera redundancia regulatoria, sino que colisiona con principios básicos del ordenamiento jurídico, como el de legalidad, jerarquía normativa y razonabilidad sancionatoria.

El resultado es doblemente perjudicial. Por un lado, genera confusión operativa en los entes regulados, que deben cumplir con normativas superpuestas, a veces contradictorias. Por otro lado, expone al acto administrativo a dictarse a eventuales impugnaciones judiciales, por violar el principio de reserva legal en materia sancionatoria y por invadir competencias regladas por normas superiores.

Lo más preocupante -y esto es algo que vengo señalando a lo largo de estas notas- es la consolidación de una tendencia creciente al rigorismo en el control, particularmente direccionado hacia las obras sociales, sin que se expliciten con claridad cuál es el propósito final de dicha política.

Hasta el momento, y en lo sustancial, no puede afirmarse que este endurecimiento regulatorio haya redundado en una mejora tangible de los estándares del sistema de salud, ni en una mayor calidad de atención, ni en una reducción de los tiempos de respuesta o de espera para los usuarios.

En una lectura más amplia, las medidas adoptadas por la cartera sanitaria parecen responder más a una lógica punitiva que a una estrategia integral de fortalecimiento del sistema.

Por otra parte, el Decreto 2710/2012 de estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, establece como objetivo principal “regular y supervisar los Servicios de Salud, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población, afianzando el equilibrio entre usuarios, prestadores y financiadores, en condiciones de libre competencia, transparencia, eficiencia económica y equidad social”.

Bajo esa luz, no parece que la Resolución 951 vaya en ese sentido, ya que parece posicionarse en un lugar de salvaguardar los derechos de los beneficiarios por encima de los de los financiadores, lo cual va en contra de la equidad y el equilibrio del sistema.

En este escenario, la intensificación del régimen de sanciones, multas y exigencias documentales por parte del organismo de control afecta de manera directa la sustentabilidad del subsistema solidario.

Las obras sociales vienen realizando enormes esfuerzos por adaptarse a las nuevas exigencias normativas, pero no pueden sostener un modelo regulatorio que desconoce su realidad económica y su rol histórico en la cobertura de salud de millones de argentinos. Prueba de ello resulta ser la gran cantidad de obras sociales intervenidas o que han tenido que presentar un plan de contingencia por encontrarse bajo procedimiento de crisis.

Me permito realizar un breve análisis respecto de lo que considero un error conceptual en la evolución normativa reciente, consistente en la tendencia a equiparar a las obras sociales con las entidades de medicina prepaga, pese a que se trata de figuras con naturaleza jurídica y principios rectores claramente diferenciados.

Mientras las obras sociales se sustentan en un modelo solidario, basado en la redistribución colectiva de los recursos del sistema de seguridad social, las empresas de medicina prepaga encuentran su fundamento en criterios de equilibrio económico-financiero, regidos por la lógica del mercado y la prestación a título oneroso.

A diferencia de las EMP, que persiguen el equilibrio económico-financiero como finalidad primaria -y que pueden fijar, en caso de beneficiarios voluntarios o adherentes, libremente precios, segmentar planes y condicionar afiliaciones-, las obras sociales deben garantizar cobertura universal, sin discriminar patologías ni ingresos, y con recursos que dependen de una economía laboral empobrecida. Ese diferencial estructural no es reconocido por las nuevas normas.

Por el contrario, la proliferación de sanciones pecuniarias, exigencias de documentación digitalizada, reempadronamientos y fiscalizaciones sucesivas acentúan la carga administrativa y económica de las entidades más vulnerables del sistema: las que sostienen al sistema solidario de salud.

Retomando la idea, la tendencia que se consolida es la de un exceso de control y formalismo sancionatorio hacia las obras sociales, entidades cuya base de sustentación económica son los aportes y contribuciones sobre salarios, en un contexto de salarios reales deprimidos, inflación médica descontrolada y fuerte presión prestacional.

El mensaje que transmite el organismo de control es claro: no importa la función social, sino el cumplimiento ciego de la norma, incluso cuando esa norma se superpone, contradice o se actualiza sin razonabilidad operativa. La lógica punitiva reemplaza al acompañamiento técnico, y el resultado es previsible: menor capacidad de respuesta, judicialización creciente y mayor riesgo de desfinanciamiento.

Si se insiste en este camino, lo que nos espera no es una mejor cobertura, sino una progresiva pérdida de capacidad prestacional, una mayor judicialización de conflictos y, en definitiva, una fragmentación aún mayor del sistema de salud.

Porque cuando las normativas se multiplican, pero no resuelven; cuando las promesas no se corresponden con los contextos reales; cuando el control se ejerce sin contemplar la equidad entre actores desiguales; entonces no estamos ante una política sanitaria integral, sino ante una construcción normativa que amenaza con desplomar uno de los pilares más sensibles del Estado de bienestar: el acceso justo y oportuno a la salud.

Si el objetivo es garantizar el acceso efectivo a la salud, debe reverse este enfoque. La regulación sanitaria debe ser técnicamente coherente, proporcional y sensible a la diversidad de agentes que componen el sistema.

No se trata de flexibilizar controles sin más, sino de recuperar una lógica de acompañamiento institucional y de gestión eficiente, que contemple las particularidades de cada subsistema y que permita sostener -y no hundir- al único pilar que ha garantizado históricamente cobertura a millones de trabajadores: el sistema de obras sociales. ■

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

UNIVERSIDAD ISALUD

CARRERAS DE GRADO

+ POSGRADOS

+ CURSOS

SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

ECONOMÍA Y GESTIÓN

ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

AUDITORÍA

MEDICINA LEGAL

Inscribite ahora!

isalud.edu.ar

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

UNIVERSIDAD, SALUD Y PATRIMONIO



"La esperanza es un arco iris desplegándose en el manantial de la vida".
Byung-Chul Han ⁽¹⁾

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

El término *patrimonio* deriva de la palabra "padre" en español que tiene múltiples raíces entrelazadas en otras lenguas griego, latín, indoeuropeo, alemán, francés, portugués.

La familia humana al igual que la etimología de las palabras comparte una cartografía compleja de sus orígenes y sus manifestaciones.

¿Por qué si vivimos en la complejidad de un caleidoscopio, continuamos pensando de modo lineal?

A pesar de que *Descartes* desarrolló su teoría en el siglo XVII, las instituciones y las personas continúan pensando en forma lineal en sincronía con multiplicidad de manifestaciones que objetiva la complejidad. ⁽²⁾

Aun en la era del cambio antropológico digital las transformaciones tecnológicas no lograron resolver los grandes problemas: la ignorancia, el hambre, la pobreza, las guerras, la injusticia, la desigualdad...

Diferentes líneas de pensamiento sugieren que estaría circunscripto a la conciencia, los mandatos familiares, los patrones de comportamiento emocional...

Sin embargo, estamos dotados de un intelecto, y sentimientos permeables a un nuevo despertar de la conciencia... ⁽³⁾ y a la posibilidad como antes citamos de construir un gran edificio a través de varias generaciones.

Cada bocado de nuestra dieta tiene la traza de un trabajador anónimo, es tratado con infinidad de productos de investigaciones, utilizan el agua y la tierra de ecosistemas vulnerables que a su vez exigen del conocimiento académico para enfrentar entre tantos otros, los dilemas de la inseguridad alimentaria...

La ropa que usamos tiene la huella invisible de otras manos, teñida con productos elaborados por universidades diversas, y esas mismas prendas por toneladas son desechadas desde algunos países desarrollados, en el desierto de Atacama, o en el África... ⁽⁵⁾

Y es allí y aquí que constelaciones de jóvenes egresados de universidades, estudian como procesarla en algo útil o enfrentar las debacles del cambio climático. El celular, o cualquier aparato

electrónico, está compuesto por metales de tierras raras, codiciadas, donde la geopolítica es el indicador de tensiones y conflictos que afectan a todos, sin distinción de ningún orden.

Todo está hecho con el trabajo de millones de personas que tienen una historia común. *"Nuestra situación como hijos de la Tierra, es muy peculiar. Viviremos brevemente en ella e ignorantes del por qué, aunque de vez en cuando pensemos que lo sabemos, sin dar demasiadas vueltas: sabremos que estamos aquí para el prójimo"*. Albert Einstein. ⁽⁴⁾

Detrás de cada insignificante objeto que llega a nuestras manos está el fruto de generaciones que soñaron, sufrieron, lucharon, trabajaron a destajo para que recibamos los bienes y servicios que hoy utilizamos. ⁽²⁾

El patrimonio es un concepto dinámico que refleja la identidad, la historia y la riqueza de una sociedad, y que se valora y se protege para su conservación y transmisión a las generaciones futuras.

Este concepto fue evolucionando a través del tiempo, del mismo modo en que se transforman los individuos, las familias, las sociedades.

La palabra "*universidad*" proviene del latín "*universitas*", que a su vez deriva de "*universus*", palabra compuesta de dos términos "uno" y "convertido"...

Interesante esta idea de universo con el uno convertido en el todo al servicio del uno y del todo...

El término *salud* tiene su origen en el griego de la diosa Hígía, símbolo de la prevención y la curación.

El concepto de universidad, salud y patrimonio merece ser recreado y actualizado.

No es ni justo, ni ético aprisionar el término salud ignorando que la salud es una dimensión compleja interconexa con todo lo que integra la biosfera: atmósfera, hidrósfera, geosfera, animales, vegetales, personas...

Todo ser vivo depende de estos factores. Las acciones de cada uno de nosotros, de la sociedad y la de los dirigentes políticos inciden en la vida de todos. *Las responsabilidades son proporcionales a cada tarea.*

Patrimonios

Una amable tarde del verano de 1930 en las afueras de Berlín, el 14 de julio, tuvo lugar el encuentro de dos sabios humanistas.

Albert Einstein, recibe en su casa a Rabindranath Tagore, amigo con un vínculo epistolar y de encuentros sucesivos. La



obra de ambos y sus conversaciones constituyen un patrimonio vivo para inspirarnos, cuestionarnos, y cuestionarlos, para reflexionar, pensar y accionar.

El diálogo de los dos premios nobeles fue publicado en Calcuta en 1931 en la revista "Modern Review" y dio nacimiento a libros, artículos, tesis doctorales que hasta hoy continúan como inspiración permanente de estudio.

Ambos sostenían el amor a la paz, la belleza y el altruismo como eje indispensable de la humanidad,⁽⁶⁾ disientan en muchas concepciones sobre la verdad o la realidad y aun así su amistad nutre nuestras vidas y aspiraciones.⁽⁷⁾

Abogaron por el valor de una educación integral, una pedagogía armónica, creativa, original y humanista.⁽⁸⁾

Universidades argentinas públicas gratuitas y federales

Esenciales para sostener la columna vertebral del país, aseguran la movilidad social, la igualdad de oportunidades, la riqueza en la producción de conocimientos, bienes y servicios.

Debería ser una prioridad de toda política de Estado, sin embargo, la falta de financiación, el maltrato a investigadores, académicos, estudiantes o personal no docente es sostenida.

¿Cómo es posible la destrucción de hospitales públicos y escuelas? ¿Cómo puede suceder que el Clínicas o el emblemático Garrahan que dan cobertura universal y conocimientos de excelencia sean desmantelados? ¿Cómo puede ser que la indiferencia y el oportunismo borren el patrimonio de generaciones?

Es imprescindible un foro interdisciplinario para enfrentar esta tragedia argentina.

En las prestaciones médicas sean privadas, de obras sociales o públicas vemos el agobio de médicos agotados y mal pagos, con equipos de salud sobreexigidos que no llegan a fin de mes, sin embargo, siguen trabajando más allá de todo y a pesar de todo.

Los algoritmos administrativos en la mayoría de las clínicas

y sanatorios son deficientes, diletantes, con personal resentido, y pésimos salarios.

Todo es posible de mejorar... Es imprescindible que en cada lugar de trabajo se integren equipos, con vasos comunicantes en los diferentes niveles de complejidad y con los administrativos. Con los mismos recursos, descubrir la honestidad, la ética y aceptar al otro con sus diferencias y potencialidades.

Si contamos con un extraordinario patrimonio de experiencias, legados de conocimientos, método científico, herramientas metodológicas de acción, ¿cómo no vamos a encontrar integrados una salida?

"Cuánto más profunda sea la desesperación, más intensa será la esperanza". Byung-Chul Han). ■

Bibliografía:

- 1) Byung-Chul H. El espíritu de La Esperanza. Ed. Herder
- 2) Morin E. Lecciones de un siglo de vida. Editorial Paidós
- 3) Lazlo Ervin. "Una Era para la conciencia". Ed. El grano de Mostaza
- 4) Einstein Albert. "Mi visión del mundo" Ed. Maxi tus Quest
- 5) Pastrana M. Granados 1 Universidad de Guanajuato Mx. // www.ugto.mx/investigacionposgrado/eugreka/images/abejas/fast-fashion-moda-o-contaminacion.pdf
- 6) Einstein Albert "Notas autobiográficas". Ed. Alianza Bolsillo
- 7) Tagore Rabindranath. Obras Completas. Ed. Aguilar
- 8) Tagore y Einstein. <https://schoolofwisdom.com/about/rabindranath-tagore-one-of-the-school-of-wisdoms-most-notable-teachers/tagore-and-einstein/>

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



LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL



RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

LA INNOVACIÓN EN SALUD: UNA MIRADA INTEGRAL PARA TRANSFORMAR VALOR EN RESULTADOS



Por el Dr. Federico Agustín Pedernera (*)

Innovar en salud no es simplemente implementar tecnología ni perseguir lo inédito o novedoso por sí mismo. Innovar es generar y entregar valor: rediseñar procesos, adoptar enfoques creativos y movilizar conocimiento para mejorar los resultados sanitarios, organizacionales y humanos. Lejos de ser un privilegio de grandes centros de investigación o startups tecnológicas, la innovación puede -y debiera- nacer desde adentro de las organizaciones de salud, cuando se dan las condiciones adecuadas.

En este artículo intento proponer una mirada integradora sobre la innovación en salud, organizada en tres dimensiones clave: **conocimiento profundo del sistema** (soy un convencido que la formación continua es algo mandatorio para los que estamos en este sector), **compromiso con la mejora continua** (porque no debemos relegar la calidad y la efectividad, más allá que no se pague por ellos) y **capacidad de gestión del cambio** (habilidades y cultura que hay que desarrollar en las organizaciones).

A partir de esta base, se incorporan marcos conceptuales útiles como los cuatro estadios de evolución digital, las 5 C's de la innovación y herramientas del pensamiento lateral que permiten liberar el potencial creativo de equipos tradicionalmente entrenados en la lógica lineal y la minimización de riesgos. Por supuesto, hay y surgirán muchos más recursos que puedan servir para que abordemos, de alguna manera, estas tres dimensiones.

El conocimiento: entender el sistema antes de transformarlo

Innovar en salud requiere comprender la complejidad del sistema, o los procesos, en el que se interviene. No se trata solo de sumar tecnología (y menos de ponerle pilas, chips o IA), sino de interpretarlo dentro de contextos marcados por múltiples actores, tensiones y limitaciones. Por eso, se puede decir que, desde la

perspectiva de la innovación, el conocimiento sobre el sector puede ser tácito (experiencial y difícil de codificar para ser transmitido con facilidad) o explícito (documentado y publicado). Pero ambos deben ser gestionados estratégicamente, alineados con los recursos (sostenibilidad) y el propósito para permitir que la innovación propuesta tenga cabida para ser adoptada (sustentabilidad).

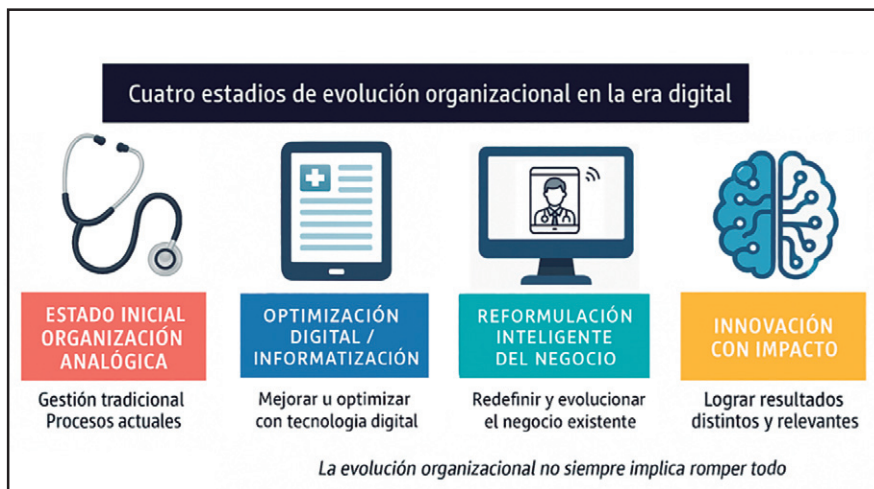
Pero el conocimiento, se puede adquirir, por eso las organizaciones innovadoras desarrollan la capacidad de absorción: una aptitud para identificar, asimilar y aplicar conocimientos externos -científicos, tecnológicos, organizacionales- dentro de sus propios procesos. Esto se da penetrando en la cultura de la organización, para pasar de la fase de adquisición de datos e información (moda y tendencias) hacia la activación del aprendizaje organizacional, donde la creación de valor depende de conexiones genuinas entre actores internos y externos. No se compran enlatados.

Les propongo un modelo con cuatro estadios de evolución digital ayuda a identificar el nivel de madurez digital de una institución (de salud en mi caso); partiendo de una etapa analógica, pasando por la informatización, y luego la reformulación inteligente del negocio, para alcanzar la innovación con impacto. Esta progresión no es lineal ni automática: exige liderazgos capaces de leer el entorno, establecer alianzas estratégicas y transformar información en conocimiento útil.

El compromiso con la mejora continua: innovar con propósito y orientación al usuario

Innovar, además no es un acto solitario. Nadie ha innovado solo. Es un proceso colaborativo que necesita de profesionales que trabajan en el sector de la salud comprometidos con la mejora continua de los procesos y con la mejora de la salud y la experiencia de los pacientes. Vale la pena aclarar que, aunque no coordinadas, muchas de estas características, abundan entre las personas que trabajamos en el sector sanitario.

Pero a nivel de las organizaciones, tenemos que apuntar hacia las **5 C's de la innovación**; **curiosidad** para mirar y ver



Esquema de los estadios evolutivos de las organizaciones de salud a través de la digitalización (Federico Pedernera 2025).

“Nadie ha innovado solo. Es un proceso colaborativo que necesita de profesionales que trabajan en el sector de la salud comprometidos con la mejora continua de los procesos y con la mejora de la salud y la experiencia de los pacientes. Vale la pena aclarar que, aunque no coordinadas, muchas de estas características, abundan entre las personas que trabajamos en el sector sanitario.”

hacia afuera (de la caja), **colaboración** genuina y entre todos, ya que no se puede innovar sin compartir las ideas y reformularlas, **creatividad** para proponer nuevas ideas y formas de hacer las cosas (buscando nuevos resultados), asumiendo los **condicionamientos** que nos impone nuestro sector tan regulado por la ética (a veces olvidada) y el marco jurídico (objetado) y buscando poner siempre el enfoque en el **cliente**. El compromiso con un método (como este) ofrece una guía para alinear a la cultura organizacional con resultados sostenibles.

Pensemos a la curiosidad activa la búsqueda de nuevas preguntas, en el caso pensamiento lateral, por ejemplo, se propone reemplazar “¿cómo hacemos para que el paciente complete el formulario?” por “¿qué pasaría si el paciente no tuviera que completarlo?”. En el caso de la colaboración permite combinar perspectivas y puntos de vista divergentes (debemos crear espacios de consenso); el conocimiento se multiplica cuando circula. Con respecto a la creatividad, lejos de ser un lujo, es una necesidad en sistemas de salud altamente reglados. Las restricciones o condicionamientos, como presupuestos limitados o barreras normativas, pueden transformarse en estímulos para soluciones más simples y robustas. Y la centralidad en el paciente recuerda que toda innovación debe tener un propósito claro: mejorar la vida de las personas y sus familias.

En este sentido, y me encanta esta parte, innovar también implica adaptar ideas de otros sectores -consumo masivo, logística, tecnologías digitales- para dar nuevas respuestas a viejos problemas. En salud, copiar inteligentemente puede ser más valioso que inventar desde cero. Además, no nos olvidemos que el sistema de salud es, en alguna medida, una expresión de los valores y deseos de una sociedad que está cambiando (un tema para otra nota).

La gestión de la innovación: convertir ideas en transformaciones sostenibles

La creatividad sin gestión es inspiración pasajera. La creatividad es necesaria, pero no es suficiente, si no se adoptan los cambios propuestos, queda como algo novedoso en el mejor de

los casos. Para que una organización transforme su cultura, siempre me gustó más hablar de **conversión cultural**, es necesario contar con una estrategia de cambio sostenida, y que la haga sustentable cuando la organización o la sociedad o la hagan propia. Esto incluye, formación continua, espacios de ideación, liderazgo distribuido, comunicación clara, transparencia, mecanismos para experimentar sin castigar el error y métricas claras de impacto alcanzado, entre varias más.

Uno de los desafíos frecuentes en el tránsito hacia modelos más innovadores es la existencia de silos organizacionales y resistencias culturales (e individuales en la conducción de la organización y de los silos). Para abordarlos, se recomienda trabajar sobre los supuestos tácitos que guían las prácticas actuales. Herramientas del pensamiento lateral como “*desarmar supuestos*” o “*usar restricciones como disparadores*” pueden ayudar a desbloquear ideas estancadas. Además, bajar barreras organizacionales (que alimentan la cultura del tabique) para conectar a los equipos clínicos con diseñadores de servicios, ingenieros, pacientes y financiadores permite construir soluciones más integrales y sostenibles.

La experiencia muestra que las organizaciones que alcanzan la “*innovación con impacto*” son aquellas que logran articular su conocimiento institucional (sus valores y cultura) con los aportes de redes de colaboración externa, donde los vínculos se sostienen en la confianza, la transparencia y el objetivo compartido de mejorar el sistema de salud. Por eso, la innovación abierta permite potenciar la capacidad para crear valor.

Conclusión: de la intención a la conversión

Quisiera dejar una serie de ideas finales. Innovar en salud no significa adoptar lo último o seguir las tendencias, sino que se trata de lograr el mejor resultado posible cambiando lo que veníamos haciendo a partir de la incorporación de la creatividad en la cultura organizacional. Innovación tampoco es sinónimo de disrupción tecnológica, sino de evolución con un sentido o significado claros, y si las tecnologías nos acompañan, mejor aún.

Por eso, podríamos decir que lograr una innovación o un cambio innovador en salud requiere de la combinación de un conocimiento profundo en la materia, un compromiso y la capacidad para gestionar en un entorno que habilite nuevas formas de pensar, colaborar y actuar. Al redefinir cómo generamos y entregamos valor en salud, estamos también redefiniendo cómo entendemos el cuidado, la calidad y la sostenibilidad del sistema. Por eso, innovar no es solo una opción, sino que es parte de nuestra responsabilidad para hacer sostenible al sector. ■

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

LOS NUEVOS MÉDICOS NO ELIGEN DEDICARSE A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: ¿ESTÁN LOS INCENTIVOS CORRECTAMENTE ENFOCADOS EN EL MERCADO LABORAL DE LA SALUD?



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

La crisis del recurso humano en salud

La palabra crisis es, seguramente, la más utilizada para adjetivar el estado de situación de nuestro sistema de salud. Desde hace muchas décadas venimos escuchando y hablando de la crisis del sector.

La existencia de un sistema sanitario inequitativo en cuanto al acceso, ineficiente en cuanto al uso de los recursos, ineficaz y de baja calidad en cuanto a los resultados, producto de su altísima fragmentación y segmentación, constituye una de las mayores debilidades de las prioridades de la política argentina desde siempre y de un Estado de características corporativas.

A las clásicas características negativas del sistema (fragmentación, segmentación, ineficiencia, inequidad) se le suma el agravamiento de otro problema que amenaza con profundizar la crisis: el problema del recurso humano en general y la del recurso médico en particular.

La pandemia hizo caer el velo sobre el sistema. En la Argentina la salud no es uno de los sectores prioritarios, al contrario, solo se rescatan los comportamientos y los esfuerzos individuales y muchas veces voluntarios de su capital humano.

Pero esto impide ver muchas veces, las deficiencias estructurales que se arrastran y que tienden a agravarse con el desarrollo de las nuevas tecnologías, los cambios epidemiológicos y la rigidez de la cual hace gala el sector ante cualquier perspectiva de cambios que afecte intereses anquilosados.

El Covid-19 impuso desafíos adicionales al devaluado sistema, sacudiendo las organizaciones y forzando cambios en hospitales y centros de salud para superar las emergencias, con un alto grado de voluntarismo. El rol de los profesionales ha sido fundamental, y el capital humano es sin dudas el principal valor del sistema.

La pandemia mostró con crudeza la crisis del sistema y en especial la del recurso humano, poniendo en evidencia la ausencia de especialidades, el multiempleo, las bajas remuneraciones y el burnout a que son sometidos diariamente.

La crisis del recurso humano en salud es una bomba de profundidad que ya explotó hace años y que ahora está surgiendo a la superficie con cada vez más fuerza.

Las grandes preocupaciones en el tema recursos humanos en salud

Podríamos sintetizar en cuatro, las principales preocupaciones que aquejan al sistema de salud en el tema recursos humanos:

1) La cantidad y distribución del RRHHS, 2) Sus cualidades y habilidades, 3) La migración de los profesionales y técnicos de la salud y 4) El mercado laboral de la salud.

Desde esta perspectiva podríamos decir que, si bien la cantidad global de médicos en nuestro país pareciera más que suficiente, la distribución y cantidad de algunas especializaciones marcan un escenario muy complejo. Y si ampliamos la mirada hacia otras profesiones del sector como enfermería y las tecnicaturas por ejemplo el panorama se hace sombrío.

Los médicos migran en dos sentidos: en la geografía y en la especialidad que eligen (Vilosio, J; 2014). Esta definición la podemos ampliar al resto de las profesiones relacionadas con la salud.

La migración geográfica presenta una doble complejidad: la migración hacia otros países y entre las provincias.

Siguiendo a Vilosio: “Muchos clínicos y médicos de familia se orientan a especializaciones más rentables. Muchos médicos ya no “van” a esas especialidades donde el futuro previsible es el de burn out, pasando años de su vida en prolongadas jornadas laborales”.

También existe una migración constante entre los sectores públicos y privados de la salud e incluso al interior del sector público se observan “pases” desde hospitales públicos con leyes de carreras sanitarias rígidas en cuanto a lo salarial, hacia hospitales con diferentes formas estatutarias y posibilidades más flexibles de contratación.

El mercado laboral aparece aquí como el principal incentivo de estas migraciones tanto internacionales como internas provocando un perjuicio a la provincia o país que invirtió en la formación del recurso humano en salud pero que no logra retenerlo en desmedro de los países o provincias que basan su política en un fuerte reclutamiento por sobre la formación o como complementaria a ella.

El problema del mercado laboral

En primer lugar, debemos replantearnos si los incentivos están correctamente enfocados. Las políticas en salud de todas las jurisdicciones están basadas, dicen, en la Estrategia de APS y en la Promoción y Prevención de la salud dándole en los papeles un nivel preponderante al primer nivel de atención. Sin embargo, esta priorización no se observa a la hora de definir presupuestos o incentivos remunerativos.

Dice Vilosio muy acertadamente. “Más de cuarenta años después de empezar a hablar de la atención primaria de la salud, condimento presente en los discursos de todos los ministros y políticos desde entonces, la disponibilidad de médicos capacitados para el primer nivel de atención, tanto en áreas rurales como urbanas, sigue siendo un problema crítico en los sistemas de salud provinciales y municipales.

La cantidad adecuada de médicos en cada lugar, como es el caso de cualquier profesional que vende sus servicios en el sector gubernamental o en el privado, depende de un conjunto de estímulos relacionados con la remuneración, las condiciones de trabajo (un aspecto singularmente importante) y las expectativas de futuro”.

Paralelamente a esto, en los últimos tiempos, se viene verificando un cambio en el modelo del RRHHS de uno más vocacional y dispuesto al sacrificio individual con tal de aprender a uno que primero analiza la ecuación económica, el ámbito laboral, y las exigencias horarias antes de aceptar un trabajo.

El burnout que producen muchas especialidades, así como la inseguridad que está azotando cada vez más a los servicios de salud son otros dos factores que hacen desistir a muchos profesionales de seguir determinada especialidad o de aceptar trabajos en zonas inseguras, lo cual agrava aún más la crisis.

La feminización de la medicina y de otras profesiones de salud es otra característica que se viene verificando cada vez con mayor intensidad y, según muchos especialistas del tema, está relacionado (como causa para algunos, como consecuencia para otros) a una disminución de los ingresos del sector.

Este combo está impactando fuertemente en los sistemas de residencias, en los sistemas de emergencias médicas, en las especializaciones críticas y en general en todo un sistema de formación que también está en crisis.

El modelo de una medicina como actividad artesanal en el que el maestro transfiere conocimientos personalizados a sus discípulos ha cambiado definitivamente.

Priorizar la política de recursos humanos en salud

Debe existir un gran consenso a fin de lograr una reforma en el sector de los recursos humanos en salud. Sin esta reforma será imposible reformar el sistema de salud. Se debe comenzar con una reforma a la educación médica de grado y de postgrado (residencias médicas).

En cuanto al mercado laboral, se deben colocar correctamente los incentivos según el modelo que aspiremos. Si decimos que será un modelo basado en Atención Primaria de Salud, debemos remunerar adecuadamente al equipo de salud del primer nivel y organizar una red de servicios que de soporte a este nivel.

Se deben cambiar formas y mecanismos de pago de los servicios y especialmente a los profesionales. Cada vez es más frecuente observar diferencias entre las especialidades clínicas y las quirúrgicas y entre las que usan “aparatoología” propia con las que no. Se debe ser innovador tanto en hospitales públicos como privados y financiadores.

Debe existir un alivio impositivo importante a los profesionales. Los niveles de presión impositiva hoy día son claramente confiscatorios.

Más allá de estas medidas u otras, lo importante es iniciar poniendo este tema como prioridad de agenda en el sector público en su conjunto. No sea cosa que, como siempre pasa, en breve sea demasiado tarde. ■

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

CHILE Y EL VALOR DE LA PALABRA: MEDIACIÓN SANITARIA QUE TRANSFORMA CONFLICTOS EN ACUERDOS



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

En esta ocasión, entrevistamos a *Romina Rodríguez Menadier*, abogada, mediadora, negociadora especializada en salud, fundadora del espacio Círculos de Confianza y referente en el ecosistema de resolución de conflictos sanitarios en Chile.

Desde una mirada profesional y comprometida, nos explica cómo funciona la mediación sanitaria, qué resultados ha dado y por qué este mecanismo representa un puente entre el sistema de salud, el derecho y la dignidad de las personas.

1. ¿Desde cuándo funciona la mediación sanitaria en Chile?

Desde 2004, con la promulgación de la Ley 19.966 que establece el Régimen de Garantías Explicitas en Salud (GES), se instauró en Chile la mediación como procedimiento obligatorio antes de demandar judicialmente al sistema público de salud por responsabilidad civil. Esta normativa tiene un doble objetivo: por un lado, descomprimir el sistema judicial; por otro, ofrecer un canal rápido y efectivo para reparar a quienes sufrieron daños derivados de atenciones médicas. El procedimiento se realiza a través del Consejo de Defensa del Estado (CDE), que designa mediadores especializados.

2. ¿La mediación aplica tanto en salud pública como en privada?

Sí, pero con caminos diferentes. En el sector público, la mediación es obligatoria y gratuita, canalizada por el CDE. En cambio, en el ámbito privado, como clínicas y centros médicos particulares, las personas pueden solicitar mediación a través de la Superintendencia de Salud, que mantiene un registro de mediadores privados habilitados. Esta mediación es voluntaria, y sus costos son comparados entre las partes.

3. ¿Los mediadores están capacitados específicamente en salud?

Absolutamente. Para ser parte del *Registro de Mediadores Privados*, se exigen requisitos exigentes: título profesional de al menos 10 semestres, cinco años de experiencia, no haber sido condenado ni formalizado por delito grave y acreditar formación específica en salud: 180 horas teóricas y 40 de práctica en mediación efectiva. Esta exigencia asegura un alto nivel de comprensión del contexto clínico, jurídico y humano que estos casos requieren.

4. ¿Los abogados apoyan este procedimiento?

Hoy, cada vez más. Aunque hubo escepticismo inicial, la experiencia ha demostrado que la mediación sanitaria evita procesos judiciales largos, costosos y emocionalmente desgastantes. Instituciones como FALMED (Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico)

promueven activamente la mediación como herramienta preventiva. Muchos casos se resuelven con explicaciones, disculpas o acuerdos que van más allá de lo económico.

5. ¿Qué dicen los números?

Solo en el primer semestre de 2024, el CDE recibió 1.276 solicitudes de mediación por daños en salud. El 96,2% fueron declaradas admisibles, lo que muestra una alta pertinencia de los reclamos. De las 1.095 mediaciones concluidas en ese período, el 21,9% terminó con acuerdo entre las partes. Aunque pueda parecer un porcentaje bajo, representa cientos de casos en los que se evitó la judicialización, se reparó a las personas y se construyó confianza. El tipo de daño reportado también es significativo: el 62% corresponde a casos de muerte, invalidez parcial o total. Las mujeres reclaman en mayor proporción (65% del total), y también se observa que muchos pacientes involucrados tienen entre 25 y 74 años, es decir, personas en plena etapa productiva y familiar.

6. ¿Qué tipo de casos llegan a mediación?

El abanico es amplio: desde errores quirúrgicos, omisiones diagnósticas, falta de seguimiento, daños durante el parto, hasta negligencias en especialidades como medicina interna, traumatología, obstetricia y pediatría. Las reparaciones posibles incluyen disculpas, explicaciones, prestaciones médicas, medidas intrahospitalarias y, por supuesto, indemnizaciones. En casos de fallecimiento, el tope de compensación alcanza las 3.500 UF, que actualmente superan los 137 millones de pesos.

Humanizar el sistema de salud a través de la palabra

Romina enfatiza que la mayoría de las personas no buscan venganza ni lucro, sino verdad, escucha y una reparación justa. “A veces basta con que se expliquen los hechos, que el sistema pida disculpas y que se brinde una atención adecuada. El proceso no solo trata de cerrar un caso, sino de cerrar una herida humana”.

Agrega que la mediación es también una forma de educar al sistema, detectar errores estructurales y prevenir futuros daños. “Cada mediación bien rea-

lizada es una oportunidad para mejorar la calidad del servicio y recuperar la confianza de la comunidad en sus instituciones de salud”.

Un mensaje final para los profesionales de la salud

“Invito a los médicos, directivos, enfermeros y equipos de salud a ver en la mediación una aliada. No se trata de culpabilizar, sino de asumir el conflicto con madurez. Humanizar la medicina también es saber pedir disculpas, escuchar al paciente y dialogar. La medicina moderna necesita tanto de la ciencia como de la palabra”, concluye.

En tiempos donde la salud atraviesa tensiones constantes, la experiencia chilena en mediación sanitaria muestra que otro camino es posible: uno donde el conflicto no es fracaso, sino un punto de partida para la reparación y el encuentro.

Finalmente quisiéramos despedirnos con las palabras del Dr. Manuel Martínez-Sellés presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Catedrático de Medicina, Universidad Europea de Madrid, en la publicación de Revista IIDOS: “*En pleno siglo XXI podemos cambiar “pociones y polvos” por los fármacos más novedosos o las últimas intervenciones, pero para ejercer nuestro trabajo de forma adecuada toquemos y miremos a los ojos de nuestros pacientes*”. ■

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

ANÁLISIS DE LA RESOLUCIÓN 951



Por el Dr. David Aruachan (*)

La Resolución 951/2025 de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) representa una reforma sustancial en la forma en que se gestionan las denuncias, faltas formales y sanciones contra las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga. A continuación, analizamos sus alcances, ventajas y desventajas desde una perspectiva estratégica:

Alcances generales

1. **Unificación y simplificación procedimental:** establece un procedimiento común para denuncias y faltas formales, reemplazando normativas anteriores (resoluciones 75/1998, 607/2022, 711/2024, entre otras).
2. **Plazos claros y reducidos:** todo el procedimiento debe resolverse en un máximo de **30 días hábiles**, con instancias precisas y plazos cortos en cada etapa (5 días para responder requerimientos, 3 días para caratulación, 8 días para evaluación técnica, etc.).
3. **Inversión de la carga de la prueba:** se presume el incumplimiento si la entidad no responde o su respuesta es evasiva o insuficiente, salvo prueba fehaciente en contrario.
4. **Sanciones progresivas:** aplicación de un **nomenclador con módulos** basados en la gravedad y reincidencia. Las multas se cuantifican en función del haber mínimo jubilatorio.
5. **Implementación de indicadores de gestión y ranking público de cumplimiento:** con enfoque en eficiencia, calidad, impacto y transparencia del procedimiento.

Ventajas

Para los afiliados/beneficiarios

- **Mayor celeridad y trazabilidad** en la resolución de sus denuncias.
- **Presunciones a favor del denunciante** en caso de silencio o evasión por parte de las entidades.
- **Acceso público al ranking de cumplimiento**, lo que genera presión reputacional.
- **Más canales de reclamo y seguimiento electrónico** (uso obligatorio del sistema GDE y notificaciones válidas por medios digitales).

Para el Estado/SSSalud

- **Estándares de gestión más modernos y exigibles**, alineados con principios de derecho administrativo moderno (celeridad, buena fe, carga dinámica de la prueba).
- **Herramientas más fuertes para el control del sistema** (ranking, reincidencias, automatizaciones, medidas institucionales urgentes).
- **Reforzamiento del poder fiscalizador y sancionatorio**, con procedimientos más ejecutivos.

Desventajas / Riesgos

Para las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga

- **Carga procesal intensificada:** deben responder en plazos breves (5 días corridos) y con acreditación exhaustiva. Cualquier demora o descuido se presume incumplimiento.

- **Presunción en su contra** en caso de silencio o respuesta insuficiente, lo cual puede derivar en sanciones sin posibilidad efectiva de defensa si los plazos no se cumplen.
- **Multas significativas** en caso de reiteración, incluso por faltas leves (ej. no presentación en tiempo de documentación).
- **Alta exposición pública:** el "ranking" puede dañar reputación y generar litigios si no se administra con transparencia.
- **Carga administrativa:** la necesidad de pruebas, seguimiento de expedientes, coordinación legal y técnica podría generar mayores costos operativos.

Para los afiliados/beneficiarios

- **Posible saturación de la SSSalud** si no hay recursos para sostener el volumen de expedientes en plazos estrictos.
- **Desilusión por fallas en la ejecución real** de sanciones o medidas, especialmente si no se efectivizan las multas o no se corrigen conductas.
- **Demoras por falta de documentación inicial** (aunque el procedimiento contempla mecanismos de mitigación).

La Resolución 951/2025 representa una modernización relevante del sistema de denuncias y control en salud, con claras ventajas para los beneficiarios y el Estado en términos de agilidad, eficiencia y control. Sin embargo, implica una carga significativa para las obras sociales y prepagas, que deberán profesionalizar aún más sus áreas legales y de compliance.

Como estrategia, es clave que las entidades:

- Ajusten sus procesos internos para responder en tiempo y forma.
- Automatizen alertas internas sobre requerimientos de la SSSalud.
- Documenten todo su accionar prestacional con trazabilidad probatoria.
- Evalúen su posición en el nuevo ranking y trabajen proactivamente en la gestión de reclamos y cumplimiento.

Frente a un nuevo marco regulatorio que exige más agilidad, transparencia y rigor documental, presentamos este plan de acción que busca que estemos no solo preparados para cumplir, sino posicionados para liderar con procesos eficientes, tecnología inteligente y una estructura fortalecida que nos permita anticipar, responder y mejorar continuamente. Sus puntos claves:

- **Tecnología y automatización.**
- **Procesos internos claros y ágiles.**
- **Refuerzo estructural con equipos internos y servicios tercerizados.**

Plan de acción para adaptación y cumplimiento

1. Reingeniería de procesos internos

Objetivo: establecer un flujo ágil, documentado y trazable para responder a denuncias y requerimientos en menos de 5 días.

Acciones clave:

- Mapear procesos actuales vinculados a atención al usuario, auditoría médica, legales y calidad.
- Diseñar un **protocolo interno estandarizado de respuesta** a intimaciones SSSalud, con checklist documental y responsables asignados por zona o tipo de caso.
- Establecer un equipo de respuesta rápida (task force legal-prestacional) para casos urgentes o con riesgo reputacional.
- Crear matrices de decisión para descargos estandarizados ante faltas frecuentes.

2. Inversión en tecnología y automatización

Objetivo: cumplir plazos exigidos y generar trazabilidad ante cada requerimiento.

Tecnologías recomendadas:

- **CRM + BPM** (gestión de procesos) integrados con el TAD y el GDE de la SSSalud.
- **Tablero de control de cumplimiento regulatorio**, con alertas automáticas por plazos.
- Integración con herramientas de gestión documental y repositorio central de expedientes.

- Aplicación de IA o motores de reglas para pre-armado de descargos ante faltas formales (ej. presentación de padrones, planes, EOAF).

Ejemplo de flujo digital:

Denuncia SSSalud → ! Alerta en CRM → ! Asignación automática a área → ! Instrucciones pre-cargadas → ! Armado de respuesta en 48 hs → ! Revisión legal → ! Envío por canal validado.

3. Refuerzo estructural interno y externo

Objetivo: fortalecer capacidades para operar bajo presión regulatoria.

Estructura interna mínima sugerida:

- Coordinación de Cumplimiento Regulatorio (nueva o reforzada).
- Equipo legal prestacional con foco en normativa SSSalud.
- Soporte administrativo con expertise en documentación y auditoría.
- Analista de indicadores y control de gestión regulatoria.

Apoyo externo o tercerizado:

- Consultora con experiencia en procesos SSSalud especializada en derecho sanitario y administrativo para auditoría externa trimestral de cumplimiento.
- Outsourcing de atención de reclamos complejos o masivos con experiencia en salud.

4. Monitoreo, indicadores y reporting

Objetivo: anticipar riesgos, medir impacto de las sanciones y minimizar reincidencias.

KPIs recomendados (en línea con Anexo IV):

- % respuestas dentro de 5 días.
- Tiempo promedio de resolución interna (vs. 30 días SSSalud).
- % multas impuestas vs. reincidencias.
- Ranking propio de prestadores/prestaciones más denunciadas.
- % de trámites iniciados sin documentación completa (punto crítico para evitar).

5. Capacitación y cultura de cumplimiento

Objetivo: garantizar que toda la organización comprenda la criticidad del nuevo entorno.

Iniciativas:

- Capacitación obligatoria anual en normativa SSSalud y flujos internos.
- Boletines mensuales de cumplimiento interno.
- Campañas internas con foco en “velocidad + evidencia” como cultura organizacional frente a la SSSalud.

6. Gestión reputacional y comunicación externa

Objetivo: anticipar el impacto del “Ranking de Cumplimiento” y proteger la imagen institucional.

Recomendaciones:

- Área de comunicación institucional monitoreando publicaciones de SSSalud.
- Protocolos de respuesta pública ante sanciones o publicaciones.
- Campañas proactivas sobre “transparencia y mejora continua”.

7. Integración con sistemas prestadores y validación descentralizada

Objetivo: evitar respuestas fallidas por falta de información desde la red de prestadores.

Acciones sugeridas:

- Contratos prestacionales con cláusulas específicas de respuesta rápida ante denuncias y auditorías.
- Tablero compartido con prestadores críticos para seguimiento de casos sensibles.
- Procedimientos de validación interna exprés de prestaciones y pagos. ■

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



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

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

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

Nuestras publicaciones





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

EL PROBLEMA DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO



Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)

Pasa el tiempo y los problemas del mercado sanitario y su puja distributiva persisten o se hacen más multifactoriales. Y el particular segmento de los medicamentos de alto precio (MAP) -biotecnológicos y nuevas y disruptivas terapias génicas- se mantiene como permanente foco de debate.

Hay varios factores que siguen confluyendo para que sea de difícil resolución. ¿Reflejan realmente el precio de mercado los costos reales de I+D?, o todo es un *acting* de las empresas farmacéuticas y su principal ladero -el *Tufts Center for the Study of Drug Development* de US- para justificarlos.

¿Esta efectivamente contrastada su efectividad y los beneficios que agregan a la práctica clínica habitual en términos no solo de cantidad sino de calidad de vida asociada, como para aceptar que las enfermedades que los requieren se transformen inmediatamente en de alto o muy alto costo, muchas veces con un gasto catastrófico?

A esto hay que sumarle cuestiones más complejas de tipo regulatorio, siempre necesarias en un terreno resbaladizo y con dinámicas particulares como el mercado sanitario ¿Quién, cómo y bajo qué criterios establece la selección de MAP que se deben financiar a precio cero?

¿Respetan los profesionales los escasos protocolos de atención que definen la mejor elección terapéutica en términos de Costo/Efectividad? ¿Es posible poner límites a un futuro de quiebras posibles de los financiadores, sobre quienes los medicamentos en general implican ya 40% de su gasto total?

¿Se puede continuar aceptando la estrategia del amparo aún contraindicaciones poco claras y efectividades escasamente demostradas? Suma de verdades incómodas con diversidad de respuestas. Algunas interesadas, a veces confusas. Otras, directamente ausentes.

El eje central del debate pasa por encontrar algunas coincidencias respecto de la búsqueda de soluciones posibles, en un terreno donde no parece sencillo tenerlas, pero tampoco seguir bajo un *laissez faire* que las aleja en forma acelerada.

Muchas declaraciones, pero pocas acciones, y un ritmo creciente de gasto en medio de la profundización de la puja distributiva no hacen más que contribuir a ello.

Lo cierto es que los MAP configuran un porcentaje del gasto en medicamentos (ver gráfico 1) cuyo peso es significativo y con un precio varias veces mayor al ingreso total de un hogar donde existe un paciente que los requiere, o con costos directos de aplicarlos en un tratamiento durante un año que superan entre 1.5

y 3 veces el Producto Bruto Interno per cápita de cada país donde se lo analice. Con la salvedad que una cosa es considerar el PBI/cápita de Estados Unidos y otro muy diferente el de cualquier país de América Latina.

Gráfico 1. Total de ventas del mercado de medicamentos en Argentina



De lo que no queda duda - para quienes se involucran en el debate - es que el principal inconveniente reside en que, de estos precios, muchos están basados en condición de monopolio y estresan a los financiadores, al Estado y al propio sistema de salud en su conjunto.

Conocer, comprender y buscar soluciones a estas dos perspectivas, precios y consecuencias requiere mucho más que una toma de posición basada en cuestiones científicas, políticas o económicas.

Implica la necesidad de poder equilibrar componentes bioéticos, científicos y técnicos. Que no sean simplistas ni negacionistas, y que también contribuyan a equilibrar beneficios individuales con los de la sociedad.

En un mercado opaco como el de los medicamentos, las nuevas tecnologías innovadoras altamente disruptivas de las Big Pharma configuran un escenario plagado de heterogeneidades entre costos y resultados y entre expectativas de curas y fracasos que se evidencian tardíamente.

Un producto innovador que parece cambiar radicalmente el curso natural de una enfermedad y surge de la investigación de una o varias empresas con protección exclusiva por un período prolongado de tiempo, impone un precio arbitrario fijado por la propia industria dueña de la patente otorgada.

Que quizás la adquirió con los derechos de comercialización y no desarrolló la tan famosa I+D pero transformó esa molécula en su *blockbuster* por ventas superiores al billón de dólares en solo un año. O que obtuvo un procedimiento *fast track* de la FDA junto a la presión de asociaciones de pacientes y pudo ingresar a la venta una molécula solo investigada en Fase II.

No hay ninguna posibilidad de soberanía sanitaria en este marco, ni siquiera es posible otorgar Licencias Obligatorias dada la complejidad de producción de un biosimilar que tenga idéntica efectividad y carezca de inmunogenicidad. Menos aún con las nuevas terapias génicas o de Células T (CAR-T).

Sería poco razonable no aceptar que la nueva inversión de la industria farmacéutica en moléculas no químicas estimula la investigación científica orientada a la cura o la cronificación de muchas enfermedades de alta letalidad.

Pero aceptar que se fijen precios desorbitantes e impagables para algunos países de economías débiles resulta, además de excluyente y desigual, un factor desequilibrante respecto de cualquier enfoque sanitario. Especialmente si de esa innovación es poco lo que sabemos sobre su seguridad, conveniencia de uso y efectividad contrastada.

Liberada al mercado y sin control sobre la desigualdad de precios entre países, la accesibilidad a estos medicamentos se complejiza y el costo de oportunidad se amplía. Interesante analizar que los precios de ciertos medicamentos oncológicos con

patente presentan amplia variabilidad entre países, especialmente si se contrasta Europa y América Latina.

El caso del precio comparado del *abatacept* permite exponer que la Argentina posee la principal distorsión de precios (Tabla 1) Pero lo más destacable, a diferencia de lo que se supondría, es que los precios ajustados por PPA de los países de mayores ingresos tienden a ser más bajos que en los latinoamericanos.

Tabla 1. Precios y rango percentil para abatacept en 2019

País	Precio x mg	Rango Percentil
Sudáfrica	USD 0,46	0
Australia	USD 0,73	8
Colombia	USD 0,93	15
Brasil	USD 0,93	23
Grecia	USD 1,16	31
Turquía	USD 1,25	38
Canadá	USD 1,37	46
Noruega	USD 1,52	54
Reino Unido	USD 1,55	62
Francia	USD 1,68	69
Chile	USD 1,76	77
México	USD 3,05	85
EE. UU.	USD 3,65	92
Argentina	USD 4,06	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del proyecto DIME

Mientras los responsables de formular políticas de medicamentos en países de ingreso medio y alto han aplicado una combinación de regulaciones a partir de la fijación de precios y reembolsos en base a políticas basadas en precios de referencia externos, evaluación de tecnologías, negociaciones de precios y acuerdos de riesgo compartido a fin de mantener la sostenibilidad financiera de sus sistemas, es poco lo que ha ocurrido en los de ingreso medio/bajo de América Latina, a excepción de Chile como ejemplo.

Queda claro que ya existen y continuarán ingresando ciertas moléculas innovadoras de alto precio que requerirán financiarse, porque su efectividad ha resultado incuestionable al curar o cronificar ciertas patologías o modificarles drásticamente su tiempo de sobrevida.

Pero para muchas otras incluidas en la amplia banda de oncológicas y terapias génicas, por más costosas y de difícil alcance económico que sean, su impacto terapéutico en la sobrevida de los pacientes dista aún de poder ser apreciado estadísticamente.

Un dilema que lleva irremediablemente a la obligación de precisar que MAP financiar y en qué condiciones, sin que se potencie la frágil sustentabilidad económica de los sistemas de salud de nuestra región.

En tanto el mercado de MAP siga ampliando libremente los precios como resultado de regulaciones ineficaces o inexistentes, y paralelamente los gobiernos continúen expandiendo la cobertura de ofertas terapéuticas innovadoras, los mercados emergentes con gran población -como los de América Latina- serán cada vez más atractivos para la industria farmacéutica internacional.

Aun sabiendo que el abanico de altos precios no guarda mínima relación con el nivel de ingresos y el gasto en salud per cápita posible de tales países. Porque siempre habrá un financiador encorsetado por los conflictos de interés, la asimetría de información, la incertidumbre sobre la efectividad y el peso del principio del azar moral mezclado con el derecho a la salud.

Si no se regulan estas fallas de mercado, y se avanza hacia políticas de compras conjuntas consolidadas y concertadas, se instrumentan protocolos y guías de práctica clínica, mejoran los niveles de evidencia a partir de procesos de evaluación de tecnologías sin conflictos de interés y se dispone de un Observatorio de Precios internacionales de MAP estableciendo comparabilidad según tamaño del mercado e ingreso nacional, no habrá posibilidad de generar circunstancias asequibles que permitan enfrentar el impacto innovador y no se llegue a una virtual quiebra del sistema de salud. Solo hay un límite. Decisión y tiempo. ■

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

Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

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

Seguinos en:

✉ @RevistaMedicos 📷 @revista_medicos

in Revista Médicos f Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar



INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN: DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA BARRIOS VULNERADOS

Por Daiana Soma, Hilario Bielsa y Néstor Vázquez

La comprensión profunda de la salud de una comunidad constituye un imperativo ineludible en la búsqueda de mejorar las condiciones de vida de sus integrantes. En ese sentido, la toma de decisiones en salud pública requiere necesariamente de instrumentos adecuados para medir y comprender la realidad sanitaria de la población que se procura abordar. La producción de información válida, contextualizada y socialmente significativa constituye una condición necesaria para intervenir con equidad y eficiencia. Por lo tanto, el diseño de herramientas específicas de medición -capaces de captar fenómenos complejos y territorialmente situados- se vuelve un inexorable, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad.

Desde esta perspectiva, la importancia de los ASIS (Análisis de Situación de Salud) ha sido ampliamente reconocida en el ámbito regional. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos análisis constituyen un proceso analítico-sintético orientado a caracterizar, medir y esclarecer el perfil de salud-enfermedad de una población específica, incluyendo tanto sus problemas sanitarios como los determinantes sociales que los configuran, sean éstos competencia directa del sistema de salud o responsabilidad de otros sectores (OPS, 1999). Además, los ASIS representan la primera de las once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) definidas en la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, y son considerados instrumentos fundamentales para la gestión, la planificación y la evaluación de políticas públicas sanitarias (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014). Su metodología se basa en el estudio del estado actual de los procesos de salud en territorios definidos geográfica y políticamente, con atención especial a las desigualdades estructurales que afectan diferencialmente a grupos sociales según características como edad, sexo, clase, ocupación o procedencia.

Sin embargo, una de las principales limitaciones que enfrentan los procesos de planificación y toma de decisiones en salud pública radica en la escasa disponibilidad de información confiable y desagregada sobre la situación social y sanitaria de la población que habita en contextos de alta vulnerabilidad, particularmente en los denominados barrios tipo villa (Ministerio de Hacienda y Finanzas de CABA, 2023). Estos territorios -frecuentemente excluidos de los sistemas formales de registro y limitados en los operativos estadísticos nacionales- quedan invisibilizados en las fuentes oficiales de datos, lo que impide caracterizar con precisión sus necesidades, problemáticas y determinantes específicos. Esta carencia estructural de información no solo obstaculiza la formulación de políticas públicas pertinentes, sino que reproduce la inequidad al dejar sin diagnóstico a comunidades históricamente postergadas, cuyos perfiles epidemiológicos y condiciones de vida tienden a diferir sustancialmente del promedio urbano. Frente a este vacío, se torna esencial el desarrollo de instrumentos específicos que permitan generar evidencia situada, capaz de alimentar procesos de gestión sanitaria.

Frente a este desafío, se desarrolló un instrumento de relevamiento denominado censo socio-sanitario, diseñado específicamente para caracterizar las condiciones sociales y sanitarias de entornos urbanos carenciados. Su objetivo principal radicó en

ofrecer un insumo fiable para la elaboración de Análisis de Situación de Salud (ASIS) específicos de barrios tipo villa, reconociendo que los dispositivos tradicionales de información sanitaria no suelen captar con precisión la realidad de estos territorios excluidos. El censo adoptó una estructura dual compuesta por dos bloques: el *Bloque Hogar*, centrado en los factores habitacionales y de autonomía -tomando como referencia el Censo Nacional 2022 y la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018-, y el *Bloque Individual*, organizado en seis módulos temáticos (factores demográficos, educativos y laborales, acceso a la salud, salud sexual, factores de riesgo y salud mental), elaborados a partir de fuentes oficiales nacionales y provinciales.

De acuerdo con la información proporcionada por el Relevamiento Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP), se identifican 4.416 barrios populares en Argentina, albergando aproximadamente a 932.000 familias y una población total de alrededor de 5 millones de personas (Ministerio de Desarrollo Social, 2019). Asimismo, y de forma más específica, se estima que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existen 19 de los denominados Barrios Populares Informales (BaPIs) tipo villa (Ministerio de Hacienda y Finanzas de CABA, 2023). Desde este marco, se aplicó el censo sociosanitario en el Barrio Saldías, una comunidad históricamente marginada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El barrio, localizado junto a las vías del Ferrocarril General Belgrano, surgió como zona de residencia informal vinculada al trabajo ferroviario. Su historia está atravesada por procesos de urbanización precaria, hacinamiento, migración interna y ausencia de infraestructura. Desde sus orígenes en el primer tercio del siglo XX -cuando se inauguró la Parada Kilómetro 3 y se trazaron los primeros planos para las viviendas del personal ferroviario- hasta su consolidación como parte de la Villa 31, Saldías ha permanecido al margen de las políticas urbanas y sanitarias estructurales (Ministerio de Cultura



de la Nación, 2021). Su elección como territorio piloto para el ensayo del instrumento respondió a criterios tanto logísticos como estratégicos: se trata de un barrio carenciado de fácil acceso, con una población acotada de aproximadamente 400 personas, lo que facilitó la implementación censal completa sin necesidad de muestreo; además, el trabajo en territorio pudo apoyarse en una interlocución clara y sostenida con una referente comunitaria cercana al barrio, lo que garantizó legitimidad, colaboración y pertinencia cultural durante todo el proceso.

La aplicación del instrumento permitió relevar datos precisos sobre infraestructura habitacional, acceso a servicios básicos, cobertura de salud, enfermedades crónicas, salud mental y prácticas preventivas, entre otras dimensiones. A partir de la información obtenida se elaboró un Análisis de Situación de Salud (ASIS) del barrio, integrando tanto la descripción cuantitativa como la interpretación cualitativa del contexto. El operativo reunió a más de 40 personas distribuidas en cinco cuadrillas a lo largo de tres jornadas intensivas, con la participación voluntaria de integrantes del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, la Asociación Civil Salud en Red y la Fundación Poliedro. Se censaron 92 hogares, que declararon albergar a 344 habitantes. De ellos, 236 accedieron a responder el bloque individual del censo, lo que representa una tasa de respuesta del 68,8% entre los residentes de los hogares censados. Se estima que nueve hogares no fueron relevados y, considerando el promedio de habitantes por hogar, se infiere que la población total del Barrio Saldías asciende a aproximadamente 378 personas, de las cua-

Ref.	Variable	Saldías	CABA	Argentina
5.1.1	Mediana de edad	32	39	32
5.1.1	Índice de dependencia potencial de padres	4,1	28,0	-
5.1.1	Índice de vejez	24,1	117	-
5.1.2	Hacinamiento crítico	6,5%	-	3,7%
5.1.2	Red pública (doaca)	0,0%	98,5%	57,4%
5.1.2	Red pública (agua)	85,9%	97,7%	84,0%
5.1.3	Asistencia a establecimiento educativo	100,0%	99,0%	98,9%
5.1.5	Población que trabaja	70,9%	62,9%	58,1%
5.1.5	Población que trabaja en relación de dependencia	46,5%	57,0%	52,1%
5.2.2	Población con cobertura pública exclusiva	39,0%	16,3%	35,8%
5.1.4	Población con plan o programa social	21,2%	-	29,5%
5.3.2.1	Realización de Papanicolau	74,4%	88,7%	70,3%
5.3.2.2	Realización de mamografía	82,8%	84,4%	66,0%
5.3.2.3	Realización de rastreo de cáncer de colon	46,7%	51,3%	31,6%
5.4.1	Prevalencia tabaquismo	23,0%	17,5%	22,2%
5.4.2	Prevalencia de diabetes por autoreporte	25,3%	8,8%	12,7%
5.4.3	Prevalencia de hipertensión arterial por autoreporte	36,2%	26,6%	34,7%
5.4.3	Prevalencia de hipertensión por medición física	37,8%	-	40,5%

*El color utilizado en la columna Saldías hace referencia a la relación de la variable a nivel local con las otras jurisdicciones (verde: resultado favorable; amarillo: resultado intermedio; rojo: resultado desfavorable).



**OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN**

**50 años de trayectoria y compromiso,
brindando salud de calidad**

www.osim.com.ar

Superintendencia de Servicios de Salud / Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga
0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar / R.N.O.S. 40120/9 - R.N.E.M.P. 611716

les el 62,4% fue efectivamente censada, lo que permitió alcanzar una extensa cobertura de la población residente al momento del relevamiento.

La estructura organizativa del relevamiento contempló una coordinación general, cinco coordinadores de cuadrilla, al menos dos censistas por cada una de ellas, y una referente territorial del barrio, cuya participación resultó indispensable para garantizar la articulación con la comunidad, facilitar el acceso a los hogares y fomentar la confianza vecinal. El coordinador general tuvo a su cargo la supervisión integral del operativo, asegurando la planificación adecuada, el vínculo con los distintos niveles del equipo y la resolución de contingencias en campo. Por su parte, los coordinadores de cuadrilla fueron responsables de planificar el recorrido, organizar a los censistas, supervisar la calidad de los datos recabados y reportar el avance al nivel central. Los censistas, finalmente, realizaron las entrevistas y mediciones domiciliarias asignadas a su cuadrilla. La distribución territorial de las viviendas se organizó equitativamente entre las cinco cuadrillas, y todo el personal fue debidamente identificado con credenciales oficiales. Esta estructura operativa permitió cubrir la totalidad del barrio de forma ordenada, eficiente y con fuerte presencia comunitaria.

Resultados

A pesar de que Saldías es catalogado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como un barrio tipo villa, los datos obtenidos a partir del censo socio-sanitario muestran una realidad heterogénea. Mientras que en algunos aspectos refleja las condiciones de un barrio vulnerable, en otras alcanza, e incluso supera, los indicadores jurisdiccionales y nacionales tomados como referencia.

Los resultados del relevamiento evidencian que el Barrio Saldías presenta condiciones estructurales de alta vulnerabilidad, especialmente en lo que refiere a habitabilidad y acceso a servicios básicos. La carencia total de desagües cloacales, el acceso limitado a agua de red y gas natural, junto con niveles elevados de hacinamiento crítico, configuran un escenario de profunda inequidad en materia de infraestructura urbana y sanitaria. Desde el punto de vista educativo, el barrio exhibe indicadores positivos en la infancia y adolescencia, con alta asistencia escolar y baja deserción, superando incluso los promedios de CABA y del país. En la adultez, la población muestra una mayor terminalidad del nivel secundario que la media nacional, con una particular inversión en la brecha de género: las mujeres alcanzan mayores niveles educativos que los varones, a contramano de la tendencia predominante. En el plano laboral y económico, Saldías presenta una alta tasa de ocupación, con fuerte participación de mujeres y adultos mayores, lo que sugiere presiones económicas que condicionan la permanencia laboral más allá de la edad jubilatoria. La estructura ocupacional muestra predominancia del trabajo informal y cuentapropista, con alta incidencia del servicio doméstico y baja proporción de empleo formal, reflejando un mercado laboral precario. En cuanto a acceso a salud, se observa una mayor dependencia del sistema público, aunque más del 60% de la población cuenta con algún tipo de cobertura formal (obra social o prepaga). La frecuencia de consultas médicas es alta, especialmente para controles preventivos, lo que revela una actitud activa hacia el cuidado de la salud. A pesar de la cercanía de dos CESACs, los residentes tienden a consultar fuera del barrio, lo que indica barreras de accesibilidad local o preferencia por servicios de mayor complejidad. Respecto a la salud mental, la demanda es menor que la médica general, pero presenta barreras significativas: la atención psicológica es más limitada que la psiquiátrica, y las mujeres son quienes más acceden a estos servicios. En salud sexual y reproductiva, se destaca un uso diferenciado de métodos

anticonceptivos según edad y nivel educativo, con escasa utilización del DIU. En detección de enfermedades oncológicas, el PAP y la mamografía presentan niveles de cobertura elevados, similares a los de CABA, mientras que el rastreo de cáncer colorrectal aún es mejorable. En términos de morbilidad, la población presenta una alta prevalencia autorreportada de diabetes e hipertensión, aunque las mediciones en campo mostraron valores algo mejores que los registros clínicos promedio, lo que sugiere potenciales brechas en el diagnóstico, control o adherencia terapéutica. El consumo de tabaco es alto, especialmente en adultos mayores. Además, cada diez hogares cuentan con al menos una persona con discapacidad, lo que implica un impacto significativo en las dinámicas familiares y en la necesidad de servicios adaptados. Finalmente, el consumo problemático de sustancias aparece como una preocupación comunitaria reconocida, con foco en adolescentes y jóvenes, aunque persiste una subestimación del problema a nivel doméstico, posiblemente asociada a estigmas y mecanismos de negación.

En síntesis, Saldías combina condiciones materiales deficitarias que refuerzan su perfil estructural de barrio vulnerable, aunque con ciertos indicadores sociales y sanitarios más robustos de lo esperado para barrios con características similares. Esta combinación evidencia la heterogeneidad interna de los sectores populares urbanos y reafirma la necesidad de que las políticas públicas aborden, de forma simultánea, la reducción de las desigualdades estructurales y la consolidación de mecanismos efectivos de acceso a derechos. En este sentido, se vuelve fundamental sofisticar los métodos de relevamiento y análisis, con el fin de capturar adecuadamente las múltiples dimensiones que configuran la realidad social y sanitaria de estos territorios. ■

Bibliografía:

1. Ministerio de Cultura de la Nación (2021). Proyecto Barrio Saldías. Buenos Aires: Museo Roca, Consultado el 24 de febrero de 2024.
2. Ministerio de Hacienda y Finanzas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2023). Barrios Populares Informales (BaPis) tipo villa de la Ciudad de Buenos Aires. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2023/03/ir_2023_BaPis.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014). Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud (1999). Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999, 1-3.

Autores de la publicación original: Aldana Frola, Ariadna De Meo, Ariadna Fuentealba, Aylen Gonzalez, Bruno Filippelli, Camila Aleman, Camila Dresney, Camila Romero, Candela Sienkiewicz, Celina Goyeneche, Chiara Borini, Daiana Soma, Edgardo Knopoff, Elizabeth Fernández, Federico Altamiranda, Gian Luca Scola, Gino Ignacio Aravena Rojas, Hilario Bielsa, Ignacio Narganes, Ingrid May, Joaquín Lanuza, Josefina del Río, Juan Bakof, Julieta Arilla, Leila Cañete, Leonardo Gomez, Lionel Gaggino, Lorena Cruz, Lucas Goldin, Lucrecia Eva Sagodan, Macarena Mendoza, Magdalena Puccio, Manuel Requejo, Néstor Vázquez, Rita Bulla, Silvia Matilde Báez Rocha, Sofia Balcker, Sofia Badi, Sofia Ledesma, Sofia Monteverdi, Tamara Garcia, Vagner Schiehl Denzer, Yesica Nelida Calvet.

Publicación original: Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA, Asociación Civil Salud en Red y Fundación Poliedro (2024). El derecho a la salud en el Barrio Saldías - Censo socio-sanitario y Análisis de Situación en Salud (ASIS) - 2024. <http://fundacionpoliedro.com/wp-content/uploads/2025/06/El-derecho-a-la-salud-en-el-Barrio-Saldias-Censo-socio-sanitario-y-ASIS-2024-Fundacion-Poliedro.pdf>

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente

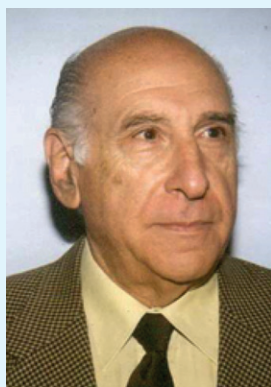


Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

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

LA POBREZA



"El más grande de los males y el peor crimen es la pobreza". **George Bernard Shaw**

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

En general se reconoce que la pobreza se identifica con la idea de privación o de carencia. Sin embargo, no hay acuerdo cuando se pretende precisar los elementos que permitan identificar la situación de pobreza. En orden a ello, si bien en la práctica se reconoce que la pobreza tiene un carácter multidimensional, existen ciertas dificultades en determinar la línea de pobreza. No obstante, suele clasificarse en absoluta, relativa e indigencia.

La pobreza absoluta se refiere a la falta de acceso a las necesidades básicas para vivir. La relativa consiste en las desventajas económicas y sociales en comparación con otros en un mismo entorno. La indigencia se instala ante la falta absoluta de acceso a la canasta de alimentos.

Conceptualizar el fenómeno de la pobreza es un paso necesario para plantear políticas públicas útiles para enfrentar a la pobreza. Reconocer el carácter multidimensional de la pobreza implica admitir que la dualidad privación/posesión se refiere a un sistema relacionado de componentes o elementos.

Por lo tanto, existen jerarquías y variaciones en el grado en que se tiene o no de cada uno de los elementos que componen la definición del problema. Comprender las dimensiones involucradas en el fenómeno social de la pobreza implica entenderla como un estado de situación.

La pobreza está vinculada con los procesos de distribución de los recursos que define una situación de vida, la que puede evaluarse como un grado de bienestar, que en un extremo sitúa a la pobreza y en el otro, la opulencia.

La importancia conceptual del problema permite evaluar las estrategias de políticas públicas sobre el fenómeno de la pobreza. La idea central de la "economía del bienestar" es que las personas controlan recursos con utilidad económica y en base a ellos toman decisiones dentro de alternativas de preferencia.

Para la economía del bienestar la carencia absoluta sólo se establece en discapacitados, niños o jubilados. En general no existe la carencia absoluta en tanto las personas tengan capacidad para trabajar. Estas ideas favorecen a los que sostienen que la pobreza tiene que ver con las personas y su mayor o menor predisposición al trabajo.

Para esta teoría la pobreza es fundamentalmente un problema de utilización de los recursos disponibles en una comunidad, la que puede mejorar su bienestar si es capaz de producir más bienes y servicios. En consecuencia, la pobreza es un problema de insuficiencia productiva de las personas pobres que podría resolverse aumentando sus capacidades productivas.

Las críticas a esta posición se establecen en primer lugar porque las personas carecen de información perfecta para definir sus deseos y la forma de alcanzarlos. En segundo lugar, la economía del bienestar se enfrenta con las críticas al funcionamiento del libre mercado y, en tercer lugar, es difícil la comparación interpersonal entre los niveles de satisfacción de los deseos.

El problema de esta posición es la existencia de distintas valoraciones de las necesidades y sus satisfactores. Es así, por ejemplo, que la provisión de agua potable es la felicidad de una persona que vive en el desierto y es insignificante para otra que vive en una ciudad.

La idea central de la perspectiva de las necesidades básicas es que existen jerarquías que definen el bienestar razón por la que se clasifican entre aquellas que son básicas y que definen la situación de pobreza, de aquellas que no lo son.

Las necesidades requieren ser definidas dentro del conjunto mayor de las necesidades básicas. Varias son las posiciones sobre el tema. Kamenetzky identifica cuatro grupos: 1) biológico; 2) biosociológico; 3) psicológicos; 4) socio cultural. En una misma línea de razonamiento Elizalde y Hopenhaym clasifican las necesidades en existenciales y axiológicas.

Doyal y Gough desarrollan una teoría de las necesidades humanas a favor de la existencia de necesidades universales. Por lo tanto, la salud física como la autonomía individual son necesidades básicas y universales, pero la forma en que son satisfechas varía según las culturas. Amartya Sen atendiendo al carácter multidimensional del estado de bienestar o de pobreza, conviene tener en cuenta los conceptos de "estándar de vida" "bienestar" y "calidad de vida".

El estándar de vida se refiere a los aspectos del bienestar que están determinados por la propia forma de vida de una persona, más que por intereses personales. Asimismo, el bienestar puede ser influenciado por la vida de otras personas. En conclusión, la propia calidad de vida no sólo depende de los bienes personales, sino que también tiene que ver con el hacer, que lo vincula a un contenido social.

Por lo tanto, los bienes y servicios no son importantes lo que importa son sus cualidades y las capacidades que proveen. Estas capacidades son las efectivas con las que goza una persona para elegir su modo de vida. Un aspecto relevante es el análisis de la familia en tanto que una persona es pobre si es un miembro de un hogar en situación de pobreza.

Al hablar de pobreza hay que especificar la perspectiva utilizada para su definición y medición con el propósito de evitar defectos en el diseño de la estrategia política. La idea de la pobreza no puede definirse a sí misma, sino que adquiere identidad con referencia a otro grupo, lo que sugiere que la causa de la pobreza es la desigualdad. Sin embargo, pobreza y desigualdad son dos cuestiones distintas, si bien están vinculadas, toda vez, que reducir la pobreza no significa reducir la desigualdad.

Una política que se ocupe del problema de la pobreza tendrá que atender los siguientes elementos: 1) La pobreza se vincula con carencias objetivas y no con las características personales; 2) Las carencias objetivas pueden identificarse; 3) La relación social define el funcionamiento de algunos como pobres y otros como no pobres; 4) La pobreza se vincula con la carencia de elementos básicos; 5) Los daños producidos por la situación de pobreza son irreparables; 6) El conflicto se instala entre los pobres y los que están en situación de opulencia; 7) La autonomía es un elemento básico en el funcionamiento de las personas en la sociedad; 8) La pobreza no es homogénea entre los miembros de un hogar, razón por la que no es correcto usar el análisis de la unidad familiar; 9) Las políticas asistenciales no son efectivas para generar condiciones para el desarrollo de la condición humana; 10) La necesidad de que las personas lleguen a una situación de pobreza que le da derecho a una asistencia, afecta el desarrollo de la condición humana.

En síntesis, se deberían diseñar políticas que se ocupen de garantizar el acceso a los elementos básicos definidos como universales de la persona y no de la familia, que generen un proceso de distribución progresivo de recursos en su sentido más amplio. ■

Bibliografía:

El concepto de pobreza y las políticas públicas. Rubén M. Lo Vuolo y Corina Rodríguez Enriquez. Cuadernos Médico Sociales. CESS- ISSN-0326- 3525.

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



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.



acudir
emergencias médicas

Continuamos
ampliando
la estructura.

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

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



www.acudiremergencias.com.ar

acudir
emergencias médicas
La calidad es nuestra actitud.