

Medicina Global **Médicos**

La revista de salud y calidad de vida

28
ANIVERSARIO



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

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



SanCorSalud

Grupo de Medicina Privada

La buena salud es todo

Conocé más





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

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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

Para ir agendando

MIÉRCOLES 19 DE AGOSTO

HOTEL SHERATON PILAR

Panamericana, km. 49,5, Pilar, Buenos Aires



**VIII
CONGRESO
DE SALUD**
ADECRA+CEDIM 2026

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

8.30 hs

Acreditación

9 a 13 hs

JORNADA TÉCNICA

14.15 a 18 hs

JORNADA POLÍTICA EMPRESARIAL



SHERATON
Pilar Hotel & Convention Center

Sheraton Pilar Hotel ofrece una tarifa preferencial
para quienes asistan al Congreso Adecra+Cedim.

Al realizar tu reserva, solo tenés que mencionar
que participás del Congreso Adecra + Cedim.

Reservas: reservas@pilar.sheraton.com.ar



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

OSPe
Cuidar es estar

30
AÑOS

ospesalud.com.ar

Inscripciones
agosto 2026 /
marzo 2027

EDUCACIÓN PARA
LA ERA DEL
CONOCIMIENTO

Instituto Universitario IUDPT



Oferta Académica:

- **Analista Universitario en Ciencias de Datos e Inteligencia Artificial** (Presencial o 100% virtual)
- **Tecnicatura Universitaria en Bionegocios** (Presencial o 100% virtual)
- **Licenciatura en Bioinformática** (Presencial o 100% virtual)
- **Licenciatura en Biotecnología** (Presencial)
- **Bioingeniería** (Presencial)
- **Especialización en Bioinformática** (Virtual)
- **Maestría en Bioeconomía** (Virtual)
- **Maestría en Microbiología Ambiental** (Virtual)



Cursos y Diplomaturas:

- **Diplomatura en Enfermería Gerontológica**
- **Diplomatura en Dirección y Gestión de Residencias de Larga Estadía y Centros de día**
- **Diplomatura en Biología Molecular**
- **Diplomatura en Atención Primaria de la Salud**
- **Diplomatura de Enfermería en Cuidados Paliativos Domiciliarios**
- **Diplomatura en Gestión de Instituciones de Salud Ambulatoria**



Más información e inscripción:



informes@iudpt.edu.ar



11-4144-4027



www.iudpt.edu.ar



Sánchez de Loria 2364, Parque Patricios. Distrito Tecnológico . Comuna 4- C.A.B.A



En el momento de la verdad.

The logo for OSDE (Organismo de Regulación y Supervisión de la Entidad Privada) 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 at the bottom.

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

Revista bimestral

EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -

C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4682-0534

Web Site:
www.revistamedicos.com.ar
E-Mail:
gerencia@revistamedicos.com.ar
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com
Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

estebanportela@outlook.com.ar

Andrea Joseph (redacción)

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

ACTUALIDAD
ACUDIR EMERGENCIAS MÉDICAS FUE DISTINGUIDA COMO UNA DE LAS MEJORES EMPRESAS DE ARGENTINA 2025
10
OPINIÓN
EL PRECIO DE LA CONSULTA: LO QUE NADIE QUIERE CALCULAR
 Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario

12
DEBATE
TENDENCIAS ALARMANTES - CONSENSOS NECESARIOS
 Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Director Académico IPEGSA

14
COLUMNA
INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN HOSPITALES PÚBLICOS - LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CENTRAL RAMÓN CARRILLO DE SAN LUIS
 Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Director General del Hospital Dr. Ramón Carrillo de San Luis

16
OPINIÓN
DETERMINANTES "MACROECONÓMICOS" EN LA GESTIÓN DE SALUD
 Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista. Doctor en Ciencias de la Salud. Director del Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló

18
ENTREVISTA
OSPé 30 AÑOS: EVOLUCIÓN, IDENTIDAD Y LIDERAZGO EN SALUD
20
COLUMNA
CONTROL PÚBLICO VERSUS CORPORATIVO EN LOS SISTEMAS DE SALUD: EL PROBLEMA ESTRUCTURAL DE LA REGULACIÓN

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

22
VOCES
LA ADVERTENCIA DEL EPISCOPADO ARGENTINO Y EL INFORME DE LA CGT COMO DISPARADORES DEL MOMENTO QUE ATRAVIESA EL SECTOR SALUD
 Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados

24
COLUMNA
BALANCE ANUAL SOBRE PRÁCTICAS EN CENTROS CON INTERNACIÓN

Por el Dr. Jorge Cherro - Presidente de ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina)

26
OPINIÓN
FACTURAR NO ES COBRAR: ¿CÓMO TRANSFORMAR EL CONFLICTO ENTRE HOSPITALES PÚBLICOS Y FINANCIADORES EN ACUERDOS SUSTENTABLES?

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

28
COLUMNA
EL TRISTE CAMINO DE LA DECADENCIA ARGENTINA

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

30
COLUMNA
INOVACIÓN, GOBERNANZA Y CONTROL EN SALUD

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

32
OPINIÓN
¿QUÉ COMPRENDEMOS POR SALUD?

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

34
DEBATE
EL SECTOR SALUD EN TERAPIA INTENSIVA

Por el Dr. Héctor Pezzella - Profesor Universitario USAL. Cirujano Especialista en Salud Pública y Consultor en Gestión y Administración Sanitaria

36
DEBATE
¿POR QUÉ LOS PACIENTES PIERDEN LA PACIENCIA?

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

38
OPINIÓN
EL DESARME DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA
FRAGMENTACIÓN, JUDICIALIZACIÓN Y CRISIS EN EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD
 Por el Dr. Maximiliano Germán Ferreira - Especialista en derecho sanitario y financiamiento del sistema de salud

40
COLUMNA
SALUD DIGITAL, IDENTIDAD, CIBERSEGURIDAD Y RESPONSABILIDAD: HACIA UN MODELO JURÍDICO DE GARANTÍAS INTEGRADAS

Por el Dr. Mauro Brangold - Médico. Especialista Universitario en salud pública. Magister en Administración y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Jefe Unidad Hospital Juan A Fernández

42
VOCES
EL MODELO DE LAS CUATRO COLUMNAS: UNA MIRADA DESDE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

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

44

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

Medifé

Cirugía Robótica Calidad Humana



**SANATORIO
FINOCHIETTO**

Líder en **tecnología médica** en el país.

IMÁGENES RETOCADAS DIGITALMENTE. LAS IMÁGENES NO REPRESENTAN CIRUGÍAS REALES.

ACUDIR EMERGENCIAS MÉDICAS FUE DISTINGUIDA COMO UNA DE LAS MEJORES EMPRESAS DE ARGENTINA 2025

Este reconocimiento, impulsado por Deloitte, Banco Comafi, UCEMA y Cadena 3, distingue a las empresas privadas más destacadas del país. Son 23 las compañías argentinas que obtuvieron el distintivo MEdA 2025, por demostrar la excelencia en su gestión y resultados, su desarrollo de talentos y la capacidad de generar valor de manera sostenida.



Gabriel López Ribada y Pablo Rossetto, Presidente y Gerente General de Acudir -respectivamente-, recibieron la insignia distintiva MEdA 2025 en la ceremonia que se llevó a cabo recientemente, de la que participaron también los directivos de las demás compañías reconocidas.

“Para nosotros ser una mejor empresa es, ante todo, la confirmación de haber recorrido el camino correcto. En todos estos años trabajamos con el objetivo claro de brindar un servicio confiable, profesional, cercano y de calidad. Entendemos este logro como un reconocimiento compartido entre el trabajo de nuestros equipos y el respaldo que nos brindan nuestros clientes cada día”, afirma el Presidente de Acudir Emergencias Médicas.

La cuarta edición de MEdA contó con el registro de 106 empresas del país; de ellas, 57 avanzaron a la fase de documentación y

35 fueron evaluadas por un Comité Técnico multidisciplinario, que analizó y ponderó su nivel de madurez, tomando como metodología el Mapa de Valor de Deloitte y sus 5 impulsores: Crecimiento en ventas, Margen operativo, Eficiencia en la administración de activos, Manejo de fortalezas y factores externos, así como Talento y sostenibilidad.

Esta iniciativa, que forma parte del programa Global de Deloitte, Best Managed Companies, reconoce la excelencia operativa de compañías medianas y privadas en 45 países del mundo.

La obtención del distintivo MEdA 2025, refuerza el compromiso de Acudir por fomentar una cultura de mejora continua, excelencia y responsabilidad social, así como el reconocimiento de sus buenos resultados y la calidad en sus prácticas operativas, por parte de importantes instituciones en el país. ■



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

EL PRECIO DE LA CONSULTA: LO QUE NADIE QUIERE CALCULAR



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

Hay preguntas que el sistema de salud argentino prefiere no hacerse. Una de ellas es incómoda, concreta y urgente: ¿cuánto debería costar una consulta médica si se calculara con criterios reales de costo?

No es una pregunta retórica. Es la pregunta que está detrás de cada conflicto entre médicos y financiadores, de cada paciente que se sorprende por un coseguro que no esperaba y, seguramente, detrás de cada vez que un estudiante debe decidir que carrera estudiar o la especialidad. Sin embargo, el sistema lleva décadas evitando responderla con seriedad.

El arancel como ficción

El valor de la consulta médica en Argentina no surge de un cálculo de costos. Surge de una negociación entre financiadores y prestadores, donde los segundos históricamente han tenido menos poder. El resultado es un arancel que no refleja el costo real de producir el servicio sino el precio que el pagador está dispuesto a abonar, que no es lo mismo.

El Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires propuso, en diciembre de 2025, un arancel mínimo orientativo de \$40.000 por consulta, sobre la base de una hora médica de \$120.000. Ese valor es una referencia ética, no una obligación jurídica, y está muy por encima de lo que la mayoría de las obras sociales efectivamente paga por una consulta ambulatoria de clínica médica o pediatría, que en muchos casos no supera los \$10.000 a \$15.000.

La brecha entre el arancel ético y el arancel real ya no se mide en porcentajes: se mide en múltiplos. Esa brecha no es un accidente del mercado, sino que es el resultado de décadas de política tarifaria que trató al honorario médico como una variable de ajuste del financiamiento en salud.

Un economista de la salud que intente estimar el costo real de una consulta médica se encuentra con varios componentes que los aranceles vigentes directamente ignoran.

El primero es el capital humano invertido. Un médico especialista en Argentina invierte, en promedio, entre doce y catorce años de formación entre grado, residencia y especialización. Parte de esa formación es subsidiada por el Estado, pero otra parte -años de vida, costo de oportunidad, dedicación exclusiva- es asumida enteramente por el profesional. Ningún arancel médico incorpora algún mecanismo de reconocimiento de ese capital formativo.

El segundo componente es el costo de infraestructura y tiempo. Una consulta de veinte minutos no es solo veinte minutos de atención: incluye tiempo de registro, elaboración de historia clínica,

revisión de estudios previos, indicaciones y eventualmente comunicación con otros niveles de atención. Cuando se mide el tiempo real que demanda una consulta bien hecha, el denominador se achica considerablemente.

El tercero, y quizás el más invisibilizado, es el costo de la actualización profesional. La medicina no es estática. Mantenerse actualizado tiene un precio: congresos, bibliografía, cursos de especialización, certificaciones. Ese costo es absorbido casi en su totalidad por el médico.

El cuarto elemento es la inflación médica, que en Argentina supera sistemáticamente a la inflación general. Los insumos médicos, el equipamiento, los alquileres de consultorios, los seguros de mala praxis, tienen una dinámica de precios que los aranceles no siguen.

Los efectos sobre el sistema

El resultado de esta brecha sostenida en el tiempo no es abstracto. Tiene consecuencias prácticas que cualquier gestor hospitalario o asistencial puede observar directamente.

La primera es el pluriempleo. El médico que cobra un arancel insuficiente por consulta necesita multiplicar sus fuentes de ingreso: hospital público más guardia más consultorio privado más obra social. El resultado es un profesional agotado, con tiempo de atención reducido por paciente y mayor propensión al error.

La segunda consecuencia es la fuga de talento. Argentina forma médicos de alta calidad y los exporta a sistemas que les reconocen adecuadamente su trabajo. El problema ya no es solo cuantitativo -falta de médicos en áreas rurales o especialidades críticas- sino cualitativo: mucho de nuestros mejores profesionales son los que primero se van.

La tercera consecuencia, menos visible pero igualmente grave, es la concentración geográfica de la oferta. Cuando el arancel no cubre los costos, el médico racional migra hacia donde puede compensar el déficit: zonas urbanas de mayor densidad poblacional o mayor capacidad de cobro directo. El resultado es una distribución de recursos humanos en salud que no responde a las necesidades epidemiológicas de la población sino a la lógica económica de supervivencia profesional. Las áreas con mayor necesidad sanitaria son, paradójicamente, las que menos médicos atraen.

La cuarta es el deterioro de la relación médico-paciente. El bono extrasistema, la consulta abreviada, la indicación defensiva, son síntomas del mismo problema: un profesional que percibe que el sistema no valora su trabajo tiende a racionalizar su inversión en cada encuentro clínico.

¿Quién debería calcular y quién no quiere?

La ausencia de un cálculo transparente no es inocente. A los financiadores, les conviene que el arancel sea el resultado de una negociación opaca antes que de un costeo explícito. A los prestadores, el arancel le es más fácil usar como variable de ajuste. Y al Estado, históricamente, le ha resultado más fácil mirar para otro lado que intervenir en un mercado donde regula parcialmente, pero arbitra mal.

Lo que Argentina necesita no es un arancel más alto por decreto. Necesita una metodología de costeo de la consulta médica que sea técnicamente rigurosa, políticamente legítima y actualizable en el tiempo. Necesita, en definitiva, que la pregunta que nadie quiere hacerse se convierta en política pública.

Porque mientras el precio de la consulta médica siga siendo lo que el financiador decide pagar en lugar de lo que el servicio cuesta producir, el problema no desaparece: simplemente se traslada, en distintas proporciones, al médico que la brinda, al paciente que la recibe y al sistema que ambos sostienen. ■

(*) Profesor universitario



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

CONOCE MÁS SOBRE NOSOTROS EN
WWW.OSPAT.COM.AR

TENDENCIAS ALARMANTES CONSENSOS NECESARIOS



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Evaluar el estado sanitario de un país exige series temporales, comparación regional y desagregación territorial. Argentina, exhibe una trayectoria que combina logros estructurales de largo plazo con estancamiento relativo frente a sus pares regionales y, más recientemente, señales inequívocas de reversión en indicadores trazadores críticos.

2024 trajo una clara señal de alarma epidemiológica. Tras alcanzar en 2023 el nivel más bajo de su historia, la TMI aumentó de 8,0 a 8,5 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal siguió la misma dirección, y la razón de mortalidad materna creció 1,2 puntos. Sólo 9 de las 24 jurisdicciones lograron sostener la tendencia descendente; en 15 se registró aumento, superando el 10 % en cuatro de ellas y el 20% en otras cuatro. La distribución federal del fenómeno descarta explicaciones localizadas.

Este quiebre ocurre en el primer año de una contracción presupuestaria sin precedentes, que se continúa y se profundiza: entre 2023 y 2025, el gasto del Ministerio de Salud cayó un 34%. Los recursos provinciales están sometidos a la reducción de las transferencias no automáticas (35%) mientras que el desfinanciamiento de la seguridad social es ya un drama evidente. En ese contexto, el anunciado cierre o reconversión del Programa Remediador implica una reducción drástica de cobertura en momentos en que el gasto de bolsillo ha incrementado su participación en el gasto total en salud hasta niveles nunca observados en nuestra historia. Los recortes en el PAMI y la anunciada continuidad del ajuste apuntan en el mismo sentido.

La causalidad unívoca entre recorte presupuestario y reversión de indicadores no puede establecerse con un año de datos, pero la convergencia temporal es difícil de ignorar: el quiebre afecta preferentemente la mortalidad neonatal -el componente más directamente ligado a la calidad de la atención perinatal y la disponibilidad de insumos-, tiene distribución federal y coincide con la interrupción de programas de efectividad documentada. Un segundo año de datos negativos convertiría la señal de alarma en tendencia consolidada.

La discusión sobre el sistema de salud argentino suele quedar atrapada en la lógica del ciclo político: se expande en períodos de crecimiento, se contrae en períodos de ajuste, y se reconstruye parcialmente en el siguiente. Pero el modelo comparado muestra evidencia clara sobre qué es lo que sí funciona: Uruguay o Chile, por citar dos modelos disímiles, no lograron sus mejores resultados por un mayor volumen de gasto, sino por una mayor estabilidad institucional, rectoría sanitaria coherente y una separación más nítida entre la racionalidad política de corto plazo y la planificación de largo término de la política sanitaria. Más allá de las obvias diferencias, en ambos casos existen consensos transversales -que trascienden alternancias de gobierno- sobre pisos mínimos de protección financiera, cobertura prestacional y gobernanza territorial.

Argentina tiene la escala, la capacidad técnica institucional y la historia sanitaria para alcanzar esos consensos. Lo que ha faltado, sistemáticamente, es la voluntad política por parte de autoridades, dirigentes y decisores sectoriales en torno a construirlos con vocación de permanencia. Tres dimensiones resultan prioritarias para cualquier acuerdo con pretensión de sustentabilidad.

1. Un piso presupuestario protegido para la salud pública

La evidencia econométrica disponible para América Latina relaciona claramente el incremento del gasto público en salud con una reducción proporcional en la tasa de mortalidad infantil, mientras que el gasto privado no muestra un efecto estadísticamente significativo sobre ese indicador. Esta asimetría fundamenta la necesidad de un mecanismo de protección presupuestaria que sustraiga los programas de salud materno-infantil, inmunizaciones y enfermedades prevalentes de los ciclos de ajuste fiscal. No se trata de dogmatismo presupuestario sino de racionalidad epidemiológica: ciertas inversiones tienen retornos diferidos que el horizonte anual del presupuesto no captura.

2. Una arquitectura de coordinación federal efectiva

La Argentina sanitaria no es un sistema homogéneo sino una yuxtaposición de sistemas con brechas de inequidad inaceptables. Cualquier acuerdo serio debe incluir un mecanismo de redistribución federal que garantice pisos prestacionales mínimos, con transferencias condicionadas a resultados y rectoría técnica nacional fortalecida. *La descentralización sin financiamiento es, en la práctica, un mecanismo de profundización de las inequidades existentes.*

3. Regulación de la protección financiera como política de Estado

Argentina se posicionaba hasta 2022 entre las tres naciones de América Latina con menor gasto de bolsillo en salud, por debajo del 30% del gasto total. Las tendencias de 2024 -desregulación tarifaria, desafilaciones, erosión de la cobertura del PMO y copagos instalados- amenazan ese posicionamiento. La protección financiera de los hogares frente a los gastos de salud no puede ser una variable de ajuste: es un componente esencial del sistema de salud y debe regularse como política de Estado, con independencia del signo político del gobierno de turno.

Luces y sombras de nuestro sistema de salud son ciertas. Pero el año 2024 puede estar mostrando una inflexión relevante que no admite ser descartada sólo como ruido estadístico ni justificada como daño colateral inevitable de un ajuste macroeconómico. La resolución estructural de los problemas del sistema de salud argentino -eficiencia, inequidad territorial, fragmentación, sostenibilidad del financiamiento solidario- excede el mandato de cualquier gobierno en particular. Requiere acuerdos que trasciendan alternancias electorales, que establezcan pisos irrenunciables de protección financiera y prestacional, y que reconozcan que -entre otros-, la salud materno-infantil es el estado de derecho sanitario en su expresión más elemental. Construir esos acuerdos es, en definitiva, la única respuesta técnicamente honesta y políticamente responsable a los datos que la epidemiología está poniendo sobre la mesa. ■

Referencias:

1. DEIS- Ministerio de Salud de la Nación, Anuario de Estadísticas Vitales 2024.
2. Ministerio de Economía de la Nación Argentina. Ejecución presupuestaria del Sector Público Nacional y transferencias a provincias. Buenos Aires: Secretaría de Hacienda; 2024-2026.
3. OPS/PAHO Perfiles de País (Argentina y Chile), 2025.
4. OMS Global Health Expenditure Database (GHED) 2025.
5. Ayala-Beas SR, Rodríguez Minaya YE. Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2023;47: e136. doi: 10.26633/RPSP.2023.136

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



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

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

PRUDENCIA
Seguros



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



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN HOSPITALES PÚBLICOS LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CENTRAL RAMÓN CARRILLO DE SAN LUIS



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Dentro de los múltiples objetivos propuestos para este año para nuestro Hospital Central Dr. Ramón Carrillo de San Luis, hay cinco que creemos nos marcarán un salto cualitativo de importancia. Ellos son (1) Acreditar ITAES (2) Habilitar trasplante hepático por INCUCAI y CUCAI San Luis (3) Crear el Centro de Trauma como referente de la Provincia (4) Introducir robótica quirúrgica y (5) Desarrollar Inteligencia Artificial. Estamos avanzando en todos esos objetivos.

Respecto al último de ellos hemos desarrollado Nodica, una herramienta que asiste al médico durante la consulta, generando automáticamente notas clínicas estructuradas a partir de la interacción con el paciente.

Nace como una necesidad ante tres problemas que verificábamos en la consulta. El primero tenía que ver con el tiempo que destinaba el profesional en la carga de datos a la historia clínica digital -HCD- del Tasy que es el sistema que utilizamos en el hospital. Observábamos que entre el 20 y el 40 % del tiempo de la consulta era destinado por el profesional a llenar la HCD y producía quejas de ellos por esta "carga" administrativa. En segundo lugar, los pacientes comentaban que el profesional miraba más la pantalla que a ellos y esto hacía que se perdiese cierta empatía en la relación médico-paciente. Y tercero la cantidad y calidad de los datos que escribía el profesional eran mínimos.

A partir de la implementación de Nodica esto cambió. Aumentaron considerablemente la cantidad y la calidad de la información escrita por el profesional en la historia clínica. De 22,8 palabras promedio por consulta que escribía el profesional se pasó a 243,5 con Nodica (un 968% más) y de 5,8 términos médicos que escribía el médico se pasó a 21 (un 264% más). Las menciones de medicamentos pasaron de 0,4 a 10,9 (un 2.620% más). El vocabulario médico único pasó de 20,2 a 139,3 en promedio (un 589% más). Las abreviaturas por 100 palabras bajaron de 18 a 0,01 (más legible) (un 99,9% menos) y la completitud estructural de todos los campos de la Historia Clínica paso del 13 % al 81,9 %.

Los tiempos dedicados al llenado de la historia clínica disminuyeron a unos escasos minutos. El profesional, una vez terminada la consulta solo lee la transcripción de Nodica y solo corrige si algo no quiere que figure o realiza alguna modificación y luego apretando Enter se carga a la historia clínica. Todos coinciden que mejora la relación médico - paciente al no estar pendiente del ordenador.

Extensión de Nodica hacia otras áreas

Lo que comenzó como una necesidad puntual para resolver problemas en las consultas ambulatorias se fue transformando en

un uso generalizado. Hoy en día Nodica no se limita a la atención ambulatoria. Su uso se ha extendido a múltiples áreas del hospital, incluyendo:

- Salas de internación clínicas y quirúrgicas.
- Urgencias y emergencias.
- Unidad de trasplante renal.
- Unidad coronaria.
- Unidad de terapia intensiva.

En estos ámbitos, la herramienta también es utilizada por enfermería, quienes pueden registrar información directamente desde el celular, agilizando la recopilación de datos.

Nodica permite que tanto médicos como enfermeros evolucionen pacientes en tiempo real a través de una APP en sus celulares, sin depender de computadoras.

La información registrada se integra automáticamente en la historia clínica.

Además, se está evaluando su integración en áreas administrativas como farmacia y estadísticas, donde la interacción conversacional con la historia clínica permitirá acceder rápidamente a datos clínicos sin necesidad de búsquedas manuales.

¿Hacia dónde vamos?

Estamos desarrollando la consulta a la historia clínica tanto individual como de la totalidad. En el primero de los casos el profesional podrá preguntarle a Nodica sobre todos los antecedentes que desee de un paciente sin necesidad de buscar él mismo en todo el historial. En el segundo caso se podrán realizar estudios epidemiológicos con todos los pacientes del hospital.

Avanzamos a incorporar librerías médicas, guías etc. en las historias clínicas que asistan al profesional, no solo ya en lo administrativo, sino en el conocimiento médico.

También estamos avanzando en la lectura y análisis inteligente de los electrocardiogramas que son de utilidad para los diagnósticos dentro del hospital, pero más aún para los centros de atención de la provincia que muchas veces no cuentan con cardiólogos o clínicos que puedan hacer el diagnóstico de arritmias o infartos.

De historia clínica a sistema de información

Este cambio tiene un impacto que va más allá de la consulta individual.

Al mejorar la calidad y completitud de las historias clínicas, el hospital comienza a generar un volumen de datos estructurados que antes no existía.

Esto permite avanzar hacia un modelo de hospital basado en datos (data-driven), donde las decisiones pueden apoyarse en información real y sistematizada.

Entre otras cosas, esto habilita:

- Mejor evaluación de la calidad de atención.
- Análisis de resultados clínicos en la práctica real.
- Información epidemiológica más precisa.
- Optimización de recursos y costos.
- Evaluación de la respuesta a tratamientos en poblaciones reales.

En otras palabras, se empieza a construir evidencia del mundo real a partir de la práctica cotidiana. ■

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

ExpomedICAL 2026

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



23.24.25 | SEPTIEMBRE

BA ferial (ex Centro Costa Salguero)

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

EN CONJUNTO CON

22.ªs JORNADAS

DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA

ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN:

► **MERCOFERIAS S.R.L.**



(54-9-11) 3692-5890



info@expomedical.com.ar



expomedical

www.expomedical.com.ar

DETERMINANTES “MACROECONÓMICOS” EN LA GESTIÓN DE SALUD



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Tradicionalmente los organismos internacionales - OMS, OPS, UNICEF- y, en particular, los profesionales dedicados al campo de la Salud, hemos hecho hincapié en los *determinantes sociales* de salud y enfermedad, como parte del fundamento general de la estrategia de *Atención Primaria de la Salud* (APS), para adecuar la gestión de los servicios a la situación sociodemográfica de los países. Desde este punto de vista, las decisiones *macroeconómicas* no están primordialmente implicadas en la gestión de la atención médica. Sin embargo, los factores macroeconómicos estuvieron íntimamente vinculados el desempeño de los sistemas de salud, desde el Siglo XIX. Naturalmente, no sólo es un campo que excede los contenidos de nuestra formación básica, como para citar solo fuentes científicas, también suelen ser útiles ciertos comentarios económicos de carácter periodístico, para contar con lenguajes más accesibles.

Llama la atención que en algunas situaciones del mercado los argentinos acuden a países como Bolivia, Chile, Brasil y EE.UU., para comprar ciertos productos industriales complejos (electrodomésticos, ropa, dispositivos de uso médico e incluso medicamentos), mientras que los prestadores asistenciales de esos países perciben proporcionalmente más que en la Argentina. Esa diferencia determina que, para adquirir servicios sanitarios y educativos, a bolivianos, brasileños, peruanos y ecuatorianos les conviene hacerlo en nuestro país, mientras que en otros productos ocurre a la inversa. Arriazu ⁽¹⁾ señala que el primer factor de análisis es el costo de los bienes y servicios en dólares (US\$), diferenciando su valor medido por el *poder de compra* de los dólares y el *valor de mercado* de la divisa corriente en cada país. Atribuye este fenómeno a que nuestro país tiene fuerte distorsiones en los precios relativos, debido a costos laborales, infraestructura, incentivos y carga tributaria. Según el *poder de compra*, si en EE.UU. la canasta de bienes y servicios que componen el PBI (según FMI) vale 1, en Argentina es 0,459. En base a esta comparación hay países *caros* y *baratos*.

Para comparar en términos “macro”, las organizaciones sanitarias de Chile y Argentina son emblemáticas. El modelo original chileno es el de Servicio Nacional de Salud, similar al *National Health Service* (NHS) británico, en un país de estructura unitaria, financiado por un Fondo Nacional de Salud (FoNaSa). Desde 1980, se incorporaron entidades de cobertura privada (ISAPre’s, Instituciones de Salud Previsional), pero sus afiliados debieron mantener una contribución

parcial al FoNaSa, lo que permitió sostener la viabilidad de ambos subsistemas, aunque el privado cubre menos del 20% de la población. Para determinar el paquete de servicios cubiertos, establecieron el GES (Garantías Explícitas de Salud), definiendo necesidades prioritarias de protección y porcentajes de cobertura, es decir, desde el polo de la *demanda* potencial. El Sistema de Salud argentino, en cambio, es pluralista (público, seguridad social y privado) en una estructura federal, donde las provincias tienen autonomía decisoria en materia de Salud. Las contribuciones al sistema son obligatorias para los trabajadores formales, en forma similar a la Seguridad Social (SeS) alemana, y la prestación de servicios es administrada por entidades de origen sindical o provincial (OS’s, Obras Sociales). Pero a diferencia de Alemania, la titularidad de la recaudación corresponde a cada entidad. Para definir los servicios cubiertos, se partió de la *oferta* de cada especialidad. En el momento actual, como la sustentabilidad del sistema está comprometida -más de la mitad de las OS’s no alcanzan a financiar el costo de los servicios básicos-, los usuarios procuran adherir a coberturas privadas (EMP’s, Empresas de Medicina Prepara) adicionales.

“ Las decisiones *macroeconómicas* no están primordialmente implicadas en la gestión de la atención médica. Sin embargo, los factores macroeconómicos estuvieron íntimamente vinculados el desempeño de los sistemas de salud, desde el Siglo XIX. ”

Entre las causas actuales podemos citar costos relativos distorsionados, un alto grado de corrupción operativa, fragmentación institucional con limitada capacidad de regulación y un gran porcentaje de empleo informal. Pero en la génesis del diseño de nuestras coberturas, se pueden señalar factores “macroeconómicos”. En la década del 60, dos grandes instituciones gremiales de la Provincia de Buenos Aires, FeMeBA y FeCliBA, establecieron listados de prestaciones médicas y sanatoriales, con el fin de ordenar las condiciones contractuales de los prestadores con las OS’s, consultando a sociedades científicas y entidades especializadas -respectivamente fueron publicadas como el “Libro Verde”, para los médicos, y el “Libro Rosa” para los sanatorios.⁽²⁾ Una década más tarde (1977), se incorporaron aquellos digestos al Nomenclador Nacional (NN), que, con sucesivas e innumerables modificaciones para adecuarlo a la inflación, subsistió hasta mediados de la década del 90. En ese entonces, a efectos de cumplir compromisos con el FMI e instrumentar la denominada “desregulación de OS’s”, se utilizó la base proporcionada por el NN, para diseñar el Programa Médico Obligatorio (PMO), agregando nominal-

mente el concepto de APS. La crisis económico-institucional de 2002 -donde más del 50% de la población se sumergió bajo la línea de pobreza-, determinó un PMO de Emergencia. Lo demás son múltiples historias más recientes, que seguramente están en la memoria de los lectores, pero a lo largo de esa *línea de tiempo*, persistió un rasgo macroeconómico histórico: las prestaciones que integran la cobertura de nuestra SeS, parten conceptualmente del polo de la *oferta*, predominando un enfoque *reparador* antes que *preventivo*, y una mayor valoración de las prestaciones de *alta complejidad* tecnológica.

A los aspectos funcionales analizados, que están dentro del alcance de las políticas gubernamentales, deben agregarse factores demográficos y sociales, que escapan a las facultades inmediatas de las autoridades. Campanario menciona un estudio de CIPPEC que señala que en Argentina y Uruguay la tasa de natalidad se ha reducido a niveles de 1.4 y 1.5, mientras que se requiere 2.1 por pareja para mantener estable la población a largo plazo.⁽³⁾ Por su parte, Liotti comenta que el PAMI -impulsado por las repetidas moratorias del período 2003-2015- alcanzó unos 5,4 millones de beneficiarios, incluyendo 1,1 millones mayores de 80 años y 5.323 de más de 100 años.⁽⁴⁾ Estos mínimos ejemplos, permiten suponer que la *pirámide* demográfica se está acercando aceleradamente a un formato rectangular. Las tendencias señaladas sugieren la necesidad de replantear los *paquetes de beneficios* tradicionales, contemplando apoyos sociales que nuestras coberturas no prevén. Además de la reducción de hijos por cada pareja, los embarazos suelen ser buscados después de los 30 años, dado que ambos cónyuges tienen ocupaciones competitivas. Las coberturas en general

no proveen apoyo doméstico para el hogar, asistencia para la lactancia materna y niñeras, como en Inglaterra y Alemania. Tampoco hay prestadores suficientes para rehabilitación cognitiva, acompañantes para personas de autonomía limitada, actividades de esparcimiento para adultos mayores y asistencia domiciliaria para mayores sin convivientes.

El sistema -en forma global- parece esmerarse en proveer medicamentos de alto costo, nuevos procedimientos robotizados de menor invasividad, operaciones de alto riesgo en pacientes complicados y otros avances tecnológicos. Pero sin prescindir de esos adelantos, cabe destacar que no forman parte de las prioridades prestacionales, acciones sencillas tendientes a proteger la *calidad de vida* de los usuarios, en los momentos críticos en que las necesitan. ■

Bibliografía:

- 1) Arriazu R.: Argentina necesita una "hormona" de competitividad y crecimiento. Clarín, 21-diciembre-2025: 39.
- 2) Reale A., Laspiur J., O'Donnell J.: El Nomenclador Nacional; sus antecedentes y características en el sistema arancelado. Medicina y Sociedad, Vol. 1, N° 1, Buenos Aires, 1978: 29-34.
- 3) Campanario S.: La economía de la baja natalidad, una disrupción de la que se habla menos que la IA. La Nación-Economía, 28-diciembre-2025: 12.
- 4) Liotti J.: La mutación más profunda y silenciosa. La Nación, 18-enero-2026: 34.

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



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

OSPe 30 AÑOS: EVOLUCIÓN, IDENTIDAD Y LIDERAZGO EN SALUD



Del origen a la consolidación: una construcción desde cero

OSPe nació el 1 de junio de 1996, en una etapa de profundas transformaciones para el sector petrolero. Tras la privatización de YPF, surgió la necesidad de construir una obra social sindical propia, que garantizara cobertura al personal de la empresa, de OPESSA y a los empleados de los emprendimientos que brindaban servicios a YPF.

“Comenzamos prácticamente desde cero, con cinco personas y afiliados distribuidos a lo largo de todo el país, muchas veces en localidades aisladas”, recuerda Casuscelli. Esa dispersión geográfica inicial implicó uno de los primeros grandes desafíos: diseñar un modelo de atención capaz de brindar cobertura federal en condiciones operativas muy limitadas.

“En ese momento, las obras sociales daban cobertura solidaria vertical. Nosotros comenzamos a pensar la posibilidad de desarrollar planes superadores del Plan OSPe en relación con los aportes”.

El crecimiento fue sostenido. De los 10.000 afiliados alcanzados a fines de 1996, OSPe pasó a 100.000 afiliados en 2006, impulsada en gran medida por la legislación que permitió la libre elección de obra social. A partir de allí, el salto fue aún más marcado, impulsando su posicionamiento dentro del sistema. Su padrón creció 4.000 % desde su origen, con trabajadores de más de 45.000 empresas.

Hoy, con 46 delegaciones distribuidas desde Jujuy hasta Santa Cruz, la obra social mantiene una fuerte presencia territorial, incluso en zonas de difícil acceso, como la localidad de Añelo, epicentro del desarrollo de Vaca Muerta.

Identidad relacionada a estándares de alta calidad

La Obra Social de Petroleros celebra su 30° aniversario consolidando una trayectoria que la llevó a posicionarse hoy como una de las entidades líderes de la Seguridad Social. El Cdr. Alejandro Casuscelli, su Presidente y Gerente General, comparte las claves de gestión que impulsaron su crecimiento desde los 7.700 afiliados, a principios de la década del '90, hasta un padrón actual de 450.000 beneficiarios con presencia en todo el territorio nacional.

En un contexto desafiante para la Seguridad Social, con cambios estructurales, presión sobre los costos y nuevas regulaciones laborales, OSPe continúa creciendo basada en un modelo que combina identidad sindical, gestión eficiente e innovación para adaptarse a los nuevos desafíos y oportunidades, representando al sector petrolero, el más dinámico de la economía argentina.

Desde sus inicios, OSPe se propuso construir una identidad propia: “El objetivo fue siempre brindar un servicio de excelencia, pero sin perder el espíritu solidario del sistema”, sostiene Casuscelli. Eso llevó a la Obra Social a mantenerse en un contexto de alta competitividad.

Esa línea de gestión se expresa en un modelo que prioriza “la calidad prestacional, el respeto por el afiliado y una relación de largo plazo con los prestadores”.

“Nuestra obra social cuenta con una amplia red de servicios en todo el país, basada en convenios con instituciones de primer nivel”. A diferencia de otros modelos, la obra social optó mayoritariamente por la contratación de prestadores, desarrollando sólo infraestructura propia en casos puntuales, como en su momento fue la adquisición de la Clínica de la Ribera, en Ensenada.

Claves del crecimiento: gestión, red y confianza

“El crecimiento de OSPe responde a una combinación de decisiones estratégicas sostenidas en el tiempo -destaca el Cdor. Casuscelli-: “Con recursos limitados, el desafío siempre fue administrar bien. No somos millonarios, somos buenos administradores. Comenzamos siendo un pequeño grupo y nos organizamos a través de gerenciadoras de convenios capitados a las que monitoreamos para poder gestionar la cobertura de servicios en todo el país. Para ello tenemos una red prestacional sólida: La construcción de alianzas con prestadores en todo el país permitió garantizar cobertura de calidad, incluso en contextos complejos”.

Esta red prestacional se sostiene en una relación de cumplimiento y previsibilidad:

“El pago en tiempo y forma a prestadores fortaleció la confianza y consolidó relaciones duraderas”. El crecimiento de OSPe se dio por elección de los propios beneficiarios, a partir de la valoración del servicio. Hoy figura entre las 10 primeras en cantidad de afiliados, dentro de las obras sociales más relevantes del país.

Transformación tecnológica para efficientizar la atención

Casuscelli sostiene que la incorporación de tecnología a la gestión y servicios es hoy la política estratégica de la entidad. La implementación de sistemas integrados de gestión, validaciones online, receta electrónica e historia clínica digital son parte de un proceso de modernización en permanente desarrollo.

Actualmente, la obra social está utilizando herramientas basadas en inteligencia artificial para optimizar áreas clave como la gestión de convenios, el control de prestaciones y la eficiencia operativa. Entre los servicios basados en tecnología, cuenta con un sistema de videoconsultas médicas con más de 300 profesionales de 50 especialidades y servicio de guardia 24 horas.

Seguridad Social en transformación: desafíos estructurales

El contexto actual de la Seguridad Social plantea desafíos de gran complejidad. Entre ellos, se destacan el aumento sostenido de los costos en salud, el envejecimiento poblacional, la creciente incidencia de enfermedades crónicas y las distorsiones en el uso de recursos del sistema. A esto se suman cambios en la estructura laboral, con una disminución del empleo formal tradicional y el crecimiento de modalidades como el monotributo, que impactan directamente en el financiamiento del sistema.

“El modelo sobre el que se construyeron las obras sociales cambió. Hoy tenemos que adaptarnos a nuevas realidades laborales y económicas”, sentencia Casuscelli.

Por eso, Casuscelli advierte sobre la necesidad de revisar y corregir determinados mecanismos y distorsiones del sistema para garantizar su sostenibilidad, especialmente en lo referido al uso de los fondos solidarios para el financiamiento de prestaciones no sanitarias y buscar estrategias para la cobertura de prestaciones de alto precio, como la articulación de los subsectores para las compras conjuntas.

Vaca Muerta y el futuro: oportunidades de expansión

El desarrollo del sector energético, particularmente en Vaca Muerta, representa una de las principales oportunidades de crecimiento para OSPe. Con presencia en la región y experiencia en contextos de alta complejidad operativa, la Obra Social se posi-



ción como un actor clave para acompañar la expansión de esta actividad.

“Estamos en uno de los sectores más dinámicos de la economía argentina. Eso nos da una enorme oportunidad de crecimiento”, afirma Casuscelli.

Destaca que, en los próximos años, “en el corredor que abarca Neuquén, parte de Río Negro, parte de la provincia de Buenos Aires se van a generar miles de puestos de trabajo ligados directa o indirectamente al gas y al petróleo”, lo que implicaría una expansión significativa del universo de afiliados y nuevos requerimientos de servicios y estructura para dar respuesta a sus necesidades de salud. “Nos proponemos ser protagonistas de esa transformación”, sostiene Casuscelli.

Mirada a futuro: adaptación y protagonismo

Según los últimos datos publicados, OSPe tenía el 3,22% del padrón de la Seguridad Social y el 2,7% de la recaudación. De cara a los próximos años, proyecta un crecimiento basado en la adaptación permanente a los nuevos escenarios del país, y particularmente del sector sanitario.

Entre sus principales líneas de acción se destacan: profundizar la transformación digital, ampliar y fortalecer la red prestacional, adaptarse a las nuevas dinámicas laborales y continuar mejorando la calidad de atención.

“Siempre hay algo para mejorar. Nada puede ser estático, menos en salud. Pero nos gustan los desafíos y también la competencia. A pesar del contexto, de las nuevas normativas, los trabajadores nos siguen eligiendo incluso sin hacer campañas publicitarias”.

30 años después: el mismo compromiso

A tres décadas de su nacimiento, OSPe mantiene vigente el espíritu que le dio origen: brindar cobertura de salud con calidad, cercanía, compromiso y solidaridad.

Desde aquella “gesta” inicial en la década del '90, con recursos limitados, pero metas claras, hoy, como hace 30 años, el eje sigue siendo el mismo: “Dar respuesta a las necesidades de atención del afiliado, con acceso en todo el país a un servicio de calidad, eficiente y en permanente modernización y mantener nuestra alianza con los prestadores para lograr ese objetivo”, afirma para concluir Casuscelli. ■

CONTROL PÚBLICO VERSUS CORPORATIVO EN LOS SISTEMAS DE SALUD: EL PROBLEMA ESTRUCTURAL DE LA REGULACIÓN



Por el Dr. Carlos Felice (*)

En el marco de esta edición aniversario, quiero expresar un especial reconocimiento a *Revista Médicos* por el compromiso sostenido a lo largo de los años en la construcción de un espacio de reflexión, análisis y debate para quienes formamos parte del sistema de salud. Ser parte de sus páginas como columnista ha significado, en lo personal, una oportunidad constante para pensar en profundidad los desafíos estructurales que enfrentamos, pero también para contribuir, desde la palabra, a una conversación que necesita ser cada vez más rigurosa, plural y orientada al bien común. En tiempos donde la inmediatez muchas veces desplaza al pensamiento, sostener un ámbito editorial de estas características no es menor: es, en sí mismo, un acto de responsabilidad institucional.

Este trabajo analiza el funcionamiento de los sistemas de salud en América Latina, con especial referencia al caso argentino, a partir del papel de la regulación pública en su sostenibilidad. Se examinan dos enfoques regulatorios -estratégico y sectorial- y se describen las principales limitaciones asociadas a este último, entre ellas la fragmentación institucional, la asimetría de la información y la presión creciente sobre los costos. Sobre esta base, se plantea la necesidad de fortalecer esquemas de regulación estatal de carácter estratégico, orientados a mejorar la eficiencia, la equidad y la cobertura efectiva.

Introducción

Los sistemas de salud en América Latina se desarrollan en un escenario atravesado por la coexistencia de mecanismos de mercado y dispositivos de regulación pública. En la Argentina, esta configuración adquiere una complejidad particular, dada la histórica segmentación entre subsistemas y la distribución federal de competencias.

La pandemia de COVID-19 puso en evidencia tanto la capacidad de respuesta del sistema como sus limitaciones estructurales, especialmente en materia de coordinación interjurisdiccional y equidad en el acceso. En este contexto, la discusión sobre la regulación estatal deja de ser un problema técnico para convertirse en una cuestión central de política pública.

La literatura ha señalado que las características propias del sector salud -incertidumbre, asimetrías de información y externalidades- restringen la capacidad de los mercados para asignar recursos de manera eficiente (Arrow, 1963). En el caso argentino, estas limitaciones se potencian por la fragmentación institucional y la coexistencia de múltiples lógicas de financiamiento y provisión.

Modelos regulatorios en el sector salud

Pueden identificarse, en términos analíticos, dos enfoques regulatorios. El primero, de carácter estratégico, implica una intervención activa del Estado en la definición de prioridades, la asignación de recursos y la organización de la oferta de servicios. Este enfoque supone la existencia de capacidades institucionales para coordinar actores y orientar el sistema en función de objetivos sanitarios explícitos.

El segundo enfoque, de tipo sectorial, delega en las dinámicas de mercado buena parte de la organización del sistema. En estos casos, la regulación adopta un carácter fragmentario o reactivo, lo que limita su capacidad para corregir desequilibrios estructurales.

En la Argentina, ambos enfoques coexisten. Sin embargo, el funcionamiento efectivo del sistema continúa fuertemente condicionado por la lógica segmentada de sus subsistemas, lo que reduce el alcance de las intervenciones estratégicas.

Problemas estructurales del funcionamiento del sistema

El sistema de salud argentino se organiza en torno a tres grandes componentes: el subsector público, la seguridad social -compuesta por obras sociales nacionales y provinciales- y el sector privado. Esta estructura, si bien ha permitido niveles amplios de cobertura formal, presenta problemas persistentes de articulación.

La fragmentación institucional es uno de los rasgos más notorios. La coexistencia de múltiples financiadores y prestadores, junto con el rol de la Superintendencia de Servicios de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, configura un entramado complejo, con superposición de funciones y escasos mecanismos de coordinación efectiva.

En este marco, el Programa Médico Obligatorio actúa como piso de cobertura, pero su actualización y aplicación presentan tensiones recurrentes, en particular frente a la incorporación de nuevas tecnologías y tratamientos de alto costo. La judicialización de la salud, a través de acciones de amparo, constituye una expresión de estas tensiones, al trasladar decisiones de priorización al ámbito judicial, muchas veces sin criterios homogéneos.

A ello se suma la presión derivada de la inflación sanitaria, impulsada por el aumento sostenido de costos en insumos, medicamentos y tecnologías, en un contexto macroeconómico inestable. Esta dinámica impacta de manera desigual en los distintos subsistemas y pone en cuestión su sostenibilidad financiera.

Los desequilibrios en la distribución de los recursos humanos constituyen otro problema relevante. La concentración de profesionales en áreas urbanas y en especialidades de alta complejidad contrasta con las dificultades para consolidar equipos de atención primaria, particularmente en regiones periféricas.

Finalmente, la ausencia de un sistema consolidado y transversal de evaluación de tecnologías sanitarias limita la capacidad del sistema para establecer prioridades basadas en evidencia, lo que refuerza dinámicas de incorporación desordenada de innovaciones.

Implicancias para la política pública

Los desafíos identificados ponen de relieve la necesidad de fortalecer el rol rector del Estado, no solo como regulador, sino también como articulador del sistema en su conjunto.

En el caso argentino, esto implica avanzar en mecanismos de coordinación entre jurisdicciones y subsistemas, respetando el carácter federal, pero reduciendo los niveles de segmentación. La construcción de criterios comunes en materia de cobertura, financiamiento y evaluación de tecnologías aparece como un paso necesario en esta dirección.

Asimismo, el fortalecimiento de la atención primaria constituye un eje central para mejorar la eficiencia y la equidad. La reorientación del gasto hacia estrategias preventivas y el desarrollo de modelos de pago que incentiven resultados, más que volumen de prestaciones, pueden contribuir a este objetivo.

Por otra parte, resulta clave consolidar capacidades institucionales en evaluación de tecnologías sanitarias, de modo de ordenar la incorporación de innovaciones y reducir la discrecionalidad en las decisiones de cobertura.

Finalmente, abordar la judicialización de la salud requiere no solo reformas normativas, sino también la generación de marcos regulatorios más claros y consistentes que reduzcan la incertidumbre y fortalezcan la legitimidad de las decisiones públicas.

Conclusiones

Las limitaciones del sistema de salud argentino no pueden comprenderse únicamente como problemas de gestión, sino como manifestaciones de una configuración estructural caracterizada por la fragmentación y la débil capacidad de coordinación.

En este contexto, la construcción de un esquema de regulación

estatal de carácter estratégico aparece como una condición necesaria para mejorar el desempeño del sistema. Más que sustituir a los distintos actores, se trata de establecer reglas e instituciones que permitan articularlos en función de objetivos comunes.

Avanzar en esta dirección supone enfrentar tensiones distributivas y construir acuerdos políticos en torno al alcance del derecho a la salud y a las formas de garantizarlo. La viabilidad de estos acuerdos será determinante para la sostenibilidad futura del sistema. ■

Referencias:

- * Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. Am Econ Rev. 1963;53(5):941-973.
- * Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2024. Santiago: CEPAL; 2024.
- * Savedoff WD. Organization of health systems in Latin America. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2004.
- * UC Public Policy Center. Health system reform and policy recommendations. Santiago; 2021.

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



LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

LA ADVERTENCIA DEL EPISCOPADO ARGENTINO Y EL INFORME DE LA CGT COMO DISPARADORES DEL MOMENTO QUE ATRAVIESA EL SECTOR SALUD



Por los Dres. José Bustos y Oscar Cochlar - Abogados

Han tenido amplia publicidad en casi todos los medios de comunicación, tanto la advertencia formulada por la Conferencia Episcopal Argentina respecto de las prestaciones sobre discapacidad, como el informe de la Confederación General del Trabajo sobre la crisis terminal de las obras sociales sindicales. Los datos que este informe contiene comparan tanto la cápita promedio del sistema (alrededor de \$65.000), con el costo del Programa Médico Obligatorio (\$85.000), que más del 78% de la población del sistema pertenece a Agentes del Seguro de Salud que no están en condiciones financieras de cubrir el PMO y que representan aproximadamente a once millones de afiliados.

Los datos referidos han trascendido más allá de las fronteras de las obras sociales sindicales, tanto que el artículo de IDESA (Instituto para el Desarrollo Social Argentino) que no se caracteriza por elogiar o defender a las obras sociales sindicales, lo ha refrendado afirmando que *“El sistema de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga está colapsado”*.⁽¹⁾

En el referido informe de la CGT, se hace mención de otros componentes de la crisis que intentaremos tratar en este artículo. Lo cierto es que desde el Decreto de Necesidad y Urgencia n° 70/2023 se han instaurado diversas reformas en el sistema de salud que, a dos años vista, no parecieran haber logrado un mejoramiento de la salud de los argentinos.

Desde el ángulo que lo miremos, el sistema colapsa. Veamos:

a) Desde las obras sociales sindicales: el informe es lapidario y refleja la realidad de ese sector. Los salarios no acompañan a los índices inflacionarios (están muy por debajo) y es tiempo de poner en discusión -como ya lo hemos planteado en números anteriores- el financiamiento exclusivo por aportes y contribuciones. Más adelante acompañaremos un cuadro que refleja cuál es la situación del mundo laboral y la incorporación de pequeños contribuyentes.

b) Desde las empresas de medicina prepaga: el artículo de IDESA, si bien plantea que la crisis está reflejada en la vigencia de un PMO que no se puede financiar y que la solución debe orientarse a establecer una canasta de prestaciones “financiable”, adhiere a la postura de la CGT y afirma que también las empresas de medicina prepaga están en crisis.

c) Desde los prestadores: históricamente, los prestadores institucionales y los prestadores individuales han sido los “patos de la boda” de la manta corta de los recursos del sistema de salud. Siempre han sido los que soportan el ajuste de la falta de financiamiento. Es oportuno aclarar aquí que los prestadores de cuatro provincias (Neuquén, Río Negro, La Pampa y Chubut) al momento de redactar este artículo han manifestado su decisión de suspender los turnos de consultas médicas, prácticas y procedimientos ambulatorios a afiliados de PAMI por el retraso en los pagos.⁽²⁾

Pero no nos limitemos a los financiadores y los prestadores.

d) Los monotributistas: el Estado ha instaurado desde antaño un sistema que contiene a los pequeños contribuyentes brindándole el PMO por la módica suma de casi veintidós mil pesos (\$22.000), menos el 10% al Fondo Solidario de Redistribución. Nadie que se precie de conocer siquiera someramente el sistema puede concluir que se puede financiar salud por ese importe, máxime si tenemos en cuenta que al costo del PMO asciende actualmente a \$85.000 como surge del informe del que resulta un 290% inferior. Por otro lado, debemos señalar que es la única relación de trabajo que ha crecido en este último tiempo. El cuadro que aquí se acompaña, refleja esa circunstancia.

e) Los jubilados: han sido los más perjudicados con estos cambios normativos, ya que han sido expresamente excluidos de toda reforma. Las obras sociales que brindan servicios a los jubilados⁽³⁾ perciben del Programa de Atención Médica Integral



Los datos referidos han trascendido más allá de las fronteras de las obras sociales sindicales, tanto que el artículo de IDESA (Instituto para el Desarrollo Social Argentino) que no se caracteriza por elogiar o defender a las obras sociales sindicales, lo ha refrendado afirmando que *“El sistema de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga está colapsado”*.



Fuente: Secretaría de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Ministerio de Capital Humano, sobre la base del SIPA (ARCA)

Modalidad ocupacional	dic-23	dic-25	Variación neta	Variación %
Sector privado	6.360.948	6.171.103	-189.845	-3%
Sector público	3.476.198	3.397.581	-78.617	-2%
Casas particulares	461.964	446.899	-15.065	-3%
Autónomos	384.348	399.236	14.888	4%
Monotributistas	2.044.814	2.197.263	152.449	7%
Monotributo Social	637.406	253.014	-384.392	-60%
Total	13.365.678	12.865.096	-500.582	-4%

(PAMI) una cápita que asciende a \$ 48.269,60. Si bien perciben una suma parecida establecida por el subsidio denominado “SUMA 65”, instituido a través del decreto 1368/2013,⁽⁴⁾ lo cierto es que este último importe proviene del Fondo Solidario de Redistribución y no de los recursos del PAMI. Por otro lado, la situación prestacional de PAMI atraviesa un momento crítico al mes de abril de 2026, con reportes de corte de servicios y restricciones en la atención por parte de clínicas y sanatorios, farmacias y profesionales en diversos puntos del país.

f) La discapacidad: ya hemos escrito hasta el hartazgo sobre la situación de las personas con discapacidad. Tanto en lo que se refiere a las coberturas que la ley pone en cabeza de los agentes de salud que no son prestaciones médico-asistenciales (transporte y educación) como también en los reclamos que se han instalado como moda sobre aquellos jubilados que obtienen el CUD (certificado único de discapacidad) y reclaman prestaciones que no están previstas en la ley 23.660, como puede ser geriatría.

Resulta indiscutible y lógico que quien gana las elecciones tiene el derecho a elegir y decidir las políticas que quiere desarrollar. Con la conducción y la rectoría de las autoridades legítimamente elegidas, entendemos que algunas de las dificultades que atraviesa el sistema de salud de la República Argentina, podrían ser eliminadas o al menos morigeradas si se pudiere crear un ámbito de diálogo.

Solo a título de ejemplo, a nuestro criterio, estamos convencidos que, en un espacio de consenso, se podría mejorar la relación entre los subsistemas de salud, la coordinación de la cobertura y del financiamiento con las provincias, el establecimiento de un nomenclador uniforme de prestaciones de la seguridad social, políticas de armonización de cobertura a jubilados, etc.

En este sentido, la Conferencia Episcopal Argentina se ha puesto a disposición de las autoridades, a los efectos de contribuir a una solución, en el marco de un diálogo común.

“En el referido informe de la CGT, se hace mención de otros componentes de la crisis que intentaremos tratar en este artículo. Lo cierto es que desde el Decreto de Necesidad y Urgencia n° 70/2023 se han instaurado diversas reformas en el sistema de salud que, a dos años vista, no parecieran haber logrado un mejoramiento de la salud de los argentinos.”

Además, la posibilidad de obtener un ámbito de consenso donde surjan acuerdos permitiría generar políticas públicas más sólidas que puedan perdurar con el paso del tiempo.

Nunca es tarde para encontrar caminos de diálogo que nos permitan intercambiar ideas, experiencias, propuestas, para generar un Sistema de Salud más sustentable, de mejor calidad y con mejores servicios. ■

Bibliografía:

- 1) <https://idesa.org/wp-content/uploads/2026/04/Informe-Nacional-19-4-26.docx.pdf>
- 2) <https://www.lanacion.com.ar/economia/pami-clinicas-de-cuatro-provincias-advierten-que-van-restringiendo-la-atencion-a-pacientes-por-el-nid24042026/>
- 3) Adicionamos que las empresas de medicina prepaga no reciben jubilados por opción de cambio.
- 4) Con las modificaciones establecidas por el Decreto 554/2018.

BALANCE ANUAL SOBRE PRÁCTICAS EN CENTROS CON INTERNACIÓN



Por el Dr. Jorge Cherro (*)

El presente artículo se basa en un informe elaborado en el seno de la Comisión de Directores Médicos de Adecra+Cedim, cuyo objetivo es realizar un seguimiento mensual de la evolución de prácticas seleccionadas en instituciones con internación de todo el país (Cuadro 1).

El relevamiento, correspondiente a enero de 2026, se construyó a partir de información provista por 23 clínicas y sanatorios, con representación de Ciudad de Buenos Aires (43,5%), Gran Buenos Aires (21,7%) y distintas provincias del interior (34,8%).

Cuadro 1. Variación interanual de prácticas. Diciembre de 2025.

Prestación	Variación dic24/dic25
Consultas totales por emergencia	0,7%
Ingresos totales a internación	1,5%
Anginas de pecho/síndromes coronarios agudos Ingresados por emergencias	0,0%
Angioplastias coronarias	22,2%
Cirugías cardíacas centrales	6,6%
Intervenciones percutáneas totales	-3,6%
ACV/TIA ingresados	25,0%
Cirugías generales	-1,2%
Prestaciones de quimioterapia y terapia radiante	-8,6%
Endoscopías digestivas, tanto diagnósticas como terapéuticas	4,0%
Partos	4,0%
Cesáreas	23,7%
% ocupación en internación general	3,3%
% ocupación en área crítica	3,5%

En diciembre de 2025, la evolución interanual de las prácticas mostró un comportamiento heterogéneo (Cuadro 1). Algunas prestaciones registraron caídas leves, como la quimioterapia (-8,6%) y las intervenciones percutáneas (-3,6%), mientras que otras se mantuvieron sin cambios, como las anginas de pecho. Este desempeño contribuyó a moderar el promedio general del período. En contraste, se observaron incrementos significativos en los ingresos por ACV/TIA, las cesáreas y las angioplastias coronarias, todos con variaciones superiores al 20% interanual.

En términos de utilización de la capacidad instalada, el porcentaje de ocupación de piso evidenció una tendencia creciente desde octubre, alcanzando en diciembre un incremento interanual del

3,3%. De manera similar, la ocupación en unidad de terapia intensiva (UTI) mostró una recuperación sostenida desde agosto, con una variación interanual del 3,5% en el último mes del año.

A lo largo de 2025, la dinámica de la actividad presentó cambios relevantes en su ritmo de crecimiento. Tras el repunte observado en junio y julio, con aumentos interanuales promedio del 7% y 10% respectivamente, en agosto se registró una desaceleración, con un crecimiento más moderado. Sin embargo, en septiembre la actividad recuperó dinamismo y alcanzó un incremento promedio cercano al 13%. Este impulso no logró sostenerse en el último trimestre del año: en octubre y diciembre se verificaron tasas de crecimiento más bajas, mientras que en noviembre se registró incluso una leve contracción interanual.

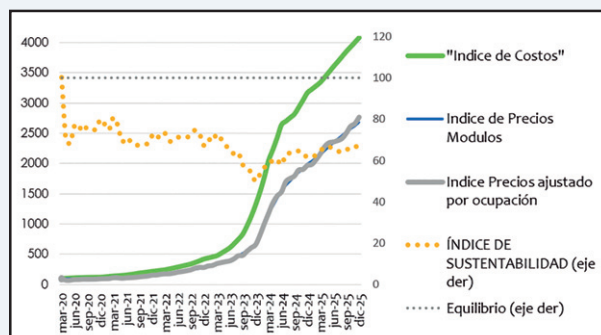
Gráfico 1. Índice de Sustentabilidad de Adecra+Cedim

PRÁCTICAS	ene-25	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sept-25	oct-25	nov-25	dic-25
ACV/TIA	18,3%	16,7%	17,3%	46,7%	30,3%	22,2%	9,3%	-0,7%	32,3%	0,0%	7,5%	25,0%
Ci cardíacas	0,0%	16,7%	4,3%	5,9%	-8,3%	39,1%	0,0%	28,6%	19,6%	0,0%	0,0%	6,6%
Cesáreas	id	id	id	7,4%	6,7%	2,4%	id	-2,2%	17,7%	13,3%	19%	23,7%
Endoscopías	-2,2%	25,0%	1,9%	7,4%	7,9%	10,0%	0,0%	-4,7%	8,7%	5,3%	-2,2%	4,0%
Int. Percutáneas	7,7%	14,3%	-4,1%	11,3%	0,0%	14,7%	7,0%	-5,6%	2,9%	9,0%	-5,3%	-1,6%
Partos	id	id	id	-19,7%	-4,5%	id	id	14,8%	5,6%	1,8%	23,3%	4,0%
Ci generales	0,0%	4,7%	-13,5%	11,0%	2,7%	10,5%	4,4%	-2,7%	2,8%	-0,8%	-2,0%	-2,2%
Internación	-0,5%	-2,2%	-0,6%	0,0%	4,2%	7,3%	3,8%	-1,1%	2,8%	-0,8%	0,8%	1,5%
Angioplastias	0,0%	-20,0%	3,6%	-8,2%	0,0%	-8,2%	2,4%	-1,1%	25,0%	4,2%	-1,9%	22,2%
Anginas de pecho	-13,6%	-22,1%	-30,0%	-39,1%	0,0%	-18,2%	52,6%	27,1%	37,5%	15,4%	0,0%	0,0%
Quimioterapia	-4,4%	2,8%	-0,6%	-5,2%	-6,4%	3,9%	10,9%	-2,3%	3,4%	-0,2%	-1,9%	-0,6%
Emergencia	-1,6%	-5,5%	-4,3%	-2,5%	-5,1%	3,5%	6,2%	0,0%	-1,6%	0,4%	-1,4%	0,7%

El análisis del Índice de Sustentabilidad de Adecra+Cedim (Gráfico 1) permite complementar la lectura de estos resultados. Durante 2025, según el Índice de Precios de Adecra+Cedim, los costos de las clínicas mantuvieron una trayectoria marcadamente ascendente. No obstante, este incremento fue acompañado por una mejora sostenida en los precios de las prestaciones (según el relevamiento del Observatorio de Precios de Módulos y Prácticas de Adecra+Cedim) y por un aumento en los niveles de ocupación, lo que impulsó el crecimiento del ingreso ajustado por actividad. Como resultado, el Índice logró sostenerse relativamente estable, especialmente hacia el tramo final del año.

Sin embargo, a mitad de año se observa un deterioro transitorio del indicador, explicado principalmente por una caída en la ocupación más que por un desfasaje en los precios. En este sentido, el retroceso respondió fundamentalmente a una disminución en el volumen de actividad. Con la posterior recuperación de la demanda, el indicador volvió a recomponerse.

Cuadro 2. Desempeño por práctica. Análisis mensual del año 2025.

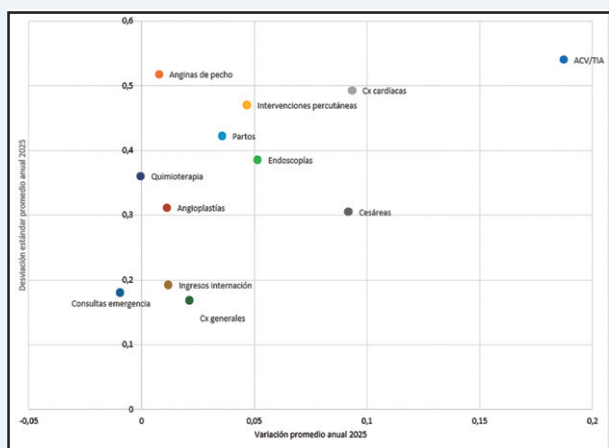


El balance anual (Cuadro 2) permite profundizar el análisis y distinguir distintos comportamientos según el tipo de práctica. Algunas prestaciones, como los ingresos por ACV/TIA, las cirugías cardíacas centrales, las cesáreas, las endoscopías digestivas, las intervenciones percutáneas y los partos, muestran una dinámica de crecimiento sostenido a lo largo del

año, con predominio de variaciones positivas. Otras, como las angioplastias coronarias, las anginas o síndromes coronarios agudos, las cirugías generales y la quimioterapia, presentan un comportamiento más inestable, con fuertes oscilaciones mensuales. Finalmente, las consultas por emergencia y los ingresos a internación evidencian un menor dinamismo, con tendencias estancadas o levemente negativas.

A su vez, el análisis temporal permite identificar cuatro etapas bien diferenciadas durante 2025. En los primeros meses del año se observa un crecimiento moderado, con mayor dinamismo en las prácticas programables y caídas en aquellas vinculadas a emergencias. En junio y julio se registra un rebote significativo de la actividad, con variaciones interanuales de dos dígitos. En agosto y septiembre predomina la volatilidad, con una contracción inicial seguida de una fuerte recuperación. Finalmente, en el último trimestre se evidencia una desaceleración, acompañada de comportamientos heterogéneos entre tipos de prestaciones.

Gráfico 2: Variación promedio vs desvío estándar.



El análisis de la relación entre variación promedio y dispersión (Gráfico 2) aporta una mirada adicional sobre el comportamiento de las prácticas. **Las cesáreas se destacan por un crecimiento sostenido y homogéneo entre instituciones. En cambio, prácticas como ACV/TIA, cirugías cardíacas, intervenciones percutáneas, endoscopías y partos muestran incrementos en promedio, pero con resultados dispares entre clínicas.** Por su parte, las consultas por emergencia y los ingresos a internación presentan caídas leves pero generalizadas, lo que refleja una contracción extendida en este tipo de demanda. En contraste, las anginas de pecho y la quimioterapia exhiben comportamientos más heterogéneos, mientras que las angioplastias y las cirugías generales se caracterizan por una elevada volatilidad.

En síntesis, el año 2025 estuvo marcado por un crecimiento concentrado en prácticas programables, una elevada volatilidad en ciertas prestaciones -especialmente cardiovasculares y oncológicas- y una debilidad persistente en la demanda no programable. A partir de agosto, se observa con mayor claridad el impacto del contexto macroeconómico sobre la actividad, con menor dinamismo y mayor dispersión, en un escenario además atravesado por el ciclo electoral.

Hacia el cierre del 2025 se evidencia un nuevo freno en la actividad. De no registrarse mejoras en el contexto, es esperable que esta tendencia continúe -e incluso se profundice- durante el primer trimestre de 2026. ■

(*) Presidente de ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina).



UCA

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

INSCRIPCIÓN ABIERTA 2026

TU FUTURO EMPIEZA HOY

CARRERAS DE GRADO

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

¿Listo para empezar?

**RESERVÁ
TU LUGAR**

INSCRIBITE AHORA >

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



ESCANEA EL QR

UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA - BUENOS AIRES

FACTURAR NO ES COBRAR: ¿CÓMO TRANSFORMAR EL CONFLICTO ENTRE HOSPITALES PÚBLICOS Y FINANCIADORES EN ACUERDOS SUSTENTABLES?



Por el Dr. David Aruachan (*)

La relación financiera entre hospitales públicos y financiadores de la seguridad social y del subsistema privado se ha transformado, en los últimos doce meses, en uno de los núcleos más sensibles del debate sanitario argentino. Las publicaciones recientes en medios nacionales y provinciales, comunicados sectoriales y análisis técnicos convergen en un punto: el recupero de costos por prestaciones brindadas a afiliados con cobertura se ha vuelto un campo de tensión estructural, donde confluyen crisis de financiamiento, asimetrías de información, debilidades de gestión y marcos normativos fragmentados.

En diversas jurisdicciones se han implementado mecanismos institucionales específicos para fortalecer la facturación y el cobro a obras sociales y empresas de medicina prepaga por atenciones realizadas en hospitales públicos. Estos esquemas incluyen la creación de entes autárquicos o sociedades estatales dedicadas al recupero, la incorporación de intereses y cargos adicionales por mora, la utilización de agentes recaudadores y, en algunos casos, la conversión de facturas en títulos con capacidad ejecutiva. El argumento central de las provincias es claro: en un contexto de restricción fiscal, resulta imprescindible recuperar recursos por prestaciones que no corresponden a población sin cobertura, sino a afiliados de financiadores contributivos.

Desde la perspectiva de los financiadores, en cambio, se advierte sobre el impacto que estos nuevos mecanismos generan en la cadena de pagos y en la previsibilidad financiera. La aplicación de intereses punitivos, la judicialización masiva y la falta de instancias técnicas previas de conciliación incrementan el pasivo contingente y tensionan aún más a un subsector que ya enfrenta una ecuación económica crítica. El financiamiento de las obras sociales se sostiene, en términos generales, sobre un porcentaje del salario formal que ha perdido poder adquisitivo real, mientras que la demanda prestacional se complejiza y encarece por innovación tecnológica, transición epidemiológica y judicialización creciente.

Los datos relevantes permiten dimensionar el problema. El análisis por obra social y por provincia muestra una marcada heterogeneidad en los montos facturados, los niveles de

débito, los plazos de pago y la tasa de litigiosidad asociada. En determinadas jurisdicciones, la concentración del recupero en pocas entidades financiadoras explica una porción significativa del total facturado, lo que revela oportunidades concretas de intervención focalizada. Asimismo, la encuesta a efectores y el informe sobre herramientas informáticas evidencian brechas sustantivas en los procesos de identificación de cobertura, validación de prestaciones, trazabilidad documental y conciliación administrativa.

En muchos hospitales públicos persisten circuitos manuales o semimanuales de facturación, con demoras en la carga, inconsistencias en la codificación y ausencia de integración en línea con los padrones de beneficiarios. Estas deficiencias impactan en la calidad del crédito emitido y abren espacio a débitos posteriores por parte de los financiadores. A su vez, desde el lado de las obras sociales, se observan limitaciones en la auditoría temprana, en la gestión de débitos y en la priorización estratégica de convenios con efectores públicos de alta incidencia. El resultado es un sistema donde el conflicto reemplaza a la coordinación y donde el costo transaccional erosiona recursos que deberían destinarse a la atención.

El problema no es meramente jurídico ni coyuntural. Es estructural y responde a la superposición de tres lógicas:

- La lógica fiscal provincial, orientada a maximizar recupero para sostener el sistema público.
- La lógica contributiva de la seguridad social, condicionada por ingresos salariales formales.
- La lógica contractual del subsistema privado, basada en acuerdos bilaterales y gestión del riesgo.

Cuando estas lógicas interactúan sin reglas claras y sin instrumentos modernos de gestión, la judicialización se convierte en un mecanismo sustituto de gobernanza.

Los datos estadísticos analizados permiten identificar con claridad dónde deberían concentrar esfuerzos las obras sociales y entidades financiadoras. En primer lugar, en aquellas provincias donde el volumen de facturación representa un porcentaje significativo del gasto prestacional total y donde la tasa de mora histórica es elevada. Allí, la ausencia de convenios directos con reglas explícitas de facturación, plazos, auditoría y resolución de controversias multiplica el riesgo financiero. La evidencia muestra que, en jurisdicciones con acuerdos formales y mesas técnicas de conciliación periódica, los niveles de litigiosidad y los intereses aplicados son sensiblemente menores.

En segundo término, el esfuerzo debe dirigirse a la implementación de herramientas de gestión interoperables. El informe sobre sistemas informáticos utilizados por financiadores y efectores revela que la falta de integración digital es un determinante central del conflicto. La validación en línea de cobertura, la autorización electrónica de prácticas de alto costo, la codificación estandarizada y la auditoría concurrente reducen significativamente los débitos posteriores y fortalecen la calidad del crédito. Invertir en estos instrumentos no es un gasto administrativo: es una estrategia de reducción de pasivos contingentes y de mejora de performance financiera.

En tercer lugar, las obras sociales deben desarrollar capacidades específicas de análisis territorial. El cruce de datos por provincia permite identificar nodos críticos donde la utilización del hospital público por parte de afiliados es elevada, ya sea por accesibilidad geográfica, complejidad prestacional o ausencia de red propia suficiente. En esos territorios, la estrategia no puede ser reactiva ni meramente defensiva frente a ejecuciones judiciales; debe ser proactiva, con negociación anticipada de valores, definición de módulos prestacionales y establecimiento de cupos o mecanismos de compensación.

Al mismo tiempo, el desafío no recae exclusivamente en los financiadores. Las provincias deben revisar sus marcos regulatorios y operativos para facilitar la celebración de convenios directos estables y previsibles. La creación de entes de recupero ha fortalecido la capacidad de cobro, pero en algunos casos ha incorporado rigideces que desalientan la negociación técnica. La conversión automática de facturas en instrumentos ejecutivos, sin instancias previas de conciliación administrativa obligatoria, puede acelerar el ingreso de recursos en el corto plazo, pero erosiona la confianza sistémica y multiplica la litigiosidad.

Flexibilizar condiciones no implica resignar derechos de cobro, sino modernizar la gobernanza. Esto supone, entre otras medidas, establecer protocolos uniformes de facturación, plazos razonables de auditoría y pago, sistemas de compensación automática ante débitos cruzados y mecanismos de arbitraje técnico antes de la vía judicial. También implica adaptar normas locales para permitir acuerdos marco plurianuales con cláusulas de actualización transparentes y fórmulas objetivas vinculadas a costos reales.

El contexto macroeconómico y fiscal refuerza la urgencia de estas reformas. Con presupuestos provinciales tensionados

y salarios formales que no recuperan plenamente su poder adquisitivo, el sistema sanitario opera en una frontera de sostenibilidad. En este escenario, cada peso que se diluye en intereses punitivos, honorarios judiciales y costos administrativos es un peso que no financia prestaciones. La eficiencia en la relación entre hospitales públicos y financiadores no es un asunto sectorial: es un componente crítico de la estabilidad sanitaria.

La experiencia reciente demuestra que cuando se combinan información de calidad, instrumentos digitales, análisis de datos por jurisdicción y voluntad política de coordinación, el conflicto puede transformarse en cooperación. El objetivo estratégico debe ser construir un esquema donde el recupero de costos sea previsible, transparente y basado en reglas compartidas, reduciendo la judicialización como mecanismo ordinario de interacción.

La relación entre hospitales públicos y financiadores con cobertura no debería concebirse como un juego de suma cero. Se trata de articular dos fuentes de financiamiento que, en última instancia, sostienen a la misma población.

La agenda futura exige pasar de la lógica de ejecución a la lógica de gestión; de la reacción judicial a la planificación contractual; de la opacidad administrativa a la interoperabilidad digital. Solo así será posible disminuir el impacto financiero del conflicto actual y avanzar hacia un sistema más integrado, eficiente y sostenible. ■

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



www.sanidad.org.ar

EL TRISTE CAMINO DE LA DECADENCIA ARGENTINA



Hagamos nuestra la frase de Raúl Alfonsín, "El mercado no construye escuelas ni hospitales", sintetiza su defensa del rol social del Estado frente a las políticas neoliberales. Alfonsín argumentaba que la justicia social y los servicios básicos esenciales deben estar garantizados por el Estado, no por la lógica del mercado.

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

Salir a caminar por las calles de las ciudades de la República Argentina es un recorrido por su historia épica. Buenos Aires no es ajena a esta tradición.

Los nombres de los patriotas que construyeron la nación se leen por doquier... los que firmaron el *Acta de la Declaración de la Independencia* y pensaron en un destino de gloria, están estampados en estas calles... Laprida, Darregueyra, Gallo, Colombres, Serrano, Gorriti, Castro Barros, Pacheco de Melo... Juan José Paso que además integró la *Primera Junta en la Revolución de Mayo*... y firmó luego el *Acta de la Independencia en 1816*.

El eco de sus voces aun resuena desde el fondo de la historia, atronador, desde el Tucumán hasta el puerto de Santa María del Buen Ayre, del Norte hasta la Patagonia, había nacido una nueva y gloriosa Nación, el iluminismo versus el despotismo que había ilustrado a Chuquisaca, con los libros de Filangieri y con las ideas de la Revolución Francesa.



Sin embargo, el destino de las Naciones nunca se puede predecir...

La decadencia de un país es un proceso multicausal de declive estructural que abarca el debilitamiento institucional, el quiebre social y el agotamiento económico. Se manifiesta mediante polarización, pérdida de confianza ciudadana, corrupción y desigualdad, llevando a una pérdida de calidad de vida y relevancia internacional. ⁽¹⁾

A partir de la década de 1930, la economía argentina se deterioró notablemente. El factor más importante en este declive ha sido la inestabilidad política desde la interrupción democrática, cuando una junta militar tomó el poder, poniendo fin a siete décadas de gobierno civil constitucional. ⁽²⁾

Sobre todo, a partir del gobierno constitucional de Hipólito Yrigoyen.

Pero esta explicación no es suficiente... A partir de la sanción y puesta en marcha de la Ley 1420 de enseñanza laica, gratuita y universal de Sarmiento, la Argentina dio un salto cualitativo que se quiebra precisamente en 1930 con el golpe militar y los que hubo después durante el siglo XX. ⁽³⁾

Golpes que nos hacían retroceder social, económica y culturalmente.

La recuperación de la democracia durante el gobierno del general Perón con la sustitución de importaciones, la creación de una industria ligera, las leyes laborales, pero sobre todo la sanción de la gratuidad en las universidades públicas provocó un salto cualitativo que se reflejó en el ascenso social de las clases más pobres y de las clases medias.

Los sucesivos golpes que ocurrieron después, con breves períodos de democracia, no alcanzaron a compensar a una sociedad dividida y fragmentada, cuyos efectos duran hasta la actualidad. ⁽⁴⁾

Cabe decir que el avance de la salud pública con la creación del Ministerio de Salud durante el gobierno del general Perón, cuyo ministro fue el gran Ramón Carrillo, fue quizás el período más brillante del sanitarismo argentino de toda su historia.

La construcción de hospitales que aun hoy perduran en todo el ámbito de la República, el enorme aumento de la oferta de camas y un concepto nuevo que introdujo Carrillo fue que el hospital no fuera un centro pasivo, sino que salga de su ámbito geográfico para buscar a los pacientes, es decir que se haga prevención.

Este concepto hoy es sumamente valioso, pero lamentablemente se realiza en pocos lugares. Además de cambiar el concepto de que la salud es un derecho garantizado por el Estado y no un acto de beneficencia fue revolucionario.

Asistimos hoy a la destrucción del Estado con el argumento que deben cerrar las "cuentas"... ¿Las cuentas de quién?

De los endeudadores seriales y destructores consuetudinarios del tejido social, del contrato social de Rousseau, de los que quitan derechos históricos que supimos conseguir... en fin los ajustadores seriales.

Se **desfinancia** la educación pública aún más, por un proceso que lleva años de destrucción.

Se **desfinancian** las universidades nacionales, de donde salieron nuestros premios nobeles-único país en Sudamérica que los obtuvo en ciencia-lugar de investigación que junto con el CONICET es parte indisoluble del desarrollo nacional y fuente de soberanía.

La desfinanciación de las instituciones que brindan salud en forma solidaria, a través de distintos mecanismos en paralelo con ingresos cada vez paupérrimos y la desinversión en el sector

público más acentuada a medida que esta administración avanza sobre los derechos fundamentales y constitucionales.

Están pasando muchas cosas que no son percibidas por el pueblo o disimuladas por un aparato de prensa cómplice, qué no es nuevo, pero que subsiste y atenta para provocar continuamente fake news.

La pérdida continua del aparato industrial y de las PYME que son los impulsores de la generación de fuentes de trabajo más importante, aparte del Estado nacional, es cosa de todos los días.

El argumento neoliberal de que el Estado debe achicarse es una tremenda falacia, ya que la redistribución de los impuestos y la riqueza de las naciones se debe volcar a mejorar la vida de la población siempre. ⁽⁵⁾

El argumento fútil de que cierren las cuentas, que no es otra cosa que la disminución de la renta nacional per cápita, les sirve para pagar una deuda externa impagable, típica de la usura financiera no productiva, empobreciendo a los más necesitados y a las clases medias, ya que la hiperconcentración de la riqueza en muy pocas manos nos va a llevar a una situación límite. ⁽⁶⁾

Aun no se percibe como reaccionará la población ni cuando, ⁽⁷⁾ que seguramente y dada la trayectoria de lucha ineludible del “Pueblo Argentino” por sus derechos y que históricamente nos llevó al progreso, a acercarnos a la equidad y a la independencia económica y sobre todo cultural.

Podríamos agregar aquí un listado de catástrofes que están sucediendo, a la venta sin condicionamientos del subsuelo, del agua, de la salud considerada por esta caterva como “una oportunidad de negocios”... sin embargo no hay que olvidar que de esta tierra salió la *Revolución de Mayo*, que derrotó a un imperio poderoso y fue exitosa.

En esta “Tierra” tuvimos al libertador José de San Martín, al iluminista Mariano Moreno, a Manuel Belgrano y a todos aquellos que nos legaron esta *Patria, mi Patria...*

Alcemos de nuevo las banderas de la verdadera libertad, de la igualdad y de la fraternidad que nos hizo levantar esta Nación de ciudadanos excepcionales y heroicos y a sus pies nuevamente rendido el león.

Y en lo que nos compete como miembros del equipo de salud no demos el brazo a torcer, sigamos luchando por un sistema de salud integrado y complementario.

Trabajemos todos juntos para mejorar la situación de los equipos de salud, contra el pluriempleo, contra el vaciamiento del sistema solidario y el público... en fin, retomemos nuestra historia porque el futuro comenzó en mayo y es nuestra obligación y nuestro derecho para tener un país con equidad, con educación de calidad y con un sistema de salud justo para todos los que quieran habitar el suelo argentino. ■

Bibliografía:

- 1) La decadencia de Occidente/Oswald Spengler/Editorial Austral/Madrid 2011.
- 2) Alain Rouquié/Poder Militar y Sociedad Política en la Argentina /Emecé/ 1981.
- 3) Robert Potash/El ejército y la política en la Argentina/Sudamericana / 1969.
- 4) Alain Rouquié/El siglo de Perón/Editorial Edhasa/2017.
- 5) Carlos Gracian/la fantasía neoliberal/Editorial Nido de vacas/2024.
- 6) Giuliano Da Empoli/La hora de los depredadores/Editorial Seix Barral/ 2026.
- 7) Pilar Calveiro/De matar a dejar morir/Editorial Siglo XXI/2025.

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

Nueva App UOCRA La SALUD a tu lado donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA • TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

Disponible en:



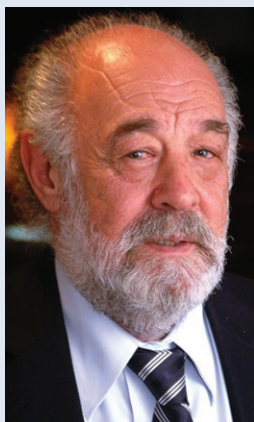
¡Ingresá al
mundo UOCRA
estés donde estés!



CONSTRUIR Salud
Obra Social del Personal
de la Construcción

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

INNOVACIÓN, GOBERNANZA Y CONTROL EN SALUD



"Mandar no es simplemente convencer ni simplemente obligar, sino una exquisita mixtura de ambas cosas".

José Ortega y Gasset

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

Semanas atrás Consenso Salud realizó un seminario en Inglaterra donde se discutieron varios ejes que atraviesan la sanidad actual. La agenda incluyó los temas de inteligencia artificial (IA), calidad, financiamiento y gestión, entre otros, pero bajo una tesis de fondo que debería interpelarnos particularmente a los argentinos: *sin gobernanza, la tecnología no alcanza*.

El III Seminario de Innovación en Sistemas de Salud, que se realizó desde del 6 hasta el 10 de abril entre Oxford y Londres, reunió a referentes *públicos y privados* de Iberoamérica en sedes de fuerte peso académico e institucional.

Encuentros como estos, que se detienen en la evaluación de resultados, contrastan con lo vivido en nuestro país, donde desde la pandemia a la fecha, carecemos de *análisis autocríticos* sobre, por ejemplo, el aumento de la incidencia de tuberculosis, sífilis, hambre, déficit de vacunación; evadiendo la responsabilidad gubernamental y con ausencia de reclamo de la comunidad.

Efectivamente, debemos impulsar la organización comunitaria como fuerza generadora, capaz de articular la diversidad y dar forma a lo disperso; una construcción participativa, no reducida a la representación ni a la delegación. Como señalé en *La fórmula sanitaria* (2003),⁽¹⁾ destacando el componente usuario y la *ecuación sanitaria*,⁽²⁾ que da lugar al *tablero de comando*, que debería tener presente esta participación comunitaria.

El encuentro se propuso como un **punto** entre sector público y privado, academia y gestión, y entre los distintos sistemas de salud de la región. A lo largo de las jornadas, se consolidó una idea clave: la innovación sólo genera valor sostenible cuando se apoya en gobernanza sólida, financiamiento estratégico (presupuesto por programas), datos confiables, regulación inteligente y capacidad real de implementación. El desafío, entonces, no pasa por incorporar tecnología a cualquier precio, sino por **construir la arquitectura institucional** que permita adoptarla, escalarla y sostenerla.

Como hemos señalado en otras oportunidades, la gobernanza no puede suceder en un marco normativo dentro de instituciones colapsadas y sin capacidad procedimental, en lo que se refiere a la eficiencia de cumplir con una programación estructurada en función de realizar los objetivos. La complejidad del área sanitaria exige una modelización capaz de distinguir las *variables* de

control -aquellas que encauzan, restringen o desvían la dinámica del sistema- (dado que las variables de estado, por su multiplicidad, mutabilidad e inaccesibilidad inmediata, resultan en gran medida imposibles de aprehender de modo directo). De manera tal de evitar lo acontecido:

- ✓ En los pacientes: desamparo + desorientación.
- ✓ En los profesionales: agotamiento + frustración.
- ✓ En los empresarios: incertidumbre + descapitalización.
- ✓ En el gobierno: debilidad para desbloquear la inercia organizativa.

Y, como resultante de todo esto, el infortunio y desasosiego. Según la síntesis del seminario, ni más recursos ni más tecnología garantizan por sí solos el cambio. Lo que hace falta son **acuerdos amplios y persistentes**, apoyados en cuatro pilares: gobernanza, financiamiento, redes integradas centradas en el paciente y evaluación sistemática de resultados.

El contraste con los hechos que en nuestro país salieron a la luz sobre hurtos, comercialización y casos de consumo de propofol y fentanilo que terminaron con un fallecimiento, nos pone en una situación en la que la toma de decisiones debería imponerse frente a cualquier regodeo sensacionalista. En este sentido, merece destacar la respuesta del Gobierno de la Ciudad, que reaccionó con unas medidas de control adecuadas, aunque limitadas a sus instituciones, principalmente en lo que respecta al control del descarte.

Los farmacéuticos ahora validan que la medicación, el paciente, la dosis, la concentración y la frecuencia sean correctos. Cada ampolla o unidad que se entrega es contra indicación de un paciente concreto. Una vez aplicadas, las ampollas o cualquiera sea el envase original tienen que devolverse a la farmacia cerrados si no se utilizaron, vacíos si se utilizaron por completo o, de lo contrario, con la cantidad que no se haya aplicado y que habrá que descartar.

Pero el caso del anestesiólogo fallecido (más otros pasados que recién ahora adquieren notoriedad pública) se muestra en nuestro país como un caso policíaco cuando, más allá de serlo, nos señala una **falla** (una más) **institucional y sanitaria**. Muestra de fragilidad institucional, endeblez gubernamental, precariedad política y vulnerabilidad ciudadana. Como advertía Marc Lalonde, la salud de una comunidad se encuentra influida por **determinantes** estructurales y directos, por **condicionantes** biológicos, psicosociales y socioculturales que facilitan o dificultan las respuestas, y por factores **predisponentes**, vinculados a hábitos, actividades y situaciones que aumentan la probabilidad de determinados daños o enfermedades. Si no estamos en condiciones de garantizar la trazabilidad de elementos intrahospitalarios, de uso selectivo en quirófanos, poco cabe esperar de articulaciones logísticas más amplias.

La pregunta de fondo es sanitaria antes que tecnológica: cómo incorporar herramientas poderosas sin resignar equidad, seguridad ni confianza pública. El problema no es solo generar buenas ideas, sino cerrar la brecha entre innovación y adopción. Pero en nuestro país no hay brecha sino desgarró y regresión, que lleva a la actual indefensión sanitaria.

Indaguemos. ¿Quién nos cuida? ¿Quién orienta? ¿Quién supervisa? ¿Quién acredita/habilita/categoriza/capacita? ¿Quién evalúa? ¿Quién planifica? Son funciones indelegables del Estado la justicia, la seguridad, la educación y la salud; sin embargo, hoy

“ La pregunta de fondo es sanitaria antes que tecnológica: cómo incorporar herramientas poderosas sin resignar equidad, seguridad ni confianza pública. El problema no es solo generar buenas ideas, sino cerrar la brecha entre innovación y adopción. Pero en nuestro país no hay brecha sino desgarró y regresión, que lleva a la actual indefensión sanitaria. ”

asistimos a un Estado mutilado en sus capacidades de regulación y contralor del área sanitaria, mientras con frecuencia se pretende reducir su papel a una mera instancia de mediación. Cuando ello ocurre, se debilita la posibilidad misma de construir políticas sanitarias efectivas, ya que éstas sólo alcanzan consistencia cuando el Estado se involucra activamente en su definición, diseño e implementación. De ahí que la salud de la población deba reconocerse no sólo como un servicio, sino como una expresión inseparable de soberanía y dignidad.

Es decir, necesitamos un Gabinete Estratégico de Gestión Operacional, que englobe la gobernanza sanitaria de manera multidisciplinar y federal en todo el territorio nacional. Es indispensable que exista una estrategia única, que puede y debe expresarse en diversas fases, tácticas y abordajes a lo largo y ancho del país, pero con un mando central de coordinación con responsabilidad profesional y respaldo político.

Sería, entonces, una co-gobernanza de gestión política-científica bajo la coordinación profesional de un gabinete nacional que actúe sobre la totalidad del territorio. De esta manera se unificarían criterios y responsabilidades, que deberían eludir la burocratización excesiva que traba la acción transformadora.

Se trata, en definitiva, de superar la *anomia* (llamada vulgarmente “fragmentación”) mediante un **acuerdo sanitario público**. Para ello, deben reformularse estrategias, asignar correctamente los recursos, contener los costos y preservar el capital humano con la homogeneización prestacional mediante “empresas públicas de servicios” en una Red Sanitaria de Utilización Pública sin distinción de titularidad jurídica. Estas deberían estar marcadas por el Observatorio Nacional de Salud en referencia al Ordenamiento Territorial, según una red operativa ajustada a los recursos profesionales, el parque tecnológico y una economía de escala, de manera tal que se cumpla con la finalidad de **producir salud y consumir asistencia médica** adecuada, oportuna y eficiente. ■

Bibliografía:

- 1) Fórmula sanitaria = Financiador + Prestador + Proveedor + Usuario / Coordinador (monitoreo + logística) (informática + comunicación).
- 2) Ecuación sanitaria = gobernanza + salud pública.

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). 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).

UNIVERSIDAD ISALUD

CARRERAS DE GRADO

+ POSGRADOS

+ CURSOS

SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

ECONOMÍA Y GESTIÓN

ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

AUDITORÍA

MEDICINA LEGAL

Inscribite ahora!

isalud.edu.ar

Instagram, Facebook, Twitter, LinkedIn

¿QUÉ COMPRENDEMOS POR SALUD?



"La armonía es la unificación de lo diverso y la puesta en concordancia de lo discordante".
Filolao de Crotona

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

En la Magna Grecia, Crotona, ubicada en el sur de Italia se desarrolló la escuela pitagórica. Su creador dio a luz una constelación de ciencias de la vida, y entre ellas las de una salud integral, dependiente de la armonía del ser humano con el cosmos, la música, las proporciones numéricas, patrimonio vivo de la humanidad.

Pitágoras se nutrió de saberes en el Asia menor, Babilonia, Egipto donde paso una larga estadía. Regreso ya grande a Grecia a la isla de Samos, pero fue perseguido por el tirano Polícrates, por lo que huyo a Crotona donde pudo establecer su trascendente comunidad de estudiosos. ⁽¹⁾

Se caso con Theano, mujer de notoria inteligencia, brillante pensadora, música, matemática, astrónoma, (*tratado de la piedad, poliedros, etc.*) formaron una gran familia con sus hijos e innumerables discípulos, que continuaron la obra luego de su muerte.

Uno de sus más brillantes referentes es Filolao (470/385 A.C) médico, astrónomo, filósofo, músico, matemático, discípulo notable de Pitágoras, erudito a quien le debemos, la transmisión escrita de los conocimientos pitagóricos ⁽²⁾, la teoría, que la tierra no es el centro del universo, y que esta esfera órbita, junto a otros planetas y el sol, alrededor de un gran fuego invisible. ⁽³⁾

Su legado es inmenso desde la obra de Platón ⁽⁴⁾, a la de Nicolas Copérnico que luego de 18 siglos, alrededor de 1503 desarrolla su teoría heliocéntrica, solo fue publicada después de su muerte (1543) por temor a ser reprimido por los dogmas geocéntricos de su época... Esta teoría copernicana dio un giro a la ciencia de 180 grados, que transformó, nuestra visión del universo.

La lista de científicos altruistas que consagraron su vida al bien común es infinita y llamativa sus persecuciones, frente a la oscuridad de la ignorancia que les temía y les teme también ahora.



La salud amenazada

La Argentina hoy transita por una etapa de políticas erráticas. Sus impactos sísmicos son ignorados por una gran mayoría adormecida y ávida de fuegos artificiales, a pesar de que estas y varias generaciones son y serán sus víctimas. ⁽⁵⁾

Niegan el cambio climático, las inequidades, la inseguridad económica, energética, alimenticia, **el valor estructural de una enseñanza pública, gratuita y federal**, la necesidad imprescindible de la ciencia, el arte, la protección de los valores esenciales de la vida, todo esto constituye una grave afrenta a la esencia de todo ser, a la salud humana, animal vegetal, ambiental. ⁽⁶⁾

Políticas que nos excluyen del concierto de las naciones. La salida de la Organización Mundial de la Salud, el retiro de la cumbre del clima (COP29) y de más de 50 tratados internacionales sobre las severas crisis planetarias permanentes y amplificadas.

La destrucción sistemática de instituciones científicas, de aquellas que cuidan el ambiente, del manejo del fuego, el cierre del Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), solo por citar algunas, el cierre de fábricas emblemáticas.

Despidos masivos que provocan el aumento bochornoso de la pobreza, desocupación, eventos psicoemocionales y de todo orden, que generan multiplicidad de tensiones que inciden en toda la trama social. La ley de glaciares es un horror, que no solo compromete a los argentinos también es una grave herida al futuro de la comunidad humana. ⁽⁶⁾

¿Qué relaciona todo esto con la gestión sanitaria? ¿Qué idea tenemos nosotros y los demás sobre la salud?

Es increíble ver la fragmentación absurda a la hora tomar determinaciones en todos los ámbitos. Si observamos los reclamos ambientalistas, son ignorados por la mayoría de los dirigentes políticos. Pero lo son también por aquellos que reivindicar salarios dignos, por padres y educadores alejados de regiones del sur.

Ambientalistas defensores de los humedales, desconectados entre sí y de los diversos grupos que reivindican cada cual su fragmento. Periodistas ocupados por cortinas de humo mediático, sobre corrupciones y chismes políticos. No se advierte que un glaciar, es una reserva natural única de agua dulce, que no puede ser reemplazada por explotación minera. Y representa una severa herida a la salud.

Si señalamos la necesidad imperiosa de encontrar respuestas eco ambientales, sustentables y sostenidas, esto queda relegado a compartimentos estancos, que no tienen resonancia en la mayoría de las instituciones académicas, sociedades científicas, o agrupaciones de todo orden.

Los conocimientos de las diversas disciplinas son fragmentarios y desconectados para resolver problemas complejos y de transformaciones dinámicas que exigen de la especialidad en una práctica interdisciplinaria, transdisciplinaria e intersectorial. ⁽⁷⁾

La niñez y adolescencia padece epidemias de adicción a las pantallas, brotes de violencia escolar, que desconocíamos antes en nuestro país, y hoy son multiplicadas por las redes de comunicación. Tenemos severos problemas con la lectoescritura, no solo en los niveles primarios y secundarios de educación, también en residencias médicas y posgrados.

“La destrucción sistemática de instituciones científicas, de aquellas que cuidan el ambiente, del manejo del fuego, el cierre del Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), solo por citar algunas, el cierre de fábricas emblemáticas.”

La Inteligencia Artificial (IA) que es una herramienta útil y necesaria, no puede reemplazar a la intuición, la percepción, la facultad de pensar por sí mismo, la reflexión, la imaginación, el sentido común, la elaboración y redacción de textos, no podemos entregar nuestro legado genético, psicoemocional, intelectual y espiritual a la definición de una máquina, que es alimentada por algoritmos e intereses que tenemos la responsabilidad de discriminar para tomar lo positivo y desechar las manipulaciones. ⁽⁸⁾

Enumerar todos estos males es minimizarlos, pero no puedo dejar de señalar algunos solo a modo de sensibilización. ⁽⁹⁾

¿Cómo va a incidir todo esto en la práctica médica asistencial? ¿Cómo vamos a implementar la gestión sanitaria? ¿Cómo financiar el costo de medicamentos? ¿Para qué sirve la epidemiología social? ⁽⁹⁾ ¿Por qué citar a los sabios antiguos?

Patrimonios

Los profesionales que venimos de larga data, transitando la enseñanza, la investigación y capacitación, la divulgación científica. Trabajando en la asistencia médica, en la gestión sanitaria, o las

reivindicaciones en salud, conocemos la lucha por integrar voluntades y encontrar respuestas útiles. Sabemos con pena que la declaración de Alma Ata **“Salud para todos en el año 2000”**, quedo en el olvido. Entonces, luego de toda una vida es tiempo de encontrar respuestas creativas y eficientes. *Sumar voluntades y conocimientos de tanta gente valiosa y altruista.*

*La salud patrimonio de la humanidad es una puerta de entrada para poner en evidencia el valor de la salud integral, para tratar este tema esencial, también fuera de los ámbitos de este sector y en este contexto, **la Medicina Familiar un patrimonio estratégico**, como primer nivel de complejidad para optimizar la inversión en salud.* ⁽¹⁰⁾ ■

Bibliografía:

1. Henriette Edwige Chardak - Enigma Pitágoras - Vida y Obra de Pitágoras y de su esposa Teano Editorial - El Ateneo - ISBN9500204339.
2. Tomás Fernández E. Tamaro «Biografía de Filolao» Internet Barcelona - España Editorial - Biografías y Vidas 2004 disponible en: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/f/filolao.htm>
3. Joscelyn Godwin - Armonía de las esferas - Editorial Atlanta - ISBN9788493651022
4. Francisco García Bazán - Editorial Biblos - ISBN: 9789507864599
5. OMS Una sola salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>
6. Maristella Svampa - Policrisis - Editorial Siglo veintiuno - ISBN9789878014821
7. Edgar Morin - las lecciones de la Historia ¿Podemos aprender de nuestro pasado? Editorial Taurus - ISBN 97898773715676.
8. Sadim Eric "La vida espectral - Pensar la Era del Metaverso, las inteligencias artificiales generativas" Editorial Caja Negra 2024 - Bs As. Argentina - ISBN 9789878272177.
9. Breilh Jaime - Epidemiología Crítica - Editorial Lugar Bs As 2020 - ISBN 9789508921475.
10. Thomas Piketty - La economía de las desigualdades - Editorial Siglo veintiuno - ISBN 9789876295031.

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



La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

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

Nuestro Valor

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

Nuestras publicaciones






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

EL SECTOR SALUD EN TERAPIA INTENSIVA



Por el Dr. Héctor Pezzella (*)

El sector de la salud viene reclamando a los sucesivos gobiernos que asuman a la salud como una de las prioridades esenciales. Salvo en época de pandemia nunca estuvo en el centro de la agenda pública y en las diferentes encuestas siempre aparece como una de las últimas prioridades de la población.

Sin embargo y es una paradoja, que ese reclamo y esa falta de centralidad para la población, haya cambiado bruscamente a partir de la aparición de varios eventos (denuncias de fraudes, fentanilo, conflictos con el Garrahan, etc.) producto de marcadas impericias y de hechos delictivos aún poco claros.

Ha pasado más de un año y medio desde el inicio de la nueva gestión nacional en salud (con cambio Ministerial incluido) y desde nuestra perspectiva no existe claramente un derrotero que muestre cual es el modelo de sistema de salud que se pretende para todo el país. Las acciones que se han desarrollado, aplicadas sobre todo en el sector privado (que cubre a muy poca población), no muestran cual es el camino para mejorar la calidad del sistema y su equidad para el 100% de la población.

Desde hace tiempo definimos a nuestro país en transición epidemiológica. Sin embargo, es ampliamente difundido que desde hace unos años existe un incremento de enfermedades infecciosas, tales como la tuberculosis, las ETS (sífilis, gonorrea, HIV, etc.) sarampión, enfermedades respiratorias agudas, hepatitis A, etc., que son producto de la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, y de dificultades de acceso al sistema de salud y de la disminución de las tasas de vacunación.

Son todas señales epidemiológicas de países poco desarrollados y no se debe descartar que veremos su impacto en los indicadores poblacionales a futuro. Estos son problemas de toda la Nación, no jurisdiccionales. Se ha repetido que la salud constitucionalmente es una responsabilidad provincial, pero es indiscutible que la seguridad social (Obras Sociales Nacionales, PAMI, Prepagas, etc.) son responsabilidad del gobierno Nacional.

Que la salud sea una responsabilidad provincial no es óbice para recordar que la Argentina es una sola y que la función de "Rectoría" es patrimonio de la Nación y que la gobernanza es compartida entre todos, pero con coordinación nacional. Y si

bien la pobreza y la desnutrición son determinantes sociales muy importantes, todo lo que se haga desde el sistema sanitario, por lo menos sirve para paliar la diferencia de igualdad y equidad del conjunto.

La consigna del Gobierno Nacional y de su Ministerio de Salud ha sido el reordenamiento del sistema con pilares en la libre elección y la desregulación. Es perfectamente conocido desde la Salud Pública de la necesidad de regular en muchos ámbitos para asegurar calidad, y efectividad, tal cual lo hacen los sistemas de salud de los países más desarrollados, logrando mejores resultados poblacionales.

Las medidas inadecuadas de desregulación impactan gravemente en la calidad de los modelos. A nivel internacional la Argentina decidió, siguiendo a EE. UU., retirarse de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aduciendo múltiples errores de la OMS, estructuras burocráticas y priorización de intereses políticos.

Se coordinó con las provincias un plan de vacunación y de abordaje del dengue, y luego del brote de sarampión uno similar para esta patología, debiendo tenerse en cuenta que los indicadores de cobertura en vacunas están muy deprimidos desde la pandemia, por lo que es necesario un planteo integral de vacunación.

Se implementó la receta electrónica y la matriculación digital (avances destacables). También se desregularon medicamentos que pasaron a ser de venta libre con la idea de reducir costos de adquisición por los usuarios, efecto que se logró, pero sin considerar que ello generó la falta de cobertura de estos por las obras sociales y prepagas, impactando una vez más en el gasto de bolsillo de una población ya de por sí económicamente muy castigada.

Se ha visto una reducción de cobertura de muchos medicamentos en el PAMI, lo que impacta sobre jubilados con escasos recursos. Según informes oficiales se ha moderado el aumento del precio de los medicamentos, en algunos meses por debajo de la inflación.

Es necesario analizar específicamente que ha ocurrido con las drogas de mayor consumo, sobre todo, porque el impacto de los medicamentos es muy importante sobre todo en las clases más deprimidas. Es necesaria una política nacional de medicamentos no limitada al precio de venta de estos y abordar los medicamentos de alto costo por su impacto en el sistema.

Se han producido cambios significativos en la regulación de las obras sociales y empresas de medicina prepaga, que aparecen como los ejes fundamentales del Gobierno, aunque las EMP dan cobertura a un porcentaje muy reducido de la población y sobre todo de los sectores socioeconómicos más altos.

Desde la SSSalud se ha comenzado un proceso de auditoría de obras sociales reduciendo la cantidad de entidades que por su masa de beneficiarios o por su crisis financiera son insustentables. Es una medida apropiada y solicitada desde diferentes sectores.

El control del gasto médico se ha convertido en uno de los principales desafíos para todas las instituciones de salud, obras sociales y empresas de medicina prepaga. Existen dificultades para analizar la información, incremento del gasto sin una causa muy clara con desvíos en las prestaciones. Se torna necesario ordenar procesos, optimizar los recursos y mejorar las decisiones a tomar respecto a la eficiencia y eficacia en las prestaciones, centradas en la calidad y seguridad del paciente.

Al mismo tiempo, sin embargo, se han producido algunas intervenciones de obras sociales que han generado serios cuestionamientos desde el sector por la forma en que se han

“Respecto al PMO, no se han publicado, como canasta de prestaciones, ningún tipo de nuevo análisis de este y los trabajos para su modificación por líneas de cuidados, realizados con financiamiento del BID, han quedado cancelados a la fecha.”

realizado. Ha sido acertada sin dudas la eliminación de terceras obras sociales como mecanismo para desregular aportes, aunque ello no ha impactado en los valores de las cuotas como se había previsto.

Tampoco se tiene muy claro aún como impactan las medidas en el sector de obras sociales, habida cuenta que favorecer el pase de las personas con mejores sueldos y menor carga de enfermedad al sector privado perjudica a un sistema solidario como es el de las Obras Sociales, donde quedan los salarios más bajos, y los beneficiarios con patología y les dificulta aún más la cobertura del PMO obligatorio.

Respecto al PMO, no se han publicado, como canasta de prestaciones, ningún tipo de nuevo análisis de este y los trabajos para su modificación por líneas de cuidados, realizados con financiamiento del BID, han quedado cancelados a la fecha.

Desde nuestras publicaciones del costeo del PMO, año a año, se marcó como imprescindible, como política Nacional, la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (AGNET). Analizar la costo-efectividad de la tecnología de alto costo, analizar su cobertura y al mismo tiempo aportar conocimientos a la justicia para reducir la litigiosidad.

El Gobierno Nacional en marzo 2025 comunicó la creación, mediante decreto del Poder Ejecutivo, de la Agencia Nacional de Evaluación de Financiamiento de Tecnologías Sanitarias (ANEFiTS). Esa comunicación no ha sido plasmada en hechos y como en versiones anteriores de varios proyectos de leyes (algunos todavía con estado parlamentario), han existido seguramente motivos de mucho peso, intereses e influencias para que no haya ocurrido.

Debe destacarse como un elemento importante para abordar la alta litigiosidad del sistema, la creación del PROMESA. La aplicación de mediación prejudicial en materia de salud como solución alternativa de conflictos, aparece como muy conveniente según el análisis realizado por expertos.

Un tema esencial para repasar en este último año es el estado de situación de los recursos humanos en salud y su formación. A los complejos problemas presupuestarios de las universidades públicas y las bajas tasas de graduación, se ha sumado el tema de la residencia, para cuyo ingreso estuvo vigente el examen único con el que, cada año, se cubre gran parte de los cupos en el país para las residencias en medicina, enfermería y bioquímica.

Fue una política en salud que logró sostenerse a lo largo de distintos gobiernos y gestiones nacionales, y que, sin dudas, necesita modificaciones. Este año, un examen irregular, llevó a que el Ministerio de Salud suspendiera en adelante el examen único dejando como potestad de cada jurisdicción su realización. La medida es por lo menos cuestionable en lo que tiene que ver con la menor articulación de la calidad del recurso humano entre los diferentes estamentos, lo que atenta contra la igualdad del sistema.

Las residencias no son obligatorias (posiblemente deberían serlo). Cada vez menos recibidos las eligen porque durante su desarrollo la expectativa salarial es muy baja y la carga asistencial es muy alta, y las condiciones laborales precarias. Los

que deciden su realización eligen sobre todo las especialidades con mejor rendimiento económico en el sistema, con el consiguiente desmedro de muchas del primer nivel, esenciales, o de las de cuidados especiales. En general es muy grave la crisis de los recursos humanos del sector, médicos, enfermeras, técnicos, etc.

Los hospitales nacionales están perdiendo recursos muy calificados por las bajas remuneraciones. Recursos que pasan al sector privado. En el sector privado los honorarios médicos también se encuentran depreciados, hay muchos cobros de copagos, y turnos atrasados para los que quedan dentro del sistema.

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

Parece haberse naturalizado que salud y educación son gastos de bolsillo dejando libradas a las personas a su suerte, y a pacientes y equipos de salud postergados u olvidados. La gente silenciada por el agobio no reclama. La fuerza de lo aspiracional, la crisis y el nuevo descreme de las obras sociales, hacen que las personas se priven de otras cosas, para pagar educación de los hijos y salud.

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

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

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

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

No se soluciona el problema con la delegación en las jurisdicciones de los servicios de salud; sin cambiar el modelo de atención, especialmente cuando hay una sobrecarga en los prestadores públicos. Nadie parece pensar o buscar una salida, y el mercado no lo hará, y queda un agotamiento moral y bajos salarios y honorarios de los equipos de salud que sostienen un sistema, que aumenta su desigualdad y concentración en pocos actores ganadores.

Este presente requiere muchas correcciones que no pueden esperar, reformas profundas y estratégicas para evitar el colapso definitivo del sistema de salud, que se halla en crisis desde hace mucho tiempo. ■

(*) Profesor Universitario USAL. Cirujano Especialista en Salud Pública y Consultor en Gestión y Administración Sanitaria.

¿POR QUÉ LOS PACIENTES PIERDEN LA PACIENCIA?



Por el Dr. Federico Tobar (*)

"En casi todos los sectores, el usuario pasó de ser un sujeto pasivo a un actor informado. En salud, en cambio, el paciente sigue navegando a ciegas".

En 1995 mi jefe, Ginés, me invitó a comer un asado en una casa que había alquilado en El Cazador, en el municipio de Escobar. Me sentí muy honrado, yo era nuevo, apenas estaba llegando al país luego de haber pasado varios años estudiando afuera. Quería ir, pero tenía un problema: no tenía un vehículo para llegar. Quedaba a 55 Km. No sabía cuánto me costaría un taxi, cuánto tardaría, si el conductor era confiable, si me llevaría de paseo por el Conurbano Bonaerense, o si, directamente, me dejaría plantado. Ir implicaba aceptar un alto nivel de incertidumbre.

Recuerdo que entonces tenía un dolor de rodilla y me preocupaba no saber a quién consultar. ¿Un clínico? ¿Un traumatólogo? ¿Un kinesiólogo? ¿Cuál era recomendable? ¿Cómo saber si era confiable? ¿Qué no me pediría estudios o tratamientos innecesarios?

Entonces pensé que vivía la misma incertidumbre tanto al viajar como al requerir atención médica.

Este verano, treinta años más tarde, fui yo quien alquiló una quinta en El Cazador. El transporte no fue ningún desafío. En menos de un minuto podría tomar una decisión informada. A través de una aplicación en mi teléfono veía cuánto cuesta el viaje, cuánto tarda, quién es el conductor, qué reputación tiene y hasta qué opinan otros usuarios.

El transporte dejó de ser una apuesta y pasó a ser un servicio con precio de commodity, predecible y amigable. La mayor conquista no es tecnológica. Es gerencial. Cambió el lugar del usuario: pasó de ser un sujeto pasivo a un actor informado, capaz de comparar, elegir y evaluar.

Como todos los veranos, también este año exageré con el sol. (Uno de mis mayores placeres es acostarme a leer, flotando en una colchoneta inflable, en medio de una pileta). Me aparecieron manchas que me preocuparon, por lo que decidí consultar a un dermatólogo.

Como de costumbre, primero pedí referencias. Llamé por teléfono a cinco consultorios y ninguno me daba turno antes de

mi regreso a la ciudad donde vivo (al otro lado del mundo, literalmente). De modo que comencé a llamar a diferentes médicos a quienes ni conocía ni tenía referencias. No sabía cuándo me atenderían, cuánto me cobrarían o si me pedirían estudios y tratamientos innecesarios.

Reflexioné que la experiencia de usuario de transporte mejoró mucho más que la experiencia de paciente. Pensé que era comprensible que los pacientes perdieran la paciencia. No es que la medicina no haya incorporado tecnología. Sabemos que es todo lo contrario.

Hace treinta años un diagnóstico de HIV era una sentencia de muerte. Hoy es una enfermedad crónica. Hoy el 95% de las hepatitis C se curan. (O, mejor dicho, se podrían curar). La Leucemia mieloide crónica se ha transformado en una enfermedad controlable. Hay una vacuna que previene el HPV, la principal causa de cáncer cervicouterino. Y, sin embargo, mientras la medicina revolucionó la biología, el sistema de salud no logró transformar la experiencia del paciente.

Hace quince años que vivo fuera de la Argentina y sé que no se trata de un problema nacional. He vivido en tres países y he trabajado (y a veces he sido atendido como paciente) en un par de docenas de países. Estoy convencido de que no es un problema argentino. Lo inquietante es que, tres décadas después, en la mayoría de los sistemas de salud del mundo, esa experiencia no ha mejorado sustancialmente.

“Hoy, cuando un paciente necesita atención médica, continúa sin saber con claridad cuánto le va a costar, cuánto va a tardar en ser atendido y en curarse, qué calidad tiene el profesional o cómo fue la experiencia de otros pacientes. Incluso en sistemas de países desarrollados, esta información es fragmentaria, difícil de interpretar o inexistente.”

Hoy, cuando un paciente necesita atención médica, continúa sin saber con claridad cuánto le va a costar, cuánto va a tardar en ser atendido y en curarse, qué calidad tiene el profesional o cómo fue la experiencia de otros pacientes. Incluso en sistemas de países desarrollados, esta información es fragmentaria, difícil de interpretar o inexistente.

Desde la economía, esto fue analizado hace más de medio siglo por Kenneth Arrow, quien explicó que la salud es un mercado atravesado por profundas asimetrías de información.⁽¹⁾ Lo que Arrow no anticipó es que otros sectores con problemas similares -como el transporte o el turismo- lograrían reducir esa asimetría, mientras que la salud permanecería prácticamente intacta.

Desde la sociología, Eliot Freidson mostró cómo la profesión médica consolidó su autoridad sobre la base del monopolio del conocimiento, limitando la capacidad del paciente de cuestionar o elegir.⁽²⁾ Y desde la antropología médica, Arthur Kleinman introdujo el concepto de *illness experience*, mostrando que la enfermedad no es solo un hecho biológico (*disease*), sino una vivencia subjetiva que los sistemas de salud rara vez incorporan en su diseño.⁽³⁾

Lo que tenemos, entonces, es un sistema que organiza la oferta, pero ignora la experiencia. Un sistema que se mira el ombligo. Y eso tiene consecuencias concretas.

No es solo una cuestión de percepción. Una revisión sistemática publicada en *BMJ Open* encontró que una mejor experiencia del paciente se asocia de forma consistente con mejores resultados clínicos y mayor adherencia a los tratamientos.⁽⁴⁾ Sin embargo, según la OMS, hasta el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no siguen correctamente sus tratamientos.⁽⁶⁾ Muchas veces no por falta de acceso, sino por falta de comprensión, acompañamiento o confianza.

El costo no es menor. En Estados Unidos, la falta de adherencia -frecuentemente vinculada a una mala experiencia del paciente- genera costos estimados entre 100 y 300 mil millones de dólares anuales. Es cierto que la experiencia como paciente en Argentina es mucho más agradable que en Estados Unidos. Durante el tiempo que viví allí hice varias consultas médicas. Pero nunca un doctor me miró a los ojos.

Mientras que en otros sectores la experiencia del usuario es un activo estratégico. En salud, sigue siendo una externalidad. Y esa omisión tiene un costo. Un costo en diagnósticos tardíos, en tratamientos abandonados, en la duplicación de estudios y en el gasto ineficiente. Pero, sobre todo, tiene un costo en términos de confianza. O, mejor dicho, un costo en paciencia.

Porque un paciente que no entiende, que no puede anticipar, que no puede comparar, es un paciente que navega el sistema a ciegas.

La paradoja es que ya sabemos cómo resolver esto. No se trata de “uberizar” la salud, sino de hacer algo más básico: reconocer que la experiencia del paciente es un insumo esencial del sistema. Eso implica transparentar la información, medir

sistemáticamente la experiencia, incorporar la voz del paciente en el diseño de los servicios y alinear los incentivos para que esa experiencia importe.

Durante décadas dijimos que el paciente debía estar en el centro. Pero un sistema que no mide su experiencia, que no la compara y que no la usa para tomar decisiones, en realidad lo mantiene en la periferia.

No es la complejidad del sistema lo que nos deja a ciegas. Es haber naturalizado que el paciente no vea. No es que falte información en salud. Es que la información nunca fue pensada para el paciente.

Y la opacidad, en salud, también enferma. ■

Bibliografía:

- 1) Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*.
- 2) Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*
- 3) Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*.
- 4) Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*.
- 5) World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.

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



Toda la información imprescindible sobre el
Sistema de Salud en Argentina

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

EL DESARME DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA

FRAGMENTACIÓN, JUDICIALIZACIÓN Y CRISIS EN EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD



Por el Dr. Maximiliano Germán Ferreira (*)

El sistema de salud argentino atraviesa una de las transformaciones estructurales más profundas de las últimas décadas. Sin embargo, lejos de avanzar hacia un modelo más integrado y eficiente, las reformas recientes han derivado en una creciente fragmentación: normativa, operativa y financiera. Esta fragmentación impacta directamente sobre la relación entre los efectores públicos y los financiadores del sistema, con consecuencias concretas para los pacientes, para la sostenibilidad del sistema y para la sustentabilidad del conjunto.

En ese contexto, el desmantelamiento del régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) constituye uno de los hitos más relevantes -y paradójicamente menos debatidos- del período reciente. La eliminación de un esquema centralizado de validación, auditoría y pago no se limitó a modificar procedimientos administrativos: alteró la lógica misma del financiamiento del subsector público hospitalario, con efectos que aún no han sido plenamente evaluados.

El presente artículo analiza las principales consecuencias de ese proceso, con especial atención a la judicialización creciente del recupero de costos, la proliferación de nomencladores y la ausencia de un marco normativo integrado que garantice previsibilidad y equidad para todos los actores del sistema.

El régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada había logrado, con el tiempo, consolidar un sistema relativamente ordenado de recupero de costos entre efectores públicos y obras sociales. Su arquitectura se apoyaba en tres pilares fundamentales: una plataforma integrada de gestión, un mecanismo de validación automática de beneficiarios y la intervención activa de la Superintendencia de Servicios de Salud como árbitro institucional.

El elemento central de este esquema era el débito automático: un mecanismo que, más allá de las críticas que podía recibir de los financiadores, cumplía una función esencial. Evitaba la judicialización masiva de los conflictos y aseguraba liquidez al sistema público, permitiendo que los hospitales mantuvieran su capacidad operativa sin depender de largos procesos de cobranza.

En términos jurídicos, funcionaba como un mecanismo administrativo de resolución de conflictos con intervención estatal, análogo -en su lógica- a los procedimientos de cobro ejecutivo simplificado propios del derecho público.

Este equilibrio, aunque imperfecto, garantizaba un nivel mínimo de previsibilidad para todas las partes: los hospitales sabían cuándo y cuánto iban a cobrar; las obras sociales conocían sus obligaciones con razonable anticipación; y el Estado ejercía un rol de coordinación que limitaba los conflictos bilaterales.

La previsibilidad no es un lujo administrativo: es una condición de funcionamiento del sistema de salud.

La derogación del SICEPS mediante el Decreto 172/2024 implicó la ruptura abrupta de ese esquema. El decreto eliminó el marco centralizado sin establecer un régimen de transición claro ni una arquitectura alternativa que preservara las funciones esenciales del sistema anterior. A partir de ese momento, cada jurisdicción quedó habilitada -y en los hechos, obligada- a desarrollar su propio mecanismo de recupero de costos, con reglas, nomencladores y procedimientos propios.

El resultado fue inmediato y predecible: fragmentación normativa, superposición de regímenes y pérdida de previsibilidad. Los financiadores pasaron de interactuar con un sistema centralizado a tener que negociar -o litigar- con múltiples actores provinciales y hospitalarios, cada uno con sus propias lógicas, plazos y requisitos formales. Lo que antes era un proceso administrativo relativamente uniforme se convirtió en un mapa de reglas heterogéneas, difíciles de administrar y costosas de cumplir.

La derogación sin sustitución de un régimen integrado constituye en sí misma una decisión de política normativa con consecuencias sistémicas. El vacío regulatorio que genera no es neutral: beneficia a los actores con mayor capacidad de litigar y perjudica a quienes dependen de la certeza del marco para planificar su operación.

En el nuevo escenario, emergieron estructuras específicas de facturación y cobranza, muchas de ellas con una lógica marcadamente empresarial. FACOEP en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, SAMO en la Provincia de Buenos Aires, RECUPERAR/PLER, Provincia de Santa Fe, REFORSAL en Mendoza, SIPROSA en Tucumán, comenzaron a operar como verdaderos recaudadores del sistema público, asumiendo funciones que antes ejercía el Estado de forma centralizada.

Estos actores introducen una dinámica cualitativamente distinta a la del régimen anterior. Su objetivo principal no es la coordinación del sistema sino la maximización del recupero de costos. Esto se traduce en mayor agresividad en el proceso de cobranza, menor margen para la negociación y utilización intensiva de herramientas legales -incluida la transformación de certificados de deuda en títulos ejecutivos- para garantizar el cobro en el menor tiempo posible.

La tercerización de la función recaudatoria en organismos con lógica privada plantea interrogantes normativos relevantes: ¿qué controles existen sobre su actuación? ¿cuál es el régimen de responsabilidad aplicable? ¿en qué medida su intervención respeta las garantías del debido proceso administrativo? Estas preguntas no tienen respuesta clara en el marco regulatorio actual, lo que constituye en sí mismo un déficit de diseño institucional.

La proliferación de nomencladores propios constituye otro de los problemas estructurales del nuevo modelo. Cada jurisdicción fija sus valores de referencia, muchas veces sin parámetros homogéneos, sin metodología de actualización transparente y, en algunos casos, con valores que superan los del sector privado.

“ El presente artículo analiza las principales consecuencias de ese proceso, con especial atención a la judicialización creciente del recupero de costos, la proliferación de nomencladores y la ausencia de un marco normativo integrado que garantice previsibilidad y equidad para todos los actores del sistema. ”

Esto genera una paradoja de difícil justificación: los hospitales públicos, históricamente concebidos como efectores naturales, prestadores de menor costo y mayor accesibilidad, pasan a ser en ciertos casos más onerosos que los privados para las obras sociales. Este fenómeno no es menor: afecta directamente la sustentabilidad financiera de los financiadores, distorsiona los incentivos del sistema y puede derivar en restricciones al acceso prestacional para los beneficiarios.

La ausencia de criterios homogéneos de valuación también dificulta cualquier ejercicio de auditoría o control. Si no existe un parámetro de referencia común, ¿con qué base puede una obra social cuestionar la razonabilidad de un cargo? ¿Y con qué fundamento puede un juez resolver un conflicto sobre montos en disputa? La heterogeneidad normativa no solo genera ineficiencia: genera también inseguridad jurídica.

Uno de los efectos más visibles y preocupantes del nuevo esquema es la judicialización masiva del recupero de costos. La transformación de certificados de deuda en títulos ejecutivos habilita a los efectores -o a los entes de facturación que actúan en su nombre- a promover ejecuciones directas, solicitar embargos y obtener medidas cautelares sin que exista una instancia administrativa previa efectiva en la que las partes puedan debatir la procedencia y el monto de los cargos.

Este fenómeno es problemático por múltiples razones. En primer lugar, incrementa los costos de todas las partes involucradas: los financiadores deben afrontar litigios múltiples y simultáneos; los hospitales deben sostener o contratar estructuras de representación legal; y el sistema judicial absorbe una carga de trabajo que podría resolverse administrativamente. En segundo lugar, distorsiona la relación entre financiadores y efectores, convirtiendo al conflicto judicial en la regla y no en la excepción. En tercer lugar, elimina la posibilidad de soluciones negociadas que podrían ser más eficientes y equitativas para ambas partes.

Desde el punto de vista del derecho administrativo sanitario, la judicialización masiva es un síntoma de fracaso institucional:

indica que el sistema carece de mecanismos adecuados de resolución de conflictos en sede administrativa. Un sistema bien diseñado debería contemplar instancias de revisión, auditoría y conciliación antes de habilitar la vía judicial. La ausencia de esas instancias no es un detalle procesal: es una falla de arquitectura normativa.

Para las obras sociales y otros financiadores del sistema, el escenario resultante implica una presión creciente que opera en múltiples dimensiones. Mayores costos de administración y representación legal; menor previsibilidad en el flujo de obligaciones; multiplicación de interlocutores con lógicas y reglas distintas; e incremento de litigios que consumen recursos sin agregar valor para los beneficiarios.

La ecuación es clara y preocupante: más exigencias formales y económicas, menos herramientas de negociación, y sin un correlato en el financiamiento del sistema que permita sostener ese incremento de costos. El resultado es una presión sobre la cobertura prestacional: recursos que deberían destinarse a garantizar el acceso a servicios de salud se desvían hacia la gestión administrativa y legal del recupero de costos hospitalarios.

El desmantelamiento del régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada no implicó una mejora del sistema de salud argentino. Implicó su fragmentación. El modelo resultante carece de integración, previsibilidad y coordinación, y genera una preocupación creciente entre los distintos actores que, en última instancia, se traducen en menor eficiencia y menor acceso para la población.

La corrección de este proceso requiere algo más que parches normativos parciales. En mi criterio -y en un escenario crítico para la seguridad social- resulta imprescindible avanzar hacia un nuevo esquema que recupere la lógica de integración del sistema, que establezca reglas claras y homogéneas en materia de nomencladores y procedimientos de recupero, que prevea instancias administrativas efectivas de resolución de conflictos antes de habilitar la vía judicial, y que garantice la sustentabilidad financiera de todos los actores involucrados.

Esto exige definir el nivel normativo adecuado -si es necesaria una ley, un decreto de alcance general o un acuerdo federal entre jurisdicciones-, establecer criterios de valuación homogéneos con metodología de actualización transparente, y regular la actuación de los entes de facturación intermedios para garantizar que su intervención respete las garantías del debido proceso.

Sin un marco normativo integrado, el riesgo es evidente y concreto: un sistema de salud cada vez más judicializado, más costoso, más empobrecido y menos eficiente en garantizar el derecho a la salud como bien público fundamental. ■

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

SALUD DIGITAL, IDENTIDAD, CIBERSEGURIDAD Y RESPONSABILIDAD: HACIA UN MODELO JURÍDICO DE GARANTÍAS INTEGRADAS



Por el Dr. Mauro Brangold (*)

La transformación digital en salud no constituye simplemente una innovación tecnológica, sino un cambio estructural en la naturaleza del acto médico. Como señala Eric Topol (2019), la medicina contemporánea se encuentra en un proceso de “rehumanización mediada por tecnología”, en el cual la inteligencia artificial y las plataformas digitales no sustituyen al médico, pero reconfiguran profundamente su rol.

Sin embargo, esta transformación introduce un problema central: la pérdida de las garantías implícitas que la presencialidad aseguraba. Tal como advierte Lucian Leape (1994), los sistemas complejos requieren rediseñar sus mecanismos de seguridad cuando cambian sus condiciones operativas. En salud digital, esto implica reconstruir explícitamente la identidad, la confidencialidad y la responsabilidad.

De la confianza presunta a la confianza verificable

El pasaje de la medicina presencial a la digital implica una transición epistemológica clave: de la confianza presunta → a la confianza verificable.

En términos de Niklas Luhmann (1996), la confianza es un mecanismo de reducción de complejidad. En el entorno digital, donde la interacción está mediada por sistemas técnicos, esta función ya no puede sostenerse únicamente en la relación interpersonal, sino que debe institucionalizarse en infraestructuras verificables.

Este cambio se alinea con el enfoque de National Institute of Standards and Technology, que define la confianza digital en términos de identidad, autenticación, integridad y trazabilidad (NIST, 2020).

Marco normativo y responsabilidad profesional

La Ley 17.132 establece el principio rector del sistema: el acto médico es personal, indelegable y responsable.

Este principio entra en tensión directa con ciertas dinámicas de la salud digital, particularmente aquellas que introducen intermediación tecnológica o automatización.

Desde la perspectiva de la bioética, Edmund Pellegrino (2000) sostiene que la relación médico-paciente es intrínsecamente moral y no puede reducirse a un intercambio técnico.

En consecuencia, cualquier mediación tecnológica debe preservar la responsabilidad moral y jurídica del profesional.

Secreto profesional y confidencialidad en sistemas digitales

La evolución del secreto profesional hacia la confidencialidad sistémica puede analizarse a la luz del GDPR, que considera los datos de salud como una categoría especial de protección reforzada.

El European Data Protection Supervisor ha señalado que la protección de datos en salud requiere no solo normas, sino infraestructuras de confianza institucional (EDPS, 2020).

En términos de seguridad, el modelo de HIPAA introduce una distinción clave entre:

- Salvaguardas administrativas.
- Salvaguardas físicas.
- Salvaguardas técnicas.

Esta estructura tripartita permite comprender que la confidencialidad no es una propiedad del profesional, sino del sistema.

Ciberseguridad como condición de posibilidad del acto médico

La literatura en ciberseguridad coincide en que los sistemas sanitarios son infraestructuras críticas.

Según World Health Organization (2021), la digitalización de la salud incrementa exponencialmente la superficie de ataque, lo que exige estrategias de seguridad integradas.

El enfoque del National Institute of Standards and Technology (2020) propone un marco basado en cinco funciones:

1. Identify.
2. Protect.
3. Detect.
4. Respond.
5. Recover.

Este modelo es particularmente relevante para la salud digital, donde una falla de seguridad puede traducirse directamente en daño clínico.

Identidad digital y crisis de autenticidad

La identidad es el eje crítico del sistema. En el entorno digital, la posibilidad de disociar presencia física e identidad genera un nuevo tipo de riesgo: la crisis de autenticidad.

Como plantea Shoshana Zuboff (2019), las plataformas digitales tienden a generar asimetrías de información que pueden erosionar la autonomía del usuario.

En salud, esto se traduce en la necesidad de garantizar que:

- ✓ El médico sea quien dice ser.
- ✓ El paciente sea quien dice ser.
- ✓ El acto clínico sea atribuible.

Inteligencia artificial y límites de la delegación clínica

La incorporación de IA en salud ha sido ampliamente discutida.

Atul Gawande (2018) sostiene que la tecnología debe funcionar como soporte, no como sustituto del juicio clínico.

Sin embargo, la IA generativa introduce un escenario nuevo:

- Posibilidad de simular interacción humana.
- Generación autónoma de contenido clínico.
- Riesgo de opacidad en la toma de decisiones.

Esto plantea un límite fundamental: la delegación tecnológica no puede implicar delegación de responsabilidad.

Evaluación del sistema argentino en perspectiva comparada

Comparativamente:

- ✓ EE.UU (HIPAA) → enfoque operativo en seguridad.
- ✓ UE (GDPR + EHDS) → enfoque en derechos y control del paciente

Argentina se ubica en una posición intermedia:

- ✓ Fuerte base normativa.
- ✓ Débil integración operativa.

Esto coincide con lo que Organización Panamericana de la Salud ha identificado como uno de los principales desafíos en América Latina: la brecha entre regulación y capacidad de implementación (OPS, 2022).

Modelo Brangold: "Garantías Integradas en Salud Digital"

A partir del análisis precedente, se propone un modelo estructurado en 5 (cinco) dimensiones:

- Identidad digital fuerte.
- Trazabilidad integral.
- Ciberseguridad obligatoria.
- Control activo del paciente.
- Regulación de inteligencia artificial.

Este modelo se alinea con los principios de sistemas complejos y con el enfoque de seguridad del paciente desarrollado por Leape (1994).

Conclusión

La salud digital redefine el acto médico, no por la tecnología en sí misma, sino por la necesidad de reconstruir las condiciones que garantizan su legitimidad.

El desafío no es digitalizar la medicina, sino hacerla jurídicamente verificable en entornos digitales. ■

Referencias:

1. Topol, E. (2019). Deep Medicine. Basic Books.
2. Luhmann, N. (1996). Trust and Power. Wiley.
3. Pellegrino, E. (2000). The Philosophy of Medicine Reborn. University of Notre Dame Press.
4. Leape, L. (1994). Error in medicine. JAMA.
5. Gawande, A. (2018). The Checklist Manifesto.
6. Zuboff, S. (2019). The Age of Surveillance Capitalism.
7. World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health.
8. NIST. (2020). Cybersecurity Framework.
9. OPS. (2022). Salud digital en las Américas.
10. Congreso de la Nación Argentina. Leyes 17.132, 25.326, 26.529, 27.553, 27.706.

(*) Médico. Especialista Universitario en salud pública. Magister en Administración y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Jefe Unidad Hospital Juan A Fernández. Docente Universitario. Secretario Académico - Facultad de Ciencias Médicas Pontificia Universidad Católica Argentina.

Comunicación para la salud

Comunicación de Gestión
Comunicación con el paciente
Publicidad
Redes Sociales
Web sites
Publicaciones
Newsletters
Producción de contenidos
Diseño gráfico integral
Videocomunicación



f X in hacerydecir



Comunicación
Diseño
Publicidad

Paraná 326 Piso 11 Of. 43. 1017 CABA.
(011) 5244 8331
www.hacerydecir.com.ar | info@hacerydecir.com.ar



EL MODELO DE LAS CUATRO COLUMNAS: UNA MIRADA DESDE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE



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

La medicina nunca fue tan precisa como en estos tiempos, y sin embargo, la insatisfacción crece. ¿Qué está fallando cuando, aun con tecnología y conocimiento de excelencia, los resultados no alcanzan?

Esteban Pereyra Iraola⁽¹⁾ aporta una mirada construida desde 45 años dentro del sistema de salud, atravesando tratamientos complejos y enfermedades crónicas. Su propuesta es clara: la calidad de vida no depende de un acto médico aislado, sino del equilibrio entre múltiples factores.

Su modelo de “la mesa de cuatro patas” invita a repensar la medicina como una construcción colectiva, donde cada dimensión -técnica, médica, emocional y personal- define el verdadero resultado.

-Si hoy tenemos la mejor medicina de la historia, ¿por qué tantos pacientes y también profesionales siguen insatisfechos?

Porque confundimos precisión con resultado. La medicina avanzó de forma extraordinaria en lo técnico, pero eso no garantiza calidad de vida. Después de 45 años atravesando tratamientos complejos, entendí que el éxito no es un acto médico aislado: es un equilibrio. Por eso hablo de una “mesa de cuatro patas”. Si una falla, el sistema se inclina. Si fallan dos, se cae. Y eso pasa incluso en los entornos más sofisticados.

-¿Qué estamos dejando de mirar?

Que la salud no es un proceso puramente biológico. Es una construcción colectiva. Nos enfocamos en la aparatología, en los protocolos, pero olvidamos que todo eso depende de personas. Y las personas -pacientes, técnicos, médicos, familias- están atravesadas por emociones, cansancio, contexto. Cuando eso no se integra, el sistema empieza a fallar, aunque todo “en teoría” funcione bien.

-Hablemos del primer soporte: la tecnología. ¿Es realmente una fortaleza o también puede ser una trampa?

Es ambas cosas. La tecnología es extraordinaria, pero no funciona sola. Necesita de quienes la operan. Y ahí aparece una tensión muy fuerte: el personal técnico es probablemente el más exigido y el menos cuidado. Jornadas extensas, poco tiempo para capacitarse, presión constante. Un sistema que no cuida a sus técnicos está comprometiendo directamente la calidad del tratamiento.

-¿Está diciendo que el estado del técnico impacta clínicamente en el paciente?

Exactamente. Un técnico agotado no puede sostener calidad. En cambio, cuando está formado, descansado y reconocido, la tecnología se potencia. Yo lo viví muchas veces: el diferencial no era la máquina, era la persona detrás. Por eso digo algo que debería ser obvio, pero no lo es: cuidar al personal técnico es cuidar al paciente.

-¿Y qué pasa con el médico, que sigue siendo la figura central del sistema?

El médico hoy está en una encrucijada. Se le exige excelencia, pero se lo empuja a funcionar dentro de una lógica administrativa que fragmenta su tiempo. Muchas veces termina siendo la cara visible de problemas que no dependen de él. Eso desgasta y distorsiona su rol. El médico debería poder pensar, investigar, diseñar estrategias de salud, no solo gestionar restricciones.

-También hay un cambio cultural pendiente en esa relación, ¿no?

Sí, y es clave. Durante mucho tiempo el paciente fue pasivo. Pero en tratamientos crónicos eso no funciona más. Cuando el paciente participa, pregunta, se involucra, el tratamiento mejora. Yo tuve médicos que entendieron eso y me integraron. Ahí cambia todo. Se deja de tratar una enfermedad y se empieza a acompañar a una persona.

-La tercera columna que usted plantea es el entorno. ¿Por qué es tan determinante?

Porque ningún tratamiento ocurre en aislamiento. Ocurre en una vida real, con vínculos reales. El problema es que el entorno muchas veces actúa desde el miedo. Y el miedo lleva a la sobreprotección. Cuando eso pasa, el paciente pierde autonomía y entra en una lógica de pasividad que lo debilita aún más.

-¿Cómo debería actuar entonces la familia o el entorno cercano?

Acompañando, pero no reemplazando. Impulsando, no limitando. El mejor entorno no es el que “hace todo por el paciente”, sino el que lo desafía a seguir activo, a sostener su identidad. En mi caso, mi familia y mis amigos fueron un motor. No me dejaron quedarme en la enfermedad. Y eso fue tan importante como cualquier tratamiento.

“Después de 45 años atravesando tratamientos complejos, entendí que el éxito no es un acto médico aislado: es un equilibrio.”

“El médico hoy está en una encrucijada. Se le exige excelencia, pero se lo empuja a funcionar dentro de una lógica administrativa que fragmenta su tiempo. Muchas veces termina siendo la cara visible de problemas que no dependen de él.”

-Llegamos a la última columna: el paciente. ¿Qué pasa cuando esa pata falla?

Pasa todo. Si el paciente se vuelve pasivo, el sistema pierde sentido. El mayor riesgo es el “estancamiento”: aceptar el deterioro como algo inevitable. Ahí se rompe algo más profundo que lo físico. El paciente tiene que decidir si va a ser protagonista o espectador de su propia vida.

-Suena fuerte. ¿Todos pueden hacerlo?

No es fácil, pero es posible. Y, sobre todo, es necesario. La normalidad cambia, claro. Pero no desaparece. Se reconstruye. El paciente tiene que exigir calidad de vida, involucrarse, sostener su lugar. Nadie puede hacer eso por él.

-Si tuviera que dejar un mensaje incómodo-pero necesario para el sistema de salud, ¿cuál sería?

Que no alcanza con hacer bien la medicina. Hay que hacerla humana. Y eso implica entender que el resultado no depende de una sola variable. Depende de cómo interactúan todas. Cuando el sistema cuida a sus profesionales, cuando los profesionales integran al paciente y cuando el entorno acompaña sin anular, aparece algo distinto: no solo supervivencia, sino vida.

Coincidimos con Esteban, en definitiva, no hay tratamiento sostenible sin conversación.

Cuando el diálogo se vuelve herramienta -y no solo intercambio-, la medicina deja de ser un acto individual para convertirse en un proceso compartido.

Ahí es donde la comunicación deja de ser un complemento y pasa a ser parte del tratamiento. Y donde la mediación en salud abre un nuevo espacio: no para resolver conflictos únicamente, sino para construir acuerdos que sostengan la vida posible de cada paciente. ■

(1) Esteban Pereyra Yraola es un especialista en Comunicación, PNL y Coaching enfocado en la humanización de la asistencia sanitaria y el acompañamiento organizacional. Con más de 40 años como paciente experto, integra su vivencia en procesos de diálisis, trasplante y oncología con herramientas técnicas para optimizar el vínculo médico-paciente y la gestión emocional.

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

Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

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



Seguinos en:

✉ @RevistaMedicos 📷 @revista_medicos

in Revista Médicos f Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

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

25 años de Confianza

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



ANIVERSARIO

SCIENZA

www.scienza.com.ar



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.