



COMPENDIO POR EJE

Salud

SERIE PROYECTO PAÍS 2025

DOCUMENTOS INCLUIDOS

-
- | | |
|----|--|
| 01 | Equidad en el Sistema de Salud Argentino: De la crisis a la estrategia |
| 10 | La salud como bien común |
| 15 | Financiamiento del Sistema de Salud |
| 20 | Recursos humanos, calidad y tecnología en salud |
-



Equidad en el Sistema de Salud Argentino: De la crisis a la estrategia

Rectoría del Estado, federalización y articulación con foco en las personas. Un plan federal con visión 2050.

EJE SALUD

DOCUMENTO 01

SERIE PROYECTO PAÍS 2025



EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD

ARGENTINO: DE LA CRISIS A LA ESTRATEGIA

► Introducción y contexto del problema

La salud es una dimensión esencial para la vida plena y el desarrollo integral de la persona y de la comunidad. Como derecho humano fundamental, consagrado en instrumentos con jerarquía constitucional, el Estado tiene la obligación irrenunciable de generar las condiciones adecuadas para que sus habitantes puedan vivir lo más sanamente posible. Esto exige que toda política sanitaria ponga en el centro a la persona y asegure el respeto y reconocimiento de su dignidad inherente.

Sin embargo, en Argentina, la realidad sanitaria dista de este imperativo ético. Enfrentamos serios desafíos que se resumen en inequidad territorial en las prestaciones y serias deficiencias en la provisión de servicios asistenciales. Estos problemas se vuelven palpables al observar la estructura de un sistema que, lejos de ser coherente, está

profundamente fragmentado y segmentado.

Actualmente, coexisten tres subsistemas interrelacionados: el público (que atiende al 36% de la población), el de las obras sociales (seguridad social, que cubre al 61%) y el de las prepagas (privado, con 13.6% de cobertura).

Esta multiplicidad, sumada a una organización federal donde el Estado nacional solo gestiona un porcentaje mínimo de hospitales (4.3%), genera una marcada disparidad territorial.

Los informes de estudios comparativos en la materia, señalan que el rendimiento de nuestros recursos es notoriamente bajo; países con similar ingreso per cápita y menor inversión obtienen mejores resultados sanitarios.

Se asume que solo mediante el establecimiento de metas claras y sustentadas en datos, y una reconfiguración de la prestación de servicios, podremos avanzar hacia la salud para todos. Esto se basa en la convicción de que la política debe

buscar el bien común y la realización plena de la persona, aplicando los principios de solidaridad (garantizando un piso de equidad para todos) y subsidiariedad (respetando y fortaleciendo a los cuerpos intermedios y las jurisdicciones en sus roles propios).

► Diagnóstico / Análisis del problema

El diagnóstico, nutrido por el análisis de expertos, es contundente. La arquitectura sanitaria argentina padece de males estructurales que impiden su funcionamiento.

1. La Fragmentación como Causa Estructural

La principal causa de nuestros males es la segmentación y la falta de articulación entre los niveles de gobierno (Nación, provincias, municipios) y los tres subsistemas.

Si bien esta lógica responde a la raigambre federal y al principio de subsidiariedad (donde los gobiernos más cercanos administran los servicios), en la práctica, esta descentralización desordenada ha atentado enormemente contra la equidad. Las provincias, con presupuestos y realidades disímiles,

deben afrontar la prestación por igual, llevando a una concentración de servicios sofisticados en algunas jurisdicciones y una carencia dramática en otras.

2. Consecuencias: Inequidad, Ineficiencia y Baja Calidad

Esta arquitectura disfuncional genera tres consecuencias graves:

- **DISPARIDAD TERRITORIAL INSOSTENIBLE:** La inequidad es la consecuencia más injusta. Los expertos señalan la persistencia de "trampas de mortalidad" (*mortality traps*), donde las jurisdicciones con los peores indicadores de mortalidad infantil hace 40 años siguen siendo las peores hoy. Esto demuestra que la inercia del sistema actual no corrige, sino que perpetúa la injusticia.
- **INEFICIENCIA CRÓNICA Y MALA GESTIÓN:** El problema no es solo cuánto gastamos, sino cómo lo gastamos. Se observa una baja eficiencia en el sector público, donde la actividad médica por profesional es muy baja en comparación con otros sectores. La ausencia de un norte claro hace que el

rendimiento de los recursos sea bajo.

- **DETERIORO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL:** La calidad en los establecimientos de salud es alarmante. Datos de expertos indican que solo el 2.52% de los establecimientos de internación están acreditados en calidad. Esto es inaceptable y constituye un riesgo que puede derivar en el avasallamiento de la dignidad de las personas en su atención. La calidad debe ser una herramienta integradora para lograr equidad en los procesos.

3. El Vacío de Rectoría y el Problema de la Cultura Organizacional

El problema de fondo no es de leyes, sino de institucionalidad y gestión. Los expertos señalan que el principal desafío es la falta de una estrategia clara y de metas definidas. El Ministerio de Salud de la Nación no ha establecido objetivos medibles en años, limitándose a ser un administrador de crisis y no un rector.

Más allá del organigrama, existe un problema profundo en la cultura organizacional y médica. La salud es

una emanación de la ciencia médica; si se hiere la cultura profesional (vocación, ética, formación), ninguna estrategia teórica puede funcionar. La clave está en crear organizaciones de salud que presten servicios de calidad, y el hospital es el eje del sistema.

► Opciones de política pública

Para abordar la crisis actual, se pueden considerar cuatro grandes alternativas de acción pública, que analizaremos bajo la óptica de la búsqueda del bien común:

Opción 1: Mantener el Status Quo (Descentralización Inercial)

- *Descripción:* Continuar con el esquema actual, donde las provincias y municipios gestionan la salud con autonomía casi total y el Estado nacional actúa de forma subsidiaria y reactiva.
- *Análisis:* Inaceptable. Perpetúa la inequidad (las "trampas de mortalidad") y la ineficiencia. Viola el principio de solidaridad al no compensar las disparidades territoriales y falla en la búsqueda del bien común.

Opción 2: Centralización Administrativa Total (Modelo Unitario)

- *Descripción:* Absorber todas las responsabilidades provinciales y de obras sociales en un único sistema nacional estatal.
- *Análisis:* Inviabile y no deseable. Atenta frontalmente contra el principio de subsidiariedad, anulando la vitalidad de las jurisdicciones y los cuerpos intermedios. Generaría una burocracia centralizada inmanejable y no respeta la diversidad cultural y territorial del país.

Opción 3: Desregulación Total (Modelo de Mercado Libre)

- *Descripción:* El Estado nacional y provincial liberan (desregulan) la mayoría de sus responsabilidades de provisión y rectoría, permitiendo que la oferta y demanda de servicios de salud sean manejadas casi exclusivamente por particulares, aseguradoras e instituciones privadas, o en su defecto cada municipio a su cuenta. El Estado se limita a ser un actor de última instancia o regulador mínimo.

- *Análisis:* Inviabile y no deseable. Si bien maximiza la libertad de acción (subsidiariedad en su sentido más amplio), pone en riesgo el principio de solidaridad al transformar la salud en una mera mercancía. Esto exacerbaría la disparidad territorial y la inequidad, ya que las regiones o poblaciones menos rentables quedarían sin cobertura, afectando gravemente el derecho a la salud y el reconocimiento de la dignidad de las personas más vulnerables.

Opción 4: Rectoría Nacional Fuerte con Regionalización Estratégica (Nuestra Propuesta)

- *Descripción:* Un modelo que aplica la subsidiariedad positiva. El Estado Nacional no absorbe todo, sino que asume su rol de rector (fija metas, planifica, evalúa) y garante de la solidaridad, e interviene estratégicamente donde las provincias solas no pueden, como en la alta complejidad.
- *Análisis:* Es el único camino coherente con los principios de

un humanismo integral. Equilibra la solidaridad (rectoría nacional, equidad territorial) con la subsidiariedad (gestión provincial y de cuerpos intermedios).

► **Recomendación de política pública**

La recomendación central es avanzar decididamente hacia el modelo institucional propuesto en la Opción 4, mediante dos orientaciones de política complementarias que buscan redefinir la institucionalidad sanitaria argentina.

1. Orientación de Política Institucional: La Estrategia Nacional de Salud (2025-2050)

Se recomienda que el Estado Nacional, a través del Ministerio de Salud, ejerza su rol de rectoría convocando a todos los actores (provincias, municipios, seguridad social y sector privado) para diseñar un plan de salud a largo plazo, con miras al año 2050.

- **Foco Institucional:**
 - Definición de Metas: Establecer objetivos

cuantificables y basados en evidencia (ej., reducción de la disparidad en mortalidad infantil a X%, aumento de establecimientos acreditados en calidad a Y%).

- **Consenso y Marco Normativo:** La Estrategia debe ser acordada en el COFESA y obtener un marco legal que la proteja de la coyuntura política, dotando a los actores de un norte claro para la asignación de recursos.
- **Recursos Humanos:** Esta estrategia debe incluir una política rectora de RRHH, que aborde la distribución equitativa de profesionales y la unificación de la matrícula médica nacional, garantizando un estándar de calidad formativa homogéneo.

2. Orientación de Política Asistencial: Regionalización de la Alta Complejidad

Se recomienda que el Estado Nacional coordine la constitución de

regiones sanitarias (ej. NOA, NEA, Cuyo, Patagonia, Centro) y disponga la construcción o reconfiguración de Hospitales Regionales Nacionales en puntos estratégicos.

- Foco Asistencial:
 - Especialización y Modelo de Excelencia: Estos hospitales deben dedicarse exclusivamente a la medicina de alta complejidad y pediatría. Su diseño y gestión pueden tomar como referencia la cultura organizacional y el modelo de excelencia del Hospital Garrahan.
 - Prestadores Estratégicos: Deberán ser los prestadores obligatorios para estos tratamientos por parte de toda la seguridad social nacional y provincial, concentrando la experiencia y promoviendo la equidad real en el acceso.
 - Núcleos de Formación: Vinculado a la Orientación 1, estos hospitales de élite deben servir como centros de referencia o exclusivos para la formación de las

especialidades médicas, asegurando una formación homogénea y de calidad del capital humano.

► **Marco institucional para la transformación y monitoreo**

La implementación de estas orientaciones de política requiere, más que una secuencia de pasos administrativos, un acuerdo fundamental sobre el andamiaje institucional que sostendrá el cambio a largo plazo.

Consolidación Institucional y Consenso Federal

La transformación del sistema exige la construcción de un nuevo pacto entre los niveles de gobierno.

- PACTO FEDERAL Y ROL DEL COFESA: El Consejo Federal de Salud (COFESA) se posiciona como el espacio ineludible para alcanzar el consenso inter-jurisdiccional sobre la Estrategia Nacional de Salud. Es allí donde se debe sellar el acuerdo para delimitar las regiones sanitarias y comprometer a las provincias

con las metas definidas.

- **MARCO LEGAL DE LARGA DURACIÓN:** Es fundamental que la Estrategia Nacional y la creación de la red de Hospitales Regionales se blinden con un marco legal sólido que las proteja de la volatilidad política y las sucesivas administraciones. Esto asegura la continuidad de la visión al 2050.
- **VOLUNTAD POLÍTICA DE PRIORIZACIÓN:** Se requiere una decisión estratégica de reasignar partidas presupuestarias desde gastos ineficientes (ej. burocracia superflua) hacia la inversión prioritaria en infraestructura y calidad sanitaria, asumiendo la salud como una inversión productiva.

Ejes de Sostenibilidad y Calidad

Para asegurar el éxito de la regionalización y la rectoría, se deben garantizar las siguientes condiciones:

- **Institucionalidad Robusta y Gestión Autónoma:** Los Hospitales Regionales

Nacionales deben operar con autonomía de gestión, enfocados rigurosamente en la calidad asistencial y emulando la cultura de excelencia. Su funcionamiento debe estar sujeto a una evaluación constante y transparente.

- **Subsidiariedad Positiva y Complementariedad:** El rol del Estado Nacional en la alta complejidad debe ser complementario al rol de las provincias en la atención primaria y media. La Nación debe actuar como soporte (financiera, institucional y legislativamente) para que las provincias fortalezcan su gestión en los niveles de atención de su competencia.

Indicadores Fundamentales de Impacto

El éxito de la reforma se medirá por la capacidad del Estado de reducir las inequidades estructurales del sistema:

- **Reducción de la brecha de mortalidad infantil** entre la provincia con mejor y peor

indicador.

- Aumento significativo del porcentaje de establecimientos de salud acreditados en calidad (meta: superar el 10% en 5 años).
- Mejora demostrable en la eficiencia del rendimiento de los recursos invertidos en el sector público.
- Logro efectivo de la distribución equitativa de especialistas médicos en todas las regiones del país.

► **Conclusión**

Una sociedad justa y desarrollada se asienta sobre la premisa de que toda persona goza de dignidad inherente, y que por lo tanto, debe gozar de buena salud para desarrollar dignamente su vida. El Estado, como garante ineludible de este derecho, tiene la responsabilidad de impulsar una reforma que ponga fin a la inercia del sistema actual y asegure el pleno reconocimiento de la dignidad de la persona.

Se propone enfocarnos en la gestión y la acción. La solución reside en una rectoría nacional fuerte que establezca metas claras,

sustentadas en la evidencia, y una reconfiguración profunda de la prestación de servicios a través de la regionalización y los Hospitales Nacionales.

Este es un llamado a la acción y al consenso. Si se logran alinear los esfuerzos de la Nación, las provincias, la seguridad social y el sector privado bajo una visión común, centrada en el reconocimiento de la dignidad de las personas y la articulación para conseguir el bien común, se podrá construir un sistema sanitario más eficiente, equitativo y a la altura de las necesidades de todos los habitantes de nuestra Patria.



La salud como bien común

Hacia una cobertura universal, efectiva y federal.

EJE SALUD

DOCUMENTO 10

SERIE PROYECTO PAÍS 2025



LA SALUD COMO BIEN COMÚN

Hacia una cobertura universal, efectiva y federal.

► 1. Introducción: De la cobertura nominal al acceso efectivo

El sistema de salud argentino presenta una paradoja fundamental: mientras la Constitución y las leyes garantizan el derecho universal al acceso a la salud, la realidad operativa demuestra una brecha crítica entre la cobertura nominal y el acceso efectivo.

Actualmente, se estima que 15 millones de personas dependen exclusivamente del subsector público para su atención. Sin embargo, la cobertura que recibe un ciudadano varía dramáticamente según su jurisdicción de residencia, configurando un escenario de inequidad estructural donde el código postal determina, en gran medida, la expectativa y calidad de vida.

Este documento técnico analiza las barreras que impiden la universalidad real del sistema y propone algunos lineamientos para

la implementación de una cobertura universal de salud efectiva.

El análisis parte de la premisa de que la fragmentación actual —con tres subsistemas (Público, Seguridad Social y Privado) operando con lógicas dispares y superpuestas— no es solo un problema de ineficiencia administrativa, sino el origen de una desigualdad en el acceso que el Estado tiene la responsabilidad indelegable de corregir.

El objetivo de este documento es delinear una estrategia que supere la discusión teórica sobre modelos para enfocarse en el resultado sanitario: garantizar que cada habitante, independientemente de su condición laboral o geográfica, cuente con un equipo de salud responsable, una historia clínica integrada y un acceso garantizado a servicios de calidad.

► 2. Diagnóstico: Fragmentación y determinantes de la inequidad

El diagnóstico del sistema sanitario argentino revela patologías estructurales que erosionan la equidad y la eficiencia del gasto.

2.1. La fragmentación del riesgo y la provisión

El sistema se caracteriza por una atomización extrema. Existen aproximadamente 290 Obras Sociales Nacionales, muchas de las cuales poseen carteras de afiliados insuficientes para diluir el riesgo financiero de las prestaciones de alto costo (el concepto de *risk pooling*), volviéndolas técnicamente inviables sin requerir de subsidios cruzados constantes.

Esta fragmentación impide las economías de escala y genera costos de transacción elevados que restan recursos a la atención directa del paciente.

2.2. Inequidad territorial y "Trampas de Mortalidad"

La descentralización de la salud hacia las provincias y municipios, sin mecanismos compensatorios robustos, ha consolidado desigualdades

territoriales. Los indicadores sanitarios básicos, como la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), evidencian estas asimetrías.

Mientras la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) presenta tasas globales de un solo dígito, provincias del Norte Grande duplican estos valores.

Incluso al interior de las jurisdicciones ricas, la inequidad persiste. Datos de la Dirección de Estadística y Censos de la CABA muestran que la mortalidad infantil en las comunas del sur (Comunas 4 y 8) es significativamente superior a la de las comunas del norte (Comunas 2, 13 y 14), con brechas que en algunos períodos han llegado a duplicar el riesgo de muerte en el primer año de vida.

Este fenómeno confirma que la proximidad física a hospitales de alta complejidad no garantiza el acceso efectivo si fallan la atención primaria y los determinantes sociales.

2.3. Déficit en la prevención de enfermedades crónicas

El modelo de atención actual es reactivo y hospitalocéntrico. La falta de un primer nivel de atención fuerte y nominalizado se traduce en un

control deficiente de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principal causa de morbilidad. Por ejemplo, en el caso de la hipertensión arterial, estudios indican que una proporción minoritaria de los pacientes diagnosticados mantiene sus niveles de presión bajo control efectivo.

Esta falla en el primer nivel satura las guardias hospitalarias con complicaciones agudas evitables (ACV, infartos), elevando el costo del sistema y deteriorando la calidad de vida de la población.

► 3. Análisis de alternativas de política pública

Para abordar la crisis de cobertura, se evalúan tres modelos de organización que dominan el debate técnico y político.

Opción A: Desregulación y competencia gerenciada (Modelo de Mercado)

Esta opción, fundamentada en las teorías de la *Managed Competition* (Enthoven), propone una reforma estructural orientada a la eficiencia mediante incentivos de mercado.

- Lógica: Se elimina la "cautividad"

de los afiliados a las obras sociales sindicales, permitiendo la libre elección total entre aseguradores (Obras Sociales, Prepagas y Seguros Públicos) que compiten por captar las cápitales. El subsidio sigue a la demanda.

- Argumento Técnico: La competencia obliga a los financiadores a mejorar la calidad y reducir costos administrativos para atraer usuarios. Se depura el sistema de "sellos de goma" (entidades ineficientes) y se empodera al ciudadano para castigar el mal servicio cambiando de prestador.

Es un modelo exitoso para mejorar la "hotelería" y la agilidad de respuesta en centros urbanos, que es lo que más superficialmente ve el usuario, pero no necesariamente se puede evaluar en profundidad la calidad y complejidad de las prestaciones médicas.

- Limitaciones: La principal falla técnica de este modelo en la realidad argentina es la selección de riesgos (*cream skimming*) y la inexistencia de mercados competitivos en zonas de baja densidad.

En localidades rurales o pobres, donde no hay oferta privada

rentable, la "libre elección" es una abstracción. El mercado tiende a concentrarse en los segmentos jóvenes y sanos, dejando al Estado la carga de los pacientes crónicos, ancianos y costosos, lo que desfinancia el subsistema público.

Opción B: Sistema Nacional Único y Centralizado (Modelo Estatal)

Propone la nacionalización de los recursos y la unificación de los subsistemas en un único prestador y financiador estatal.

- Lógica: Centralización de la caja y la toma de decisiones para garantizar la igualdad nominal absoluta y eliminar el lucro en la salud.

- Argumento Técnico: Permite una planificación racional de recursos, evita la duplicación de infraestructura y garantiza que el financiamiento se dirija por criterios de necesidad sanitaria y no de capacidad de pago.

- Limitaciones: Ignora la complejidad federal y la capacidad instalada del sector privado y la seguridad social (que cubren a más del 60% de la población).

La experiencia histórica demuestra que los monopolios estatales en

Argentina tienden a la burocratización, la rigidez administrativa y la captura por intereses corporativos, resultando en una nivelación de la calidad hacia abajo.

Opción C: Cobertura universal con articulación federal (Modelo Propuesto)

Propone un sistema de Cobertura Universal que integre a los subsistemas existentes bajo una rectoría nacional fuerte, respetando la provisión plural.

- Lógica: El Estado garantiza la cobertura explícita (canasta de servicios) y la equidad financiera, pero descentraliza la ejecución y articula con la seguridad social y privados.

- Argumento Técnico: Combina la solidaridad del financiamiento (el sano subsidia al enfermo, la jurisdicción rica a la pobre) con la eficiencia de la gestión descentralizada. Reconoce que el Estado debe asegurar el acceso allí donde el mercado falla, pero utiliza herramientas de incentivos (pago por desempeño) para mejorar la calidad del gasto provincial y municipal.

► 4. Recomendación: Estrategia para una cobertura efectiva

La opción propuesta se centra en transformar el modelo de atención y gestión para cerrar la brecha de acceso, basándose en la nominalización de la población y la integración de redes.

4.1. Universalización de la atención primaria nominalizada (Modelo "Médico de Cabecera")

La puerta de entrada al sistema no puede ser la guardia del hospital. Se propone escalar a nivel nacional el modelo de Equipos de Cabecera (médico de familia, enfermero, agente sanitario), asignando una población específica y nominalizada a cada equipo.

- **Evidencia de Impacto:** La experiencia del *Plan de Médicos de Cabecera* en la Ciudad de Buenos Aires (iniciado en 1996) demostró que la asignación de un profesional responsable, junto con la provisión garantizada de medicamentos (lógica del botiquín esencial), mejora sustancialmente la adherencia a tratamientos en

patologías como la hipertensión arterial. Esto se traduce en una reducción de la mortalidad cardiovascular a mediano plazo y una disminución de las internaciones por causas sensibles a la atención ambulatoria.

- **Mecanismo:** Cada ciudadano sin cobertura formal debe estar empadronado y asignado a un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de referencia. El financiamiento nacional debe premiar a las jurisdicciones no por "prestación producida", sino por "población efectivamente bajo control" (ej. porcentaje de hipertensos controlados, embarazadas con controles completos).

4.2. Regionalización de la alta complejidad

Para garantizar la equidad en el acceso a tecnologías costosas sin incurrir en ineficiencias, se debe implementar una red regionalizada de alta complejidad.

- **Racionalidad:** No es viable ni eficiente que cada municipio tenga un servicio de

neurocirugía o cirugía cardiovascular. Estos recursos deben concentrarse en nodos regionales de excelencia (supra-provinciales si es necesario) que concentren volumen y *expertise*.

- **Referencia:** El Modelo Garrahan puede ser el estándar para estos nodos: hospitales de gestión autárquica (SAMIC), con financiamiento mixto (Nación-Provincias) y dedicación exclusiva de sus profesionales, garantizando que un paciente de cualquier punto del país acceda al mismo estándar de calidad mediante un sistema de derivación fluido y financiado.

4.3. Integración Digital: La Historia Clínica Nacional

La fragmentación se combate con información. Es imperativo establecer la interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria. La historia clínica debe "viajar" con el paciente entre el hospital público, la obra social y el prestador privado. Esto reduce la duplicación de estudios diagnósticos (ineficiencia técnica) y asegura la continuidad del cuidado, elemento central de la calidad asistencial.

► 5. Implementación: Gobernanza y consenso federal

La viabilidad de esta reforma depende de la construcción de acuerdos políticos sólidos, dado el carácter federal del país.

Fortalecimiento del COFESA (Consejo Federal de Salud)

El COFESA debe evolucionar de ser un foro deliberativo a un órgano de gobernanza vinculante.

Propuesta: Establecer mediante una Ley Convenio que las decisiones estratégicas del COFESA (como el calendario de vacunación, el PMO o los estándares de calidad) sean de cumplimiento obligatorio para todas las jurisdicciones. La ley debe delegar expresamente funciones regulatorias y ejecutivas.

Incentivos: El cumplimiento de las metas sanitarias acordadas en el COFESA debe estar vinculado a transferencias automáticas de fondos específicos (ej. Fondo de Equidad en Salud) que funcionen como incentivo financiero para las provincias, emulando mecanismos que han funcionado parcialmente en programas como el Plan Sumar/Nacer.

AGNET (Agencia Nacional de

Evaluación de Tecnologías de Salud)

Tiene la función de evaluar, con criterios técnicos, científicos, sanitarios, económicos y éticos, qué medicamentos, prácticas, dispositivos y programas de salud aportan verdadero valor al sistema, para recomendar su incorporación, cobertura o priorización.

No toma decisiones políticas ni niega derechos, sino que ordena el uso de recursos escasos, promoviendo equidad, sustentabilidad y previsibilidad, reduciendo la arbitrariedad administrativa y la judicialización, y asegurando que el financiamiento sanitario se oriente al bien común, con justicia distributiva y racionalidad técnica.

Marco Normativo

Se requiere una Ley Nacional de Salud que institucionalice la Cobertura Universal, definiendo explícitamente las garantías de acceso, calidad y protección financiera para todos los habitantes, blindando estas políticas de los ciclos electorales y otorgando seguridad jurídica a los pacientes y prestadores.

► 6. Conclusión

La Cobertura Universal de Salud en Argentina no requiere inventar un sistema desde cero, sino ordenar y articular los recursos existentes bajo una lógica de equidad y eficiencia.

La propuesta aquí esbozada, fundamentada en la nominalización de la población, el fortalecimiento de la atención primaria y la gobernanza federal, ofrece un camino realista para transformar el derecho a la salud en un acceso efectivo.

Superar la fragmentación y las "trampas de mortalidad" exige decisión política para enfrentar intereses corporativos y una visión de Estado que ponga a la persona en el centro.

Solo así el sistema de salud dejará de ser un reproductor de desigualdades para convertirse en el garante fundamental de la dignidad humana y el desarrollo social.

Financiamiento del Sistema de Salud

Que los recursos alcancen para todos es la única manera de
garantizar el bien común

EJE SALUD

DOCUMENTO 15

SERIE PROYECTO PAÍS 2025

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

Que los recursos alcancen para todos es la única manera de garantizar el bien común.

► 1. Introducción y contexto del problema

La discusión sobre el financiamiento de la salud en Argentina suele quedar atrapada en una falsa disyuntiva: o se gasta más, o se ajusta el servicio. Sin embargo, el problema central no radica únicamente en la escasez de recursos —Argentina destina cerca del 9% de su PBI a salud, un porcentaje comparable a naciones desarrolladas—, sino en la ineficiencia extrema de su uso.

Esta ineficiencia no es solo un error técnico; es una falta ética grave. En un sistema donde los recursos son finitos y las necesidades infinitas, cada peso mal gastado es una prestación que se le niega a quien la necesita, vulnerando el principio de solidaridad que debe regir la gestión del bien común.

El sistema de salud argentino funciona como un archipiélago de cajas estancas. El presupuesto se

divide entre el Estado Nacional, 24 provincias, cientos de municipios, más de 290 Obras Sociales Nacionales, PAMI y empresas de medicina prepaga.

Esta fragmentación genera costos de transacción enormes y una duplicación de estructuras administrativas que drenan recursos que deberían destinarse a la atención directa.

Además, la falta de transparencia en las compras y la ausencia de mecanismos de evaluación de tecnologías permiten que los precios de insumos y medicamentos se disparen, muchas veces por encima de los valores internacionales.

Este documento propone una reforma del financiamiento basada en la reingeniería ética del gasto.

No se trata de crear un sistema único estatal ni de dejar todo librado al mercado, tampoco de centralizar en el gobierno nacional, ni de poner todo en cabeza de provincias y

municipios, sino de establecer reglas de juego claras que alineen los incentivos hacia la eficiencia y la equidad.

La tesis central plantea que la sostenibilidad del sistema depende de transformar la lógica de asignación de recursos: pasar de financiar la oferta (estructuras) a financiar resultados sanitarios, protegiendo al mismo tiempo al sistema de los riesgos catastróficos mediante mecanismos solidarios de compensación.

► 2. Diagnóstico: La ineficiencia como barrera al acceso

El análisis de la situación actual revela tres nudos críticos que explican por qué, a pesar de la alta inversión, los resultados sanitarios son desiguales y el sistema vive en crisis financiera permanente.

2.1. Fragmentación y costos de intermediación

La existencia de casi 300 Obras Sociales Nacionales es insostenible. La mayoría de estas entidades (más del 70%) administra carteras de afiliados muy pequeñas (menos de

10.000 beneficiarios), lo que las hace técnicamente inviables para diluir el riesgo de enfermedades costosas.

Para sobrevivir, estas "micro-aseguradoras" dependen de subsidios o brindan coberturas deficientes, transfiriendo sus costos al hospital público cuando un afiliado tiene un problema grave. Además, cada una de estas entidades replica estructuras administrativas (directorios, sistemas, auditorías), generando un gasto burocrático que no agrega valor a la salud del afiliado.

2.2. Ineficiencia en las compras públicas

El Estado compra mal y caro. La falta de coordinación entre niveles de gobierno lleva a que Nación, provincias y municipios liciten por separado los mismos insumos, perdiendo el poder de compra que daría la economía de escala.

Un ejemplo citado por expertos refiere a licitaciones donde la imposición de normativas como el "Compre Argentino" o la cartelización de proveedores locales generan sobrepuestos que, acumulados, equivalen al costo de equipamiento crítico (como tomógrafos) que deja de adquirirse.

A esto se suma la carga impositiva: el sector salud paga impuestos (como IVA e Ingresos Brutos) como si fuera una actividad comercial cualquiera, encareciendo artificialmente el costo de la atención.

2.3. El Impacto de las enfermedades catastróficas

El avance de la tecnología médica ha generado tratamientos de altísimo costo (medicamentos biológicos, terapias génicas) que pueden desfinanciar a cualquier financiador individual. Sin un fondo robusto que mancomune estos riesgos a nivel nacional, la aparición de un solo caso de una enfermedad poco frecuente puede quebrar a una obra social pequeña o agotar el presupuesto de un municipio, dejando a esa población sin cobertura para otras necesidades básicas.

► 3. Opciones de política pública: Modelos de financiamiento en pugna

Frente a este escenario, se analizan tres modelos de organización financiera que dominan el debate público.

Opción A: Desregulación total y

competencia

- **Lógica:** Propone la libre elección total de aseguradores y la eliminación de la solidaridad obligatoria entre sanos y enfermos. Cada individuo utiliza su aporte para contratar el seguro que prefiera, fomentando una competencia libre entre financiadores.
- **Argumento Técnico:** Se sostiene que la competencia obligaría a las aseguradoras a ser más eficientes, bajar costos administrativos y mejorar la calidad para atraer clientes. Eliminaría a las obras sociales "sello de goma" que subsisten por la cautividad de los afiliados.
- **Crítica:** Este modelo conlleva un riesgo de selección de riesgos (*cream skinning*) inaceptable. Las aseguradoras competirían por captar a los jóvenes sanos y buscarían formas sutiles de rechazar a los enfermos crónicos y ancianos (o cobrarles primas impagables). Esto rompería el contrato social de solidaridad, dejando al Estado con la carga exclusiva de los pacientes más costosos y

desfinanciando el sistema público.

Además, en zonas rurales sin mercado competitivo, la "libertad de elección" es una ficción.

Opción B: Caja única estatal

- **Lógica:** Propone la unificación de todos los recursos (aportes a la seguridad social e impuestos) en un Fondo Único Nacional administrado por el Estado, eliminando a las Obras Sociales y Prepagas como intermediarios.
- **Argumento Técnico:** Teóricamente, maximiza el *risk pooling* (todo el país es una sola bolsa de riesgo) y elimina los costos de administración duplicados. Garantiza que el financiamiento se distribuya puramente por necesidad.
- **Crítica:** En la práctica institucional argentina, este modelo es peligrosísimo. La concentración de tal masa de recursos en una sola caja estatal aumenta exponencialmente el riesgo de uso político discrecional y corrupción. Además, la gestión estatal directa ha demostrado ser lenta

y burocrática. Eliminar a las obras sociales y mutuales destruiría un capital social valioso y una red de prestadores que hoy sostiene la atención de millones de trabajadores.

Opción C: Financiamiento articulado con reglas de solidaridad (Modelo Propuesto)

- **Lógica:** Mantiene la pluralidad de agentes (Obras Sociales, Prepagas, Sector Público) pero impone mecanismos estrictos de compensación y regulación para corregir las fallas del mercado y del Estado.
- **Argumento Técnico:** Combina la eficiencia operativa de la gestión descentralizada con la equidad del financiamiento solidario. Utiliza fondos fiduciarios específicos (intangibles) para cubrir enfermedades catastróficas y compras centralizadas para bajar costos, sin romper la estructura del sistema ni estatizar los recursos de los trabajadores.
- **Cooperación técnica y compensación:** Establece mecanismos por los que cada subsector pone al servicio de los

demás los recursos disponibles u ociosos (camas, personal, tecnología, etc) optimizando la eficiencia de uso-costo y estableciendo mecanismos de compensación justa.

► 4. Recomendación de política pública: Líneas de acción estratégicas

Desde nuestro análisis, nos inclinamos por implementar un conjunto de reformas pragmáticas orientadas a la eficiencia y la solidaridad, bajo el paradigma de la Opción C.

4.1. Reingeniería ética del gasto: Fusión y solvencia

Es imperativo sanear el sistema de la Seguridad Social. Se debe establecer por ley un umbral mínimo de solvencia y escala (ej. mínimo de 50.000 o 100.000 afiliados) para que una Obra Social pueda operar de manera autónoma.

- **Mecanismo:** Las entidades que no alcancen este umbral deberán fusionarse o conformar federaciones para gestionar sus recursos. Esto reducirá drásticamente los gastos

administrativos (menos directorios, menos gerencias) y mejorará la capacidad de negociación con prestadores, liberando recursos para mejorar las prestaciones médicas.

4.2. Centralización de la inteligencia de compra

Para insumos estratégicos y de alto costo (medicamentos oncológicos, vacunas, prótesis, equipamiento pesado), el Estado debe implementar mecanismos de compra conjunta o consolidada.

- **Transparencia Internacional:** Se recomienda utilizar plataformas de organismos internacionales como el PNUD (Naciones Unidas) o la OPS para licitaciones de gran volumen. La experiencia demuestra que estos mecanismos garantizan transparencia, amplían la competencia internacional y evitan los sobrepagos locales (ahorrando hasta un 20-30% del presupuesto, como se vio en compras históricas de equipamiento).
- **Precios de Referencia:** Establecer precios máximos de referencia para la cobertura de

medicamentos por parte de la seguridad social, basados en comparaciones internacionales, para frenar la inflación de costos médicos.

4.3. Fondo de compensación y equidad federal

Se debe fortalecer y blindar el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) o crear un nuevo fondo nacional de equidad en salud con carácter fiduciario (intangibles para el Tesoro).

- **Función:** Este fondo financiará el 100% de las prestaciones de alto costo y baja incidencia (enfermedades catastróficas, trasplantes, drogas huérfanas) para todos los subsistemas. De esta manera, se saca el "riesgo catastrófico" de la ecuación de las obras sociales individuales y se lo socializa a nivel nacional. Esto evita que una obra social chica quiebre por un paciente y garantiza que ese paciente reciba el tratamiento sin demoras burocráticas.

4.4. Fortalecimiento de la auditoría y control

La eficiencia requiere control. Se propone modernizar la Superintendencia de Servicios de Salud

para que ejerza una fiscalización real basada en resultados y no solo en balances contables.

- **Digitalización:** La implementación de la receta digital y la historia clínica electrónica interoperable es la herramienta más potente contra el fraude y la sobrefacturación. Permite auditar en tiempo real el consumo de prestaciones y detectar desvíos.
- **Incentivos Fiscales:** Revisar la estructura impositiva del sector salud. Permitir el cómputo del crédito fiscal del IVA técnico para las instituciones de salud y reducir aranceles de importación para tecnología médica crítica no producida en el país, entendiendo que cada peso de impuesto es un peso menos para salarios profesionales o insumos.

► 5. Implementación: Gobernanza y acuerdos

La viabilidad de estas reformas depende de un acuerdo político que trascienda la coyuntura.

- **Pacto Federal Sanitario:** La creación de un fondo de

compensación y los mecanismos de compra conjunta deben ser ratificados por el COFESA y las legislaturas provinciales, garantizando que las provincias también aporten y se beneficien de las economías de escala.

Es indispensable que esto se enmarque dentro un sistema de coparticipación federal que garantice recursos y exija resultados.

- **Agencia de Evaluación (AGNET):** Es indispensable poner en marcha la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Este organismo técnico, con independencia política, definirá qué nuevas tecnologías ingresan a la cobertura obligatoria (PMO) basándose en evidencia de costo-efectividad. Esto frenará la incorporación acrítica de novedades caras pero ineficaces que hoy desfinancian al sistema vía judicialización.

contabilidad, sino de prioridades políticas y éticas.

No podemos seguir sosteniendo un sistema que gasta mucho y cura poco debido a la intermediación parasitaria y la falta de reglas claras. La propuesta de FaroPaís busca recuperar el sentido de lo público: recursos administrados con transparencia, inteligencia y solidaridad.

Al centralizar las compras estratégicas, fusionar las carteras de riesgo ineficientes y crear un fondo nacional para lo catastrófico, podemos liberar una masa crítica de recursos. Esos recursos, hoy perdidos en la burocracia, son los que permitirán pagar mejores salarios a los médicos, equipar los hospitales y, en definitiva, garantizar que la salud sea un bien común accesible para todos los argentinos.

► 6. Conclusión

El financiamiento del sistema de salud no es un problema de

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

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, zanjear 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.

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 Ighes, 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.

AGRADECIMIENTOS INSTITUCIONALES

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





FAROPAÍS