

Recursos humanos, calidad y tecnología en salud

El factor humano y la innovación al servicio de la dignidad
del paciente

EJE SALUD

DOCUMENTO 20

SERIE PROYECTO PAÍS 2025

RESUMEN EJECUTIVO

El sistema de salud argentino se encuentra en una crisis estructural, atravesada por diversos factores que lo hacen ineficiente e inequitativo.

Este documento se centra en analizar de manera primordial uno de los elementos más importantes a tener en cuenta para una mejora del sistema de salud: sus recursos humanos y tecnológicos.

Sostenemos que la innovación técnica carece de propósito si no está mediada por profesionales jerarquizados y éticamente comprometidos con la dignidad del paciente.

El análisis revela una tensión crítica entre el avance de la medicina y una precariedad institucional que afecta tanto la calidad de la atención como la seguridad de las personas.

En cuanto al factor humano, se describe un escenario de desvalorización profesional y fuga de talentos que genera zonas sin cobertura especializada.

Para revertir esto, la propuesta busca reconstruir la vocación médica mediante una matrícula

nacional unificada y un esquema de incentivos que fomente el arraigo en regiones vulnerables, permitiendo que el personal de salud recupere su rol social, prestigio y estabilidad económica.

Respecto a la tecnología, el enfoque se desplaza hacia una integración racional y equitativa. Se destaca la necesidad de una agencia técnica que evalúe la incorporación de innovaciones basadas en evidencia para evitar que la judicialización distorsione el presupuesto y colapse el sistema.

Asimismo, se promueve una transformación digital donde la información médica sea propiedad del paciente y fluya entre instituciones para garantizar una atención continua y eficiente.

En conclusión, el texto propone, desde el humanismo integral, un modelo donde el Estado actúe como rector y guía, asegurando que el progreso tecnológico no sea un lujo para pocos, sino un estándar de justicia y cuidado para todos los ciudadanos.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen Ejecutivo -----	1
Introducción: el imperativo del humanismo tecnológico en la era digital -	3
Diagnóstico sistémico: La tensión entre innovación y precariedad -----	4
Análisis de opciones de política pública -----	7
Eje I: Creación y puesta en marcha de la AGNET -----	8
Eje II: Jerarquización del recurso humano -----	10
Eje III: Cultura de la calidad -----	12
Eje IV: Salud digital e interoperabilidad -----	14
Conclusión -----	15
Referencias -----	17
Sobre FaroPaís -----	18
Sobre Proyecto País 2025 -----	19
Equipos de trabajo y Agradecimientos -----	20

RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y TECNOLOGÍA EN SALUD

El factor humano y la innovación al servicio de la dignidad del paciente.

► 1. Introducción Estratégica: el imperativo del humanismo tecnológico en la era digital

La crisis estructural del sistema de salud argentino no es meramente una cuestión de recursos financieros escasos o de desarticulación administrativa; es, en su dimensión más profunda, una crisis de sentido que amenaza los mecanismos más esenciales para cuidar con dignidad a cada persona humana.

Nos encontramos en una encrucijada histórica donde la convergencia de la innovación tecnológica exponencial y la precariedad institucional puede derivar en dos escenarios antagónicos: la deshumanización tecnocrática o la potenciación de las capacidades de cuidado a través de la inteligencia aplicada.

Este documento, centrado en el

análisis de los recursos humanos, calidad y tecnología en la salud, establece las bases doctrinarias y operativas para asegurar que el sistema de salud argentino transite hacia el segundo escenario, subordinando la técnica al servicio de la vida y del respeto a la dignidad inalienable de cada paciente.

La premisa fundamental de esta propuesta, enmarcada en la mirada del humanismo integral, sostiene que la tecnología, por avanzada que sea, carece de propósito si no está mediada por un recurso humano jerarquizado, éticamente comprometido y operando dentro de una cultura de calidad y seguridad certificada. La modernización no es un fin en sí mismo, sino una herramienta para la justicia social.

En un contexto donde persisten "trampas de mortalidad" territorial que condenan a ciudadanos de jurisdicciones vulnerables a

desenlaces fatales evitables, y donde la fragmentación del sistema permite que la judicialización reemplace a la planificación sanitaria basada en evidencia, el Estado debe recuperar su rol rector. No como un administrador burocrático, sino como el garante de un piso de equidad que integre la innovación biomédica con la calidez del trato humano.

El desafío es monumental. Debemos dismantelar la inercia de un sistema que, a pesar de contar con profesionales de excelencia, expulsa talento hacia el exterior y hacia actividades no médicas debido a la falta de incentivos y la asfixia impositiva.

Debemos transformar una cultura organizacional punitiva, que oculta el error médico, en una "cultura justa" de aprendizaje y mejora continua.

Y debemos, imperativamente, ordenar la incorporación de tecnologías de alto costo mediante una agencia técnica independiente (AGNET) que ofrezca seguridad jurídica a los financiadores y equidad en el acceso a los pacientes, frenando la litigiosidad que hoy distorsiona el presupuesto sanitario.

Este documento no es un catálogo de buenas intenciones, sino una hoja de ruta ejecutiva y transformadora.

A través de cuatro líneas de acción estratégica, delineamos los mecanismos precisos para reconstruir el tejido profesional, implementar la calidad como un derecho y utilizar la salud digital para empoderar al ciudadano.

La visión es clara: un sistema donde la historia clínica electrónica viaje con el paciente como un activo de su propiedad, donde el médico recupere su rol social y su estabilidad económica, y donde la tecnología no sea un lujo para pocos, sino un estándar de dignidad para todos.

► 2. Diagnóstico sistémico: La tensión entre innovación y precariedad

Para prescribir las soluciones correctas, es imperativo realizar una autopsia rigurosa de la realidad actual.

El sistema de salud argentino presenta una dicotomía alarmante: conviven en él islas de excelencia tecnológica de nivel mundial con

vastos archipiélagos de precariedad y obsolescencia de gestión.

2.1. La crisis de calidad y la inseguridad del paciente

Uno de los datos más reveladores y preocupantes que surge del diagnóstico de situación es el nivel de acreditación de los establecimientos de salud.

Según los informes técnicos recabados, apenas el 2,52% de los establecimientos de internación en Argentina cuentan con algún tipo de acreditación formal de calidad. Esta cifra es devastadora. Implica que, en la inmensa mayoría de las instituciones donde los argentinos nacen, se curan y mueren, no existen garantías certificadas de que los procesos asistenciales cumplan con estándares mínimos de seguridad.

La falta de acreditación no es un problema burocrático; es un problema de seguridad humana. En ausencia de protocolos estandarizados, la variabilidad de la práctica clínica se dispara. Esto significa que el tratamiento que recibe un paciente depende menos de la evidencia científica y más de la aleatoriedad de la guardia, la formación dispar de los

profesionales o la disponibilidad circunstancial de insumos.

Esta variabilidad es el caldo de cultivo para el error médico prevenible. La calidad, entendida no como lujo sino como seguridad, es hoy la variable de ajuste de un sistema financieramente estresado.

2.2 El colapso del recurso humano y la fuga de talentos

El factor humano es el componente más crítico y, paradójicamente, el más descuidado. El diagnóstico unánime de los expertos es contundente: Argentina enfrenta una crisis vocacional y de retención sin precedentes. Los profesionales de la salud, históricamente un orgullo del capital social argentino, están sometidos a condiciones de pluriempleo, bajos salarios y violencia institucional que erosionan su compromiso y su salud mental.

Los datos de migración profesional son alarmantes. Médicos formados en la universidad pública argentina, con un costo social de formación elevadísimo, están emigrando masivamente a países vecinos como Chile o a Europa (España, Italia) en busca de condiciones dignas.

En Chile, una guardia de fin de

semana puede remunerar lo mismo que un mes entero de trabajo en un hospital argentino. Un cirujano de alta complejidad en Argentina percibe hasta un 90% menos que sus pares internacionales.

Pero el problema no es solo salarial; es de reconocimiento y perspectiva. Relatos de expertos indican, por ejemplo, que biólogos moleculares con doctorados terminan trabajando en oficios no calificados o emigrando porque el sistema local no puede absorberlos ni ofrecerles insumos para trabajar, debido a barreras impositivas absurdas que encarecen los reactivos hasta un 60%.

Esta situación genera "desiertos sanitarios" en el interior del país. Provincias enteras carecen de especialistas críticos como genetistas, neurólogos infantiles o terapistas. La distribución de médicos es profundamente inequitativa, concentrándose en los grandes centros urbanos mientras vastas regiones dependen de generalistas heroicos, pero sin recursos.

2.3. La judicialización y la anomia tecnológica

La tercera arista del diagnóstico es la judicialización descontrolada. Ante la ausencia de una agencia técnica que defina con autoridad qué tecnologías deben cubrirse, los tribunales se han convertido en la ventanilla de entrada a las prestaciones de alto costo.

El 86,7% de los amparos resultan favorables al demandante, obligando al sistema solidario a financiar medicamentos de precios exorbitantes (como el Nusinersen o el Palbociclib) muchas veces sin evidencia concluyente de costo-efectividad para el caso particular.

Este fenómeno, impulsado por una industria farmacéutica agresiva y facilitado por la falta de peritaje técnico y criterios objetivos en el Poder Judicial, drena recursos finitos que deberían destinarse a las patologías prevalentes de la población general.

La "industria del amparo" genera una inequidad perversa: accede a la innovación quien tiene un buen abogado, no quien tiene la mayor necesidad clínica validada por la ciencia. La falta de una AGNET vinculante deja a los financiadores (obras sociales y Estado) en una

situación de indefensión jurídica y quiebra técnica.

► 3. Análisis de opciones de política pública

En el debate de políticas públicas, se suelen presentar dos alternativas polares. A continuación, analizamos por qué ambas fallan en resolver la complejidad del sistema de salud argentino y por qué el camino viable parte desde la mirada del humanismo integral.

Opción A: Desregulación total y mercado tecnológico

Esta visión propone que la libre competencia y la desregulación de precios optimizarán el sistema.

Fundamento técnico: Confía en que el mercado asignará recursos eficientemente y que la competencia bajará costos.

Crítica humanista: En salud, el mercado falla estructuralmente debido, entre otras cosas, a la asimetría de información (el paciente no sabe qué consume) y la inelasticidad de la demanda (nadie elige no enfermarse).

Una desregulación total, sin una rectoría estatal (ej. AGNET), llevaría a una "guerra armamentista" de

marketing médico, donde se induce el consumo de tecnologías caras e innecesarias.

Esto profundiza la inequidad: los recursos se concentran en prestaciones de alto costo para pocos (rentables), mientras se desfinancian la prevención y la atención primaria para muchos. El paciente se convierte en un cliente/consumidor, y el respeto a su dignidad queda supeditada a su capacidad de pago.

Opción B: Centralización estatal y recelo a la innovación

Esta visión propone un sistema único estatal, centralizado y con fuertes restricciones al sector privado.

Fundamento técnico: Busca la equidad a través de la uniformidad y el control estatal absoluto de los recursos.

Crítica humanista: Este modelo ignora la realidad federal y la diversidad de actores de Argentina. La centralización burocrática asfixia la innovación y la eficiencia, como lo demuestran las trabas a la importación de insumos científicos mencionadas anteriormente.

El "servicio civil obligatorio" o la estatización de facto desincentivan

la vocación y provocan la fuga de talentos. La "igualdad" se logra nivelando hacia abajo, condenando a los pacientes a tecnologías obsoletas y listas de espera interminables. Es un modelo que, en nombre del pueblo, termina burocratizando el sufrimiento.

Opción C (desde el humanismo integral): Rectoría, subsidiaridad y solidaridad

La opción que proponemos incorpora cada elemento del sistema en equilibrio y bajo una guía ética.

Fundamento: Estado Rector fuerte (AGNET, Ley de Calidad, Interoperabilidad) que fija las reglas y garantiza la equidad, pero permite la provisión plural (pública, privada, seguridad social) respetando el principio de subsidiaridad.

Superioridad: Reconoce la integralidad de la persona. Utiliza la tecnología y la evidencia (AGNET) para racionalizar el gasto y proteger la sostenibilidad del sistema (garantizando así el bien común), con el fin último de asegurar que la innovación llegue a todos (Solidaridad). Jerarquiza al profesional porque entiende que el cuidado es una relación humana. Es

el único camino que ofrece eficiencia técnica con rostro humano.

Es desde esta mirada que planeamos cuatro ejes de abordaje de estas problemáticas.

► **4. Eje I: Creación y puesta en marcha de la AGNET**

La institucionalización de la evidencia como garante de la equidad.

La propuesta central para reordenar la incorporación de tecnología y frenar la judicialización es la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET).

Este organismo no debe ser una simple comisión consultiva, sino una entidad autárquica con el peso político y técnico suficiente para definir el derecho a la cobertura.

4.1. Naturaleza jurídica y misión técnica

La creación de la AGNET debe materializarse mediante una ley del Congreso que le otorgue autarquía financiera y operativa. Al igual que en otros órdenes, es preciso que dicha norma (que ya cuenta con anteriores proyectos presentados)

se discuta, se trate y apruebe con fuerte consenso y consistencia jurídica para garantizar la viabilidad de su funcionamiento.

Su misión será realizar evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS) para determinar qué medicamentos, dispositivos y procedimientos deben integrar el Programa Médico Obligatorio (PMO) y la canasta básica de prestaciones públicas.

A diferencia de su antecedente directo, la CONETEC (Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud), cuyas recomendaciones no son vinculantes y a menudo son desestimadas por la justicia, las resoluciones de la AGNET deberán ser vinculantes para el financiamiento con fondos públicos y de la seguridad social.

La Agencia debe utilizar criterios explícitos de:

1. Eficacia y seguridad: Evidencia clínica robusta (Fase III/IV).
2. Eficiencia (costo-efectividad): Análisis de costo por Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC), siguiendo estándares internacionales exitosos como el NICE del Reino Unido o las agencias de

Australia y Canadá.

3. Impacto presupuestario: Sostenibilidad financiera para el sistema solidario.

4.2. La AGNET como herramienta para el Poder Judicial

El objetivo estratégico es que la AGNET funcione como el "perito experto natural" del Poder Judicial.

Los jueces, que carecen de formación médica y del estado financiero del sistema de salud, se ven hoy obligados a fallar sobre la vida y la muerte basándose en pericias de parte o en la urgencia mediática.

La creación de la AGNET proporcionará a los magistrados dictámenes técnicos imparciales y basados en la mejor evidencia disponible.

Cuando un juez reciba un amparo por un medicamento de alto precio rechazado por la cobertura, la existencia de un dictamen negativo de la AGNET -fundamentado en la falta de beneficio clínico significativo o en un costo desproporcionado- le dará el respaldo jurídico necesario para denegar la cobertura con fondos solidarios, protegiendo así el

bien común.

Esto no implica negar el derecho a la salud, sino racionalizarlo. Los dictámenes favorables de la AGNET también servirán de apoyo para una expedita resolución cuando se esté cometiendo una injusticia negando una cobertura adecuada y necesaria. Así, el Estado garantiza lo que cura, no lo que la industria vende sin pruebas suficientes. La propia academia de jueces ha manifestado que una agencia de este tipo es fundamental para reducir la litigiosidad irracional.

4.3. Estructura de gobernanza y transparencia

Para garantizar su legitimidad, la AGNET debe contar con una gobernanza plural pero técnicamente blindada.

Se propone un directorio integrado por:

- Representantes del Ministerio de Salud (Rectoría).
- Representantes del Consejo Federal de Salud (COFESA - Provincias).
- Expertos académicos y científicos por concurso.
- Representantes de los financiadores (Obras Sociales y

Prepagas).

- Representantes de los pacientes (con voz en la definición de valores y preferencias, como ya se inició en las Mesas de Pacientes de la CONETEC), incluyendo el valioso aporte que realizan las OSC de familiares de pacientes y/o dedicadas a la investigación de patologías específicas.

Es crucial implementar estrictas políticas de conflicto de interés para evitar la captura del regulador por parte de la industria farmacéutica o de cualquier otro grupo de interés sectorial, tal como se establece en los anexos operativos de la actual CONETEC.

La transparencia será total: todos los informes de evaluación serán públicos y accesibles.

► 5. Eje II: Jerarquización del recurso humano

Reconstruir la vocación médica y revertir el éxodo profesional.

La tecnología más sofisticada es inútil sin un profesional competente que la indique y la interprete. La estrategia humanista pone el foco en "cuidar a los que cuidan", reconociendo que la degradación de

las condiciones laborales médicas es una amenaza directa a la salud pública.

5.1. Matrícula nacional unificada y federalismo cooperativo

El actual sistema de matriculación provincial es un anacronismo que fragmenta el mercado laboral y dificulta la planificación. Un médico debe pagar y gestionar una matrícula distinta para cruzar la General Paz o el puente entre Resistencia y Corrientes.

Proponemos la implementación inmediata de la matrícula nacional unificada, articulada digitalmente a través de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS). La implementación de la misma, de ningún modo afecta la competencia que, por el propio sistema federal, tiene cada provincia, sino que debe ser el resultado de una adecuada coordinación apoyada en mecanismos dinámicos y modernos, que priorice la atención de los pacientes.

Esta medida permitirá:

- Movilidad laboral: Facilitar que especialistas se desplacen a zonas de necesidad sin trabas

burocráticas.

- Planificación estratégica: Tener un mapa en tiempo real de la distribución de especialistas para identificar brechas críticas.

- Certificación de calidad: Vincular la matrícula a la recertificación periódica de competencias, garantizando que la formación continua sea un requisito para el ejercicio, elevando el estándar de calidad en todo el país.

- Interoperabilidad en la atención: Una matrícula nacional digital puede ser la llave para validar la identidad profesional en entornos virtuales, facilitando la atención a distancia con seguridad jurídica y técnica.

5.2. Incentivos de arraigo para zonas críticas

Para combatir la concentración de médicos en las grandes urbes y la falta de especialistas en el interior profundo (donde faltan desde pediatras hasta genetistas), el Estado debe intervenir con incentivos potentes. No basta con el llamado a la vocación; se requiere un "shock de incentivos" para la radicación.

Las propuestas pueden incluir:

- Régimen impositivo diferenciado:

Exención de Ganancias para guardias y horas extras realizadas en zonas desfavorables o en especialidades críticas (terapia intensiva, neonatología).

- Vivienda y conectividad:

Programas de vivienda para médicos rurales y garantía de conectividad de alta velocidad. Como destacan los expertos, hoy un profesional no puede ejercer ni capacitarse sin internet; la desconexión es una barrera profesional insalvable.

- Carrera sanitaria nacional:

Posibilidad de que el servicio en zonas críticas compute doble para la antigüedad y/o otorgue puntaje preferencial para acceder a residencias de subespecialidad o cargos jerárquicos en hospitales de referencia nacional.

5.3. Formación y carrera sanitaria

Se debe promover la articulación entre las universidades y el sistema de salud para alinear la formación de grado y posgrado con las necesidades sanitarias del país. La implementación de programas de residencias con estándares nacionales y la certificación periódica de competencias serán ejes para garantizar la calidad del

recurso humano.

5.4. Desgravar la salud para potenciar la inversión

La carga impositiva sobre los insumos médicos es un contrasentido que asfixia al sector. Los expertos remarcan que, por ejemplo, los reactivos para diagnóstico genético pagan hasta un 60% de impuestos de importación, lo que hace inviable la investigación y el diagnóstico avanzado en el país, forzando el envío de muestras al exterior y la pérdida de divisas y soberanía científica.

Proponemos una reforma tributaria sectorial que:

- Elimine aranceles de importación para tecnologías sanitarias y reactivos de investigación no producidos en el país.
- Permita el cómputo del 100% del IVA crédito fiscal (hoy un costo hundido para los prestadores exentos) contra las contribuciones patronales, liberando recursos financieros directos para mejorar los salarios médicos.

► 6. Eje III: Cultura de la calidad

La seguridad del paciente como

imperativo ético y legal.

La sanción de la Ley 27.797 de Calidad y Seguridad Sanitaria, conocida como "Ley Nicolás", es un avance legislativo histórico que debe traducirse en cambios operativos inmediatos.

Esta ley, la primera de su tipo en Latinoamérica, establece la seguridad del paciente como una política de Estado y no como una variable voluntaria.

6.1. De la cultura punitiva a la cultura justa

El cambio cultural más profundo que introduce la ley es el paso de un enfoque punitivo (buscar culpables) a una "Cultura Justa" (buscar causas sistémicas). El error médico suele ser consecuencia de fallas en los procesos, no siempre de la negligencia individual. Para prevenir, hay que conocer.

Se deberá implementar un Sistema Nacional de Reporte de Eventos Adversos que sea:

- Confidencial y no punitivo: Para incentivar a los profesionales a reportar errores y "casi errores" (near misses) sin miedo a represalias administrativas o legales.
- Analítico: Enfocado en identificar

patrones de riesgo y generar alertas de seguridad sistémicas.

- Transparente: Con publicación de estadísticas agregadas para monitorear la mejora del sistema.

6.2. Acreditación obligatoria y estándares mínimos

Para revertir el vergonzoso 2,52% de acreditación, la reglamentación de la Ley Nicolás debe establecer un cronograma progresivo pero obligatorio de acreditación para todos los establecimientos de salud, públicos y privados. La acreditación dejará de ser un sello de marketing para convertirse en la licencia habilitante para operar y recibir fondos de la seguridad social.

Los estándares deben incluir:

- Protocolos de seguridad del paciente (identificación correcta, cirugía segura, prevención de infecciones).
- Gestión de recursos humanos (dotaciones adecuadas, verificación de títulos).
- Mantenimiento de equipamiento biomédico.
- Consentimiento informado y trato digno.

El Estado, a través del Ministerio de Salud, debe proveer herramientas de

autoevaluación y capacitación gratuita para acompañar a las instituciones más pequeñas en este proceso de mejora, asegurando que la exigencia de calidad no se convierta en una barrera excluyente, sino en un motor de equidad.

6.3. Red Federal de Calidad

Se deberá consolidar una red federal de calidad y seguridad sanitaria (en el marco del CO.FE.SA.) para estandarizar procesos y guías de práctica clínica en todo el país. La acreditación de calidad dejará de ser voluntaria para convertirse en un requisito progresivo para el funcionamiento y financiamiento de las instituciones de salud.

6.4. Rol Activo del Paciente

Se debe garantizar la participación de los pacientes y sus familias en los comités de calidad y seguridad, empoderándolos como socios en el cuidado de su salud y promoviendo la transparencia en la información sanitaria.

► 7. Eje IV: Salud digital e interoperabilidad

La información como propiedad del paciente y herramienta de integración.

La transformación digital es el "pegamento" que puede unir un sistema fragmentado. Sin embargo, la tecnología debe implementarse con una filosofía clara: los datos no pertenecen al hospital, ni al ministerio, ni a la obra social; pertenecen al paciente.

7.1. Historia Clínica Electrónica (HCE) nacional e interoperable

El objetivo no es crear un software único estatal (que sería ineficiente, resistido y violatorio de la intimidad personal), sino garantizar la interoperabilidad de los sistemas existentes.

Proponemos la reactivación y despliegue total del "Bus de Interoperabilidad" nacional, un proyecto que sufrió demoras pero que es técnicamente viable.

Este Bus puede permitir que los sistemas de gestión de hospitales públicos, clínicas privadas y centros de atención primaria "hablen" el mismo idioma, utilizando estándares internacionales como HL7 FHIR y SNOMED CT.

Esto asegura que, si un paciente de Jujuy se atiende en Córdoba, el médico tratante pueda acceder

instantáneamente a sus antecedentes, alergias y medicación habitual. Esto mejora la seguridad clínica, evita la repetición innecesaria de estudios (ahorrando millones al sistema) y agiliza la atención.

7.2. Soberanía de datos y "Mi Argentina"

La cara visible de esta integración debe ser el empoderamiento del ciudadano. A través de la aplicación "Mi Argentina" o una plataforma de salud específica integrada, cada ciudadano tendrá acceso a su carpeta de salud digital (debidamente encriptada y con autorización en poder del paciente).

Desde allí podrá:

- Visualizar y descargar sus estudios y recetas.
- Gestionar turnos en la red pública.
- Otorgar o revocar permisos de acceso a sus datos médicos.

La receta digital interoperable debe ser obligatoria, eliminando el papel y mejorando la trazabilidad de los medicamentos, lo que también ayudará a combatir el fraude y el desperdicio.

La "Datatón" impulsada a fines de 2025 por el Ministerio y la OPS demuestra que existe la capacidad

técnica y la voluntad política para avanzar en la gestión inteligente de datos para la toma de decisiones basada en evidencia.

7.3. Telemedicina y Receta Digital

Se debe potenciar el uso de la telemedicina y la receta digital como herramientas para ampliar el acceso y mejorar la eficiencia.

Esta herramienta -que no debe sustituir al contacto humano con el paciente- puede facilitar, en especial con el potenciamiento de redes de interconsultas y cooperación médica, zanzar en gran medida las desigualdades territoriales, permitir celeridad en diagnósticos específicos, y evitar traslados que perjudican al paciente, su entorno familiar y genera grandes costos al sistema, muchas veces innecesarios.

► 8. Conclusión

Salir de la crisis sanitaria argentina es posible, pero requiere abandonar los dogmatismos y abrazar una visión de largo plazo. No se trata de elegir entre el Estado o el Mercado, sino de construir un sistema donde la inteligencia técnica y la sensibilidad humana se potencien mutuamente.

La propuesta del Humanismo Integral nos invita a ver la salud no como un gasto, sino como la inversión más alta en la dignidad de nuestro pueblo.

Implementar la AGNET, jerarquizar a nuestros profesionales, asegurar la calidad y aprovechar la tecnología digital son pasos concretos hacia ese horizonte. Se requiere un gran acuerdo político y social para sostener estas reformas en el tiempo, entendiendo que un sistema de salud justo y eficiente es la base indispensable para el desarrollo de una nación libre y equitativa.

Referencias

- **Faro País. (2025). Mesa de expertos en Salud:** Bozzolo, Aberto; Ithurburu, Teresita; Moya, Graciela; Orlando, Ignacio; Perez Baliño, Nestor; Riobó, Santiago; Tardieu, Agustina, *FaroPaís*, 14/10/2025.
- **Altuna, J. I. (s. f.).** Introducción: La judicialización de la salud vía amparos como problema de los sistemas sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación.
- **ADECRA + CEDIM. (2025).** Ley 27.797 de Calidad y Seguridad Sanitaria (Ley Nicolás).
- **Beccar Varela. (s. f.).** Ley Nacional N.º 27.797 – Ley de Calidad y Seguridad Sanitaria.
- **CONETEC. (s. f.).** Manual operativo de estructura y funcionamiento. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- **E-Health Reporter. (s. f.).** Argentina promueve la interoperabilidad y la gestión inteligente de datos en salud.
- **La Nación. (2024).** Hacia un país sin médicos clínicos ni pediatras suficientes.
- **LT3 Radio Rosario. (s. f.).** La migración de médicos argentinos al exterior es mayor que la que figura en los registros.
- **Salud en Línea. (2025).** En noviembre reactivarían el BUS de interoperabilidad.
- **Salud y Fármacos. (2025).** Judicialización de medicamentos de alto precio en Argentina: Estudio cuali-cuantitativo.
- **South Centre. (2020).** La judicialización del derecho a la salud.
- **Unidiversidad. (s. f.).** La Justicia como equilibrista entre el derecho a la salud y su efectivo cumplimiento.
- **Riobó, S.E. - Guzmán Moviglia, J. (2025).** "Manifiesto para el Bien Común". Buenos Aires.

SOBRE FAROPAIS

FaroPaís es una Asociación Civil sin fines de lucro dedicada al estudio, diseño y promoción de políticas públicas orientadas al desarrollo integral de la Argentina. Se constituye como un **think tank independiente**, que articula conocimiento técnico, reflexión estratégica y visión política para contribuir a la formulación de propuestas concretas y viables de transformación nacional.

Su labor se inspira en los principios del **humanismo integral**, entendido como un prisma para interpretar la realidad y orientar la acción pública. Desde esa perspectiva, promueve una mirada que integra ética y eficacia, justicia social y competitividad, comunidad y libertad, buscando siempre que la política sea una herramienta de construcción de un país más justo, productivo y sustentable.

El trabajo de FaroPaís se desarrolla mediante la elaboración de estudios, documentos de política, mesas de análisis y espacios de articulación entre expertos, dirigentes, empresarios, sindicalistas, académicos y actores sociales. Su objetivo es generar conocimiento aplicado y acuerdos estratégicos que fortalezcan la capacidad del Estado y de la sociedad civil para impulsar políticas de desarrollo humano, económico e institucional de largo plazo.

En definitiva, busca ser un **espacio de pensamiento estratégico y acción pública**, donde se vinculen la evidencia, la experiencia y la visión de futuro, al servicio de un proyecto de país que combine realismo político con sentido de trascendencia.

SOBRE PROYECTO PAÍS

El **Programa Proyecto País 2025** es una iniciativa de **FaroPaís** orientada a identificar los principales desafíos estructurales de la Argentina y formular lineamientos para un **proyecto de desarrollo nacional de largo plazo**. Su propósito es contribuir a la construcción de una visión estratégica compartida, basada en evidencia, que permita articular políticas públicas sostenibles más allá de los ciclos políticos y las coyunturas partidarias.

El programa se desarrolló a través de un proceso de investigación y diálogo interdisciplinario que incluyó **mesas de trabajo temáticas** con expertos, dirigentes y referentes sociales de diversos ámbitos. Como resultado, se elaboró una serie de documentos que integran diagnóstico, propuestas y orientaciones para la discusión pública, constituyendo un aporte concreto al debate sobre el futuro de la Argentina desde una perspectiva de **realismo político y humanismo integral**.

EQUIPO DE TRABAJO PROYECTO PAÍS 2025

DIRECCIÓN: Santiago E. Riobó y Agustina Tardieu. **COORDINACIÓN GENERAL:** Lucía Santilli y Guadalupe Guillén. **EQUIPO DE TRABAJO:** Marcelo Resico, Delfina Maglier, Juan Martín Medina, Ignacio Orlando, Tomás Giber, Manuel Bianchi, Daniel Ortega Betancourt, Helena Todros, Lucas Ibarra García, Germán Bauer, Maximiliano Rotundo, Tomás Sicardi, Sebastián Llauro, y Viviana Pineda.

EXPERTOS INVITADOS A LAS TODAS LAS MESAS DE TRABAJO *

Roberto Agosta, Marisa Aizenberg, Ana Álvarez, Daniel Aromí, Manuel Bianchi, Klaus Binder, Matias Bolis Wilson, Alberto Bozzolo, Ignacio Bruera, Diego Capelli, Ana Cuao Burgos, Pablo Davoli, Santiago Del Sel, Andrés Di Pelino, Luis Fortino, Fernando Giliberti, Patricio Giusto, Leonardo Hekimian, Perla Heredia, Martín Iglesias, Clarisa Ignes, Teresita Ithurburu, Gastón Kelly, Ricardo Lagorio, Manuel Leiva, Ezequiel Magnani, Sebastián Menescaldi, Jerónimo Morales Rins, Graciela Moya, Tomás Mugica, Gunther Neumann, Juan Ignacio Peña, Nestor Pérez Baliño, Verónica Pérez Mendoza, Mathias Perricone, Viviana Pineda, Luis Rappoport, Ana Maria Ravaglia, Carlos Regazzoni, Marcelo Resico, Julio Rodriguez Rabellini, Lilia Roldán Vázquez, Maximiliano Rotundo, Nicolás Ruete, Veronica Scaro, Gabriel Taboada, Camilo Tiscornia, Pedro Vigneau, Luis Vivacqua, e Ignacio Warnes.

Nota: Expertos ordenados alfabéticamente. Los expertos participaron, todos a título personal, en instancias de diálogo y reflexión junto a otros especialistas en sus respectivas áreas de conocimiento. Cada uno expresó libremente sus opiniones, las cuales fueron consideradas en el proceso de elaboración de los documentos. Por razones de síntesis, enfoque y redacción, no todas las contribuciones pudieron ser incorporadas, y su participación no implica adhesión a la totalidad de los contenidos o posiciones expresadas en esta publicación.

AGRADECIMIENTO



Hanns
Seidel
Stiftung

Agradecemos muy especialmente la colaboración de la Fundación Hanns Seidel Argentina, y del Centro Nacional de Oración (CON) en la realización de las mesas de expertos.





FAROPAÍS