FEMECON INFORMA
NOVIEMBRE 2026
Órgano Oficial de la Federación Médica del Conurbano
Año XXXI- Nro. 357

EDITORIAL Pág. 2

La sustentabilidad del sistema también depende del reconocimiento del trabajo médico

Reflexiones a partir del V Congreso Nacional de COSSPRA

Entidades médicas y financiamiento de la salud

Carlos Grebin, Presidente del Círculo Médico de Morón, Hurlingham e Ituzaingó y Secretario de FEMECON, analiza la composición del gasto prestacional y advierte sobre la escasa visibilidad de los honorarios médicos en su distribución. Interrogantes sobre el reconocimiento económico del trabajo médico dentro del sistema de salud.



PAGS. 6, 7 y 8

FICS 2026

Entre la innovación sanitaria y el desafío de sostener las prestaciones



PAGS. 11 y 12

Federalismo y sustentabilidad, ejes del debate sobre el futuro del sistema de salud

Bajo el lema «Innovación y Políticas de Estado», el V Congreso Nacional de COSSPRA reunió a autoridades sanitarias, dirigentes de la seguridad social, especialistas, legisladores y representantes del sector para avanzar en una agenda común.

PAGS. 9 y 10

CENAS

Los riesgos de priorizar los indicadores sobre la atención médica

PAG. 3

CIDCAM

Por qué la humanización de la atención empieza con el profesional

PAG. 4

FEMECON INFORMA

Director
Dr. Adrián Balbiín
Jefe de Redacción
Dr. Abelardo Di Ludovico

Redacción General
María José Ralli
Redactora
Camila Balbín
Diseño Gráfico
Verónica Spitznagel

Informamos a los colegas nuestra página de internet y dirección de e-mail:
www. femecon.com
secretaria@femecon.org.ar
para publicar en Femecon informa:
femeconinforma@femecon.org.ar

Consejo Directivo / FEMECON

Presidente: Dr. Adrián Balbín
Vicepresidente: Dr. Edmundo Filippo
Secretario General: Dr. Carlos Grebín
Pro Secretario: Dr. Alberto Gómez
Tesorero: Dr. Marcelo Maucci
Pro Tesorero: Dr. René Vidal
Secretaria Gremial: Dra. Marta Franco
Secretario de Actas: Dr. Guillermo Villafañe
Vocal 1: Dr. Augusto Fulgenzi
Vocal 2: Dra. Rosario Vidal Próspero
Vocal 3: Dr. Roberto Cremona
Vocal 4: Dr. Anibal Funes
Vocal 5: Dr. Roberto Maluf
Vocal 6: Dr. Celso Lazo Amaya
Vocal 7: Dr. Enrique Arrigazzi
Vocal 8: Dr. Luis Serrano
Vocal 9: Dr. Walter Zaldúa

Comisión Revisora de Cuentas

Miembros Titulares
1. Dr. Abelardo Di Ludovico
2. Dr. Héctor Sainz
Miembros Suplentes
1. Dr. Marcelo Granata
2. Dr. Claudio Berra

Tribunal de Honor

Miembros Titulares
1. Dra. Clara Glas
2. Dr. Roberto Scarsi
3. Dr. Omar Medano
Miembros Suplentes
1. Dr. Enrique Quiroga
2. Dr. Daniel Koffman

La sustentabilidad del sistema también depende del reconocimiento del trabajo médico

La crisis de financiamiento que atraviesa el sistema de salud argentino obliga a revisar cómo se distribuyen los recursos y cuáles son las prioridades que orientan el gasto sanitario. El crecimiento sostenido del costo de los medicamentos, las nuevas tecnologías y las prestaciones de alta complejidad plantea desafíos que requieren criterios de asignación más eficientes, decisiones basadas en evidencia y una mirada integral sobre las necesidades de la población.

Sin embargo, hay un componente esencial de la atención que suele quedar relegado en esa discusión: el trabajo médico. La remuneración de los profesionales no refleja, desde hace tiempo, la responsabilidad, la formación y la complejidad que demanda el ejercicio de la medicina. Esta desvalorización económica termina convirtiéndose en un subsidio indirecto del trabajo profesional al sostenimiento de un sistema que depende cotidianamente de su compromiso y capacidad de respuesta.

Ningún modelo sanitario puede proyectar su sustentabilidad sobre honorarios que pierden progresivamente su valor. Las consecuencias exceden las condiciones laborales de los médicos: comprometen la disponibilidad de profesionales, la continuidad de la atención y, en última instancia, la calidad de las prestaciones que reciben los pacientes. Pero reconocer el trabajo médico también implica comprender que los profesionales y sus instituciones representativas tienen mucho para aportar a la solución de los problemas estructurales del sistema. Su experiencia asistencial y conocimiento científico son herramientas fundamentales para mejorar la utilización de los recursos, promover la prescripción racional de medicamentos, evitar prácticas innecesarias y fortalecer la calidad de las decisiones clínicas.

Desde FEMECON sostenemos que las guías terapéuticas y los protocolos basados en evidencia pueden contribuir a una mayor eficiencia del gasto, siempre con respeto por la autonomía profesional y las particularidades de cada paciente. Racionalizar no significa restringir arbitrariamente, sino utilizar mejor los recursos disponibles para garantizar una atención adecuada. La sustentabilidad sanitaria necesita una distribución más equilibrada de los recursos, pero también una construcción colectiva que incluya a quienes hacen posible la atención. Las entidades médicas deben ocupar un lugar activo en ese debate, no solamente como representantes de los intereses profesionales, sino como interlocutores capaces de formular propuestas y contribuir a las políticas de salud.

No habrá un sistema de salud verdaderamente sustentable si su equilibrio económico depende de la desvalorización de quienes lo sostienen. Reconocer el trabajo médico e incorporar a sus instituciones representativas en la búsqueda de soluciones es una condición indispensable para garantizar una atención de calidad, equitativa y sostenible.

Profesionales de la salud bonaerenses acordaron un aumento salarial del 7,4%

El incremento se aplicará en octubre y noviembre, tomando como base los haberes de septiembre de 2026. Para los residentes, la mejora promedio alcanzará el 10%. La negociación se reabrirá en diciembre.

Los profesionales y técnicos de la salud pública de la provincia de Buenos Aires, comprendidos en la Ley 10.471, aceptaron la propuesta salarial del Gobierno bonaerense, que establece un aumento del 7,4% en dos tramos, calculado sobre los haberes de septiembre de 2026.

El acuerdo contempla una recomposición salarial que incluye la recategorización del salario básico y una mejora específica para quienes realizan residencias en el sistema público de salud.

El incremento se implementará de la siguiente manera:
Octubre: 4,4%, compuesto por un 3% de aumento salarial y el primer tramo de la recategorización del básico.
Noviembre: 3% adicional.

Para los residentes, el incremento promedio alcanzará el 10%. Además, se acordó una agenda integral de trabajo orientada a mejorar las condiciones laborales y formativas de las residencias.

Asimismo, se estableció la reapertura de las negociaciones paritarias en diciembre, con el objetivo de retomar la discusión salarial y avanzar en los temas pendientes de la agenda laboral del sector.

Los riesgos de priorizar los indicadores sobre la atención médica

Un artículo publicado por el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS) advierte sobre las consecuencias del uso de indicadores de desempeño cuando se convierten en objetivos sujetos a incentivos o penalizaciones. El análisis destaca la importancia de evaluar los resultados sanitarios sin desplazar el criterio clínico ni comprometer la calidad asistencial. Los indicadores son herramientas fundamentales para la gestión de los servicios de salud pero cuando se transforman en metas de cumplimiento, pueden modificar las conductas de profesionales e instituciones sin que necesariamente mejoren la atención de los pacientes. En su artículo “La corrupción de las métricas”, el Dr. Carlos Alberto Díaz, presidente del CENAS, analiza cómo la presión por alcanzar determinados resultados puede deteriorar tanto la información registrada como los procesos asistenciales.



Experiencias internacionales

El artículo presenta distintos antecedentes. En Inglaterra, una meta para resolver el 98% de las consultas de urgencia en menos de cuatro horas mejoró los tiempos informados, pero también generó prácticas orientadas al cumplimiento del plazo, como el traslado de pacientes a unidades de evaluación sin resolver su situación clínica. En Estados Unidos, una investigación de 2014 sobre el sistema de salud de veteranos detectó que aproximadamente 1.700 pacientes que esperaban turnos de atención primaria no figuraban en las listas oficiales. También identificó diferencias entre los tiempos de espera reales y los comunicados por la institución.

Los desafíos en Argentina

Según Díaz, el sistema sanitario argentino también presenta riesgos vinculados al uso de indicadores, especialmente por la fragmentación del financiamiento y la debilidad de los mecanismos de verificación independiente. Entre las métricas que requieren especial atención se encuentran la estancia media hospitalaria, la tasa de ocupación, los tiempos de espera en guardia, la cantidad de consultas por hora médica y las tasas de infecciones o complicaciones. El autor señala que estos indicadores deben analizarse junto con otras medidas que permitan identificar consecuencias no deseadas. Por ejemplo, la reducción de los días de internación debería evaluarse conjuntamente con las reinternaciones y las consultas posteriores al alta. El artículo propone utilizar conjuntos de indicadores en lugar de parámetros aislados, ajustar los resultados según el riesgo y la complejidad de los pacientes, fortalecer las auditorías clínicas e incorporar a los profesionales en el diseño de las herramientas de evaluación. La conclusión es que la medición debe seguir siendo una herramienta de gestión, sin reemplazar el juicio profesional.

Fuente: CENAS. “La corrupción de las métricas”, Dr. Carlos Alberto Díaz, octubre de 2026.
https://cenas.org.ar/novedades/la-corrupcion-de-las-metricas/

Por qué la humanización de la atención empieza con el profesional

En el tercer encuentro de su ciclo de webinarios, la Dra. Vanesa Etcheverry presentó datos de una encuesta iberoamericana sobre violencia y desgaste médico, y propuso el acompañamiento y el mentoreo como base del "Ecosistema del Cuidado".



CIDCAM realizó de manera virtual el tercer encuentro del Ciclo de Webinarios sobre Humanización de la Atención en Salud, bajo el título "Hacia el Ecosistema del Cuidado: ¿Por qué la humanización empieza con el profesional?". La exposición estuvo a cargo de la Dra. Vanesa Etcheverry, secretaria de Actividades Científicas, Culturales y Deportivas de FEMEBA y coordinadora del área de Calidad Asistencial y Seguridad al Paciente y miembro de la Comisión Directiva de CIDCAM, organización que integra FEMECON.

La tesis central fue que la humanización no se logra solo con capacitaciones en "buen trato". Para Etcheverry, "la excelencia clínica y la empatía humana no pueden florecer en un entorno de violencia, estrés y soledad profesional". En ese marco, planteó sumar a la Triple Meta de la calidad (experiencia del paciente, salud de la población y costos) una cuarta dimensión: el bienestar del profesional, "la dimensión oculta necesaria para sostener las otras tres".

Una brecha entre vocación y entorno

Para dimensionar el problema, se citaron resultados de la quinta edición de la Encuesta Iberoamericana 2024, con 1.920 médicos de Argentina, España, Paraguay y Uruguay. El relevamiento arrojó que 68% de los profesionales se declaró satisfecho o muy satisfecho con su profesión. Sin embargo, un 77% lidera la insatisfacción con el ambiente de trabajo, la falta de contención y los honorarios. "Los médicos aman la medicina, pero el sistema no los acompaña", sintetizó Etcheverry.

El análisis también advirtió sobre una "epidemia silenciosa": los médicos que se perciben estresados o presionados registran más agresiones, y muchos llegan a asumir que "la violencia es normal". El riesgo resultó mayor en mujeres (OR 6,58) que en varones (OR 4,46). Tras un episodio de violencia, señaló, son pocos los que logran contactar a la dirección o iniciar acciones legales, y muchos reducen el contacto con sus pacientes. "Un médico aislado no puede proveer cuidado humanizado", concluyó.

Acompañar, reflexionar, aprender

Frente a ese diagnóstico, la propuesta se apoyó en el Modelo de Desarrollo Profesional Colaborativo: pasar de un sistema individual y punitivo a uno de aprendizaje en servicio, con planes personales de desarrollo, auditoría entre pares y evaluación formativa. Entre las herramientas mencionadas figuran el e-portfolio, el examen clínico objetivo estructurado (ECOE) y los entornos personales de aprendizaje, junto con una "espiral de reflexión sobre la práctica" concebida como "un motor de cambio permanente".

La figura del mentor ocupó un lugar central: crear un espacio seguro donde el error se analice en lugar de penalizarse, ofrecer contención emocional y técnica y brindar feedback periódico. Su función, apuntó Etcheverry, es lograr que el profesional "no enfrente los conflictos del sistema en soledad".

Un cambio de cultura

Etcheverry sostuvo que un profesional acompañado repercute en pacientes más activos y familias aliadas, con menos eventos adversos y mayor adherencia a los tratamientos. Por eso, insistió en que humanizar es una estrategia organizacional que exige "un cambio de cultura institucional que valore a los profesionales como el recurso más crítico del sistema".

La charla cerró con una idea que da nombre al encuentro, "Cuidar al que cuida", y una frase inspirada en P. Pronovost: "La empatía duele, pero la compasión y el acompañamiento sanan."

Un sistema fragmentado ante el desafío de la sostenibilidad

En una jornada de la OISS, exfuncionarios y especialistas analizaron las desigualdades de cobertura, la distribución de los recursos y la necesidad de fortalecer la regulación y la coordinación entre los subsistemas.

La fragmentación del sistema de salud argentino, las brechas de financiamiento y las dificultades para garantizar una cobertura equitativa fueron los ejes de una mesa de debate organizada por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), el 21 de octubre, en la Ciudad de Buenos Aires.

El encuentro, titulado «Fragmentación, financiamiento y garantías comunes para el sistema de salud argentino», fue coordinado por José Pedro Bustos, director regional de la OISS, y contó con las exposiciones de Pablo Yedlin, diputado nacional y exministro de Salud de Tucumán; Enrique Rodríguez Chiantore, exjefe de Gabinete de Asesores del Ministerio de Salud de la Nación; Rubén Torres, exsuperintendente de Servicios de Salud; y David Aruachan, exgerente general de ese organismo.

Uno de los puntos centrales fue la necesidad de definir qué sistema de salud se busca construir y cómo articular a los distintos actores para sostenerlo.

Rectoría y regulación

Yedlin advirtió sobre el creciente peso de los medicamentos en el gasto sanitario y señaló que pasaron de representar menos del 20% a concentrar entre el 40% y el 50%. Frente a este cambio, propuso recuperar la rectoría nacional mediante una mayor coordinación entre el Estado, las obras sociales, las prepagas, los financiadores y los prestadores. También planteó crear por ley una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, independiente del Estado, los financiadores y la industria, y establecer legalmente el Programa Médico Obligatorio (PMO) para todo el sistema con el objetivo de contar con criterios claros de cobertura y reducir los conflictos judiciales. Entre otras medidas, mencionó fortalecer la ANMAT, impulsar la producción pública de medicamentos y crear un seguro para tratamientos de



muy alto costo. «Si no nos preocupamos por el recurso humano, nos vamos a quedar sin sistema de salud hagamos lo que hagamos», advirtió.

Las brechas de la seguridad social

Enrique Rodríguez Chiantore puso el foco en dos desequilibrios financieros. El primero es la diferencia entre los recursos que recauda PAMI y los que devuelve a los agentes del seguro de salud que siguen atendiendo a jubilados. Según sus cálculos, la cápita bruta mensual ronda los $165.109 por afiliado, mientras que la devolución es de $53.277, un 67,73% menos. El exfuncionario cuestionó este esquema y propuso revisar los montos transferidos.

El segundo desequilibrio corresponde al monotributo. El aporte promedio destinado a la obra social, incluido el subsidio Sumar, es de unos $37.317 mensuales y representa menos del 40% del costo estimado del PMO. Ante el crecimiento de los monotributistas y la pérdida de empleo registrado, planteó elevar ese aporte, al menos, hasta la cápita media del sistema.

Envejecimiento, acceso y sostenibilidad

Rubén Torres sostuvo que la discusión no puede limitarse a cuánto cuesta la atención sanitaria. «Primero deberíamos ponernos de acuerdo sobre el modelo y después discutir cuánto dinero necesitamos para sostenerlo», afirmó.

Como parte de una «tormenta perfecta», mencionó la crisis sanitaria, el envejecimiento poblacional y la insuficiente regulación. También señaló que el gasto de bolsillo representó el 41% del gasto total en salud en 2022, frente a valores cercanos al 20% en países desarrollados. Finalmente, cuestionó las diferencias regulatorias entre la seguridad social y las empresas de medicina prepaga e indicó que el 91% de los monotributistas y el 99,9% de los jubilados están en obras sociales, no en prepagas, para lo cual reclamó reglas equivalentes. «Racionalizar genuinamente el sistema exige más capacidad de respuesta, no menos. No exige desregulación, exige regulación y rectoría fuertes», sostuvo.

Por su parte, David Aruachan vinculó la sostenibilidad financiera con la informalidad laboral y los cambios demográficos y señaló que los agentes del seguro de salud pasaron de 291 en diciembre de 2023 a 354. Además advirtió sobre la falta de un marco específico de control para las nuevas entidades y destacó el crecimiento del monotributo y el aumento previsto de la población mayor de 65 años, factores que presionan sobre el modelo contributivo. Con este escenario propuso tomar como referencia experiencias internacionales que combinan rectoría nacional, mecanismos de compensación entre jurisdicciones, continuidad de las políticas y rendición de cuentas según las necesidades de la población. «Descentralizar sin coparticipar proporcionalmente no es federalismo: es trasladar el déficit», afirmó. Y concluyó: «No hay innovación sostenible en un sistema que se desarma cada vez que cambia el gobierno».

Por Carlos Grebin. Presidente del Círculo Médico de Morón, Hurlingham e Ituzaingó y Secretario de FEMECON

Entidades médicas y financiamiento de la salud

El V Congreso Nacional del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), realizado en Puerto Iguazú bajo el lema «Innovación y Políticas de Estado», constituyó un importante espacio de reflexión sobre los desafíos que enfrenta el sistema sanitario argentino y las dificultades económicas que comprometen su sustentabilidad.

El denominador común de las exposiciones fue la preocupación por el quebranto económico que afecta a los financiadores de la salud. El incremento sostenido de los costos prestacionales, los medicamentos de alto precio, la incorporación de nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y la creciente judicialización fueron señalados entre los principales factores que contribuyen a esta situación.

Si bien las dificultades de financiamiento afectan al sistema sanitario argentino en su conjunto, durante el Congreso se puso especial énfasis en la crítica situación económica que atraviesan las obras sociales provinciales, cuya representación institucional constituye precisamente la razón de ser de COSSPRA. La magnitud de los desequilibrios financieros que enfrentan estas entidades fue presentada como una problemática particularmente preocupante, por sus consecuencias sobre la sustentabilidad de las coberturas y la continuidad de las prestaciones destinadas a sus beneficiarios.

El encuentro planteó un interrogante fundamental: ¿qué sistema de salud necesita la Argentina y cómo construir políticas de Estado capaces de garantizar su viabilidad, calidad y equidad?

La respuesta exige no solamente encontrar nuevos recursos financieros, sino también revisar su distribución y utilización, superar la fragmentación institucional y fortalecer la articulación entre los distintos niveles del sistema sanitario.

Innovación farmacológica, tecnológica y evidencia científica

Uno de los aspectos centrales del Congreso estuvo relacionado con la incorporación de innovaciones farmacológicas y tecnológicas. Ambas han permitido alcanzar posibilidades diagnósticas y terapéuticas impensadas en otras épocas, con importantes beneficios para los pacientes. Al mismo tiempo, su incorporación representa un gasto de gran magnitud dentro del financiamiento sanitario y, cuando sus costos exceden la capacidad de los financiadores, contribuye al desequilibrio económico y al quebranto del sistema.

Reconocer esta presión sobre el financiamiento no implica desconocer el valor de la innovación ni los avances que ha hecho posibles. Exige, en cambio, evaluar sus beneficios clínicos, su seguridad y su relación con los costos. En particular, en determinados medicamentos de alto precio, la expectativa terapéutica puede superar la evidencia científica disponible sobre su efectividad y sus resultados a largo plazo.

En este marco, se planteó que el financiamiento de una innovación farmacológica debe guardar relación con el grado de certeza sobre su beneficio clínico: pagar por una expectativa terapéutica sujeta a incertidumbre no puede tener el mismo valor que financiar una medicación cuya efectividad está comprobada.

Se propuso, por ello, una ecuación que permita ponderar



la evidencia disponible y la incertidumbre de los resultados para determinar el monto que corresponde financiar. La evaluación de tecnologías sanitarias, la medicina basada en evidencia y los mecanismos de financiamiento vinculados a resultados clínicos comprobables constituyen herramientas necesarias para promover una asignación más eficiente y equitativa de los recursos, sin comprometer el acceso de los pacientes a tratamientos verdaderamente beneficiosos.

Otro de los mecanismos planteados durante el Congreso para mejorar la eficiencia del gasto sanitario fue la posibi-

lidad de implementar sistemas de compras centralizadas de medicamentos, particularmente aquellos de alto costo.

La articulación entre los distintos financiadores permitiría fortalecer su capacidad de negociación frente a la industria farmacéutica, aprovechar economías de escala y obtener condiciones de adquisición más favorables, contribuyendo a reducir los costos sin comprometer la calidad ni el acceso a los tratamientos.

Judicialización

Un aspecto relevante fue la creciente judicialización de las prestaciones sanitarias. Si bien las decisiones judiciales pueden generar obligaciones económicas extraordinarias para los financiadores, el amparo constituye una garantía fundamental para la protección del derecho a la salud.

El desafío consiste en fortalecer mecanismos institucionales que permitan resolver oportunamente los conflictos prestacionales mediante criterios científicos, procedimientos transparentes y decisiones debidamente fundamentadas, evitando presentar la sustentabilidad económica y la protección de los derechos individuales como objetivos contrapuestos.

La prevención sanitaria frente a la evidencia científica

La temática sobre la Prevención Sanitara fue abordada bajo la necesidad de revisar determinados conceptos tradicionales a la luz de la evidencia científica disponible.

Si bien la prevención constituye uno de los pilares fundamentales de la salud pública, no todas las intervenciones preventivas han demostrado producir beneficios clínicos que justifiquen su aplicación sistemática. Algunas estrategias pueden resultar poco eficientes y, en determinadas circunstancias, generar efectos adversos, sobrediagnósticos, tratamientos innecesarios e incluso daños para los pacientes.

Esta realidad obliga a superar la concepción de que toda medida preventiva resulta necesariamente beneficiosa, promoviendo una evaluación rigurosa de su efectividad, seguridad y relación entre beneficios, riesgos y costos.

La prevención debe sustentarse en evidencia científica sólida, considerando las características de la población destinataria y evitando intervenciones cuyo beneficio no haya sido suficientemente demostrado.

Desde esta perspectiva, la revisión crítica de las políticas preventivas no implica restar importancia a la prevención, sino fortalecer su verdadero valor sanitario, orientando los recursos hacia aquellas intervenciones capaces de mejorar efectivamente la salud de la población.

Federalismo sanitario y evaluación de tecnologías

La organización federal del sistema sanitario constituyó otro de los ejes relevantes del encuentro.

La distribución de competencias entre la Nación y las provincias, junto con las diferencias de recursos e infraestructura, plantea la necesidad de fortalecer mecanismos de coordinación que permitan reducir las desigualdades territoriales en el acceso a la atención.

En este contexto, resultó especialmente significativa la presentación de la experiencia italiana, donde la articulación entre las autoridades nacionales y regionales se vincula con el desarrollo de estructuras de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), destinadas a orientar la incorporación y utilización de innovaciones mediante criterios científicos, clínicos y económicos.

La experiencia demuestra la importancia de contar con instituciones técnicas capaces de producir evaluaciones independientes y transparentes, que contribuyan a fundamentar las decisiones de cobertura y financiamiento.

En la Argentina existen antecedentes y estructuras especializadas, entre ellas la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC), así como iniciativas posteriores orientadas a fortalecer esta función.

Sin embargo, resulta necesario avanzar en su consolidación institucional y articulación federal, procurando que las evaluaciones constituyan referencias científicas consistentes para los distintos financiadores, sin desconocer las particularidades de cada jurisdicción.

La evaluación de tecnologías sanitarias no debe concebirse únicamente como un mecanismo de contención del gasto, sino como una herramienta para compatibilizar innovación, evidencia científica, equidad y sustentabilidad.

El trabajo médico y la distribución del gasto sanitario

Durante el Congreso se presentaron estudios sobre la composición del gasto de las obras sociales provinciales, destacándose la significativa incidencia de los medicamentos y las prestaciones de alta complejidad.

Entre los datos expuestos, se señaló que el gasto en medicamentos representa aproximadamente el 40% del presupuesto de las obras sociales provinciales comprendidas en el relevamiento presentado.

Sin embargo, resulta particularmente significativo que en la distribución porcentual del gasto prestacional exhibida durante el encuentro no apareciera individualizada la participación económica correspondiente a la remuneración del recurso humano médico.

Esta circunstancia no permite establecer por sí sola el porcentaje exacto que representan los honorarios profesionales, pero pone de manifiesto su escasa visibilidad dentro de la estructura del gasto sanitario.

viene de página 7

En contraste con el peso económico de los medicamentos y las nuevas tecnologías, la remuneración del trabajo médico continúa sometida a un proceso de progresiva desvalorización, pese a constituir un componente indispensable de toda prestación asistencial.

Se configura así una paradoja: mientras el trabajo médico sostiene cotidianamente el funcionamiento del sistema, su insuficiente reconocimiento económico termina operando como una suerte de subsidio indirecto del trabajo profesional al financiamiento de la atención sanitaria.

Este subsidio indirecto, sostenido mediante honorarios que no reflejan adecuadamente la responsabilidad, la capacitación y la complejidad de la actividad médica, contribuye a disimular parte de las dificultades económicas del sistema.

La cuestión excede, por lo tanto, el legítimo reclamo por una remuneración justa. La desvalorización del acto médico puede comprometer la disponibilidad de profesionales, la continuidad asistencial y el acceso oportuno de los pacientes a las prestaciones.

Un sistema sanitario no puede considerarse verdaderamente sustentable si su equilibrio económico se alcanza a expensas de la desvalorización del trabajo médico.

Las entidades médicas como protagonistas de la solución

El V Congreso Nacional de COSSPRA constituyó una valiosa iniciativa para analizar los problemas estructurales del sistema sanitario argentino y promover la construcción de consensos orientados a garantizar su sustentabilidad. La diversidad de los temas abordados, la calidad de las exposiciones y las propuestas formuladas representan aportes fundamentales para avanzar hacia políticas sanitarias capaces de responder a los desafíos actuales.

En este contexto, resulta particularmente llamativo que, entre los múltiples aspectos analizados, no se haya abordado específicamente el papel que pueden desempeñar los médicos y sus entidades representativas en la búsqueda de soluciones a la problemática planteada.

Esta observación, lejos de restar importancia a los valiosos aportes del Congreso, permite incorporar una reflexión complementaria: la necesidad de reconocer a las organizaciones representativas de la profesión como actores fundamentales en la construcción de un sistema sanitario sustentable, tanto por su conocimiento de la realidad asistencial como por su capacidad de contribuir a una utilización más eficiente y racional de los recursos disponibles.

Si el destinatario final del sistema sanitario es el paciente, el médico constituye un vínculo esencial e inmediato para garantizar la atención que necesita.

Las instituciones médicas, entre ellas la Federación Médica del Conurbano (FEMECON), no solamente representan intereses profesionales legítimos. También constituyen instrumentos institucionales capaces de contribuir activamente a mejorar la eficiencia del gasto sanitario mediante el conocimiento de la práctica asistencial, la actualización científica y la promoción de criterios adecuados para la utilización de protocolos, medicamentos, procedimientos diagnósticos y tecnologías.

Un ejemplo concreto es el proyecto incipiente impulsado por FEMECON, orientado a la elaboración de guías terapéuticas para promover la prescripción racional de medicamentos y la utilización adecuada de los recursos prestacionales.

Estas iniciativas, sustentadas en la evidencia científica, pueden contribuir a reducir prácticas innecesarias, evitar duplicaciones y mejorar la calidad de las decisiones terapéuticas. No obstante, corresponde establecer un principio fundamental: *la racionalización del gasto no puede significar una limitación arbitraria de la autonomía y discrecionalidad médica.* Las guías clínicas deben constituir instrumentos de orientación científica, respetando las particularidades de cada paciente y la facultad del profesional de seleccionar, con fundamento clínico, los tratamientos que considere más adecuados.

La participación de las asociaciones profesionales no debe limitarse, por consiguiente, a la discusión de los honorarios profesionales. Su experiencia y conocimiento constituyen aportes necesarios para la formulación de políticas sanitarias sustentables.

Una sustentabilidad con participación médica

Frente al quebranto económico que atraviesa el sistema sanitario, desde FEMECON entendemos que su recuperación exige incorporar activamente a las organizaciones de representación médica en la construcción de soluciones.

La experiencia asistencial y el conocimiento científico de los profesionales constituyen recursos indispensables para mejorar la eficiencia del sistema, mientras que una remuneración adecuada del trabajo médico representa una condición necesaria para preservar su calidad y continuidad.

La sustentabilidad sanitaria requiere, en definitiva, una distribución más equilibrada de los recursos y consensos que reconozcan el protagonismo de quienes hacen posible cotidianamente la atención de los pacientes.

Su participación activa en la formulación de políticas sanitarias, la utilización racional de los recursos y la construcción de consensos resulta indispensable para alcanzar un sistema de salud verdaderamente sustentable, equitativo y de calidad. *Las instituciones representativas de los médicos, lejos de formar parte del problema, son claramente parte de la solución.*

COSSPRA: federalismo y sustentabilidad, ejes del debate sobre el futuro del sistema de salud

El V Congreso Nacional del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) reunió en Puerto Iguazú a representantes de las 24 obras sociales provinciales y a más de 600 participantes. Carlos Grebin, secretario de FEMECON, participó del encuentro, que puso en agenda el financiamiento sanitario, la evaluación de tecnologías, la integración del sistema y la necesidad de acuerdos de largo plazo.

Bajo el lema «Innovación y Políticas de Estado», el 28 y 29 de octubre se realizó en Puerto Iguazú, Misiones, el V Congreso Nacional de COSSPRA, un espacio de intercambio entre autoridades sanitarias, dirigentes de la seguridad social, especialistas, legisladores y representantes del sector prestador. Por FEMECON estuvo presente Carlos Grebin, secretario de la entidad, quien destacó la importancia de estos ámbitos de intercambio para abordar los desafíos del sector.

«En representación de FEMECON participé de un importante espacio de diálogo y reflexión sobre los desafíos del sistema sanitario argentino, reafirmando nuestro compromiso con la defensa del derecho a la salud y la construcción de un sistema más justo, equitativo y sustentable», expresó Grebin.

La apertura estuvo encabezada por el presidente de COSSPRA y director general de OSEP Mendoza, Carlos Funes, junto con el gobernador de Misiones, Hugo Passalacqua, el ministro de Salud provincial, Héctor González, y el presidente del Congreso y titular del IPS Misiones, Lisandro Benmaor, entre otras autoridades.

Durante el acto inaugural, los referentes coincidieron en la necesidad de abordar los problemas sanitarios desde una perspectiva federal y coordinada. Funes sostuvo que la sustentabilidad requiere decisiones integrales y consensos que puedan sostenerse más allá de las coyunturas políticas. El encuentro puso el foco en los desafíos financieros de las obras sociales provinciales, la equidad en el acceso y la construcción de políticas públicas de largo plazo.

Durante dos jornadas, la agenda incluyó medicamentos de alto costo, cobertura prestacional, judicialización, prevención y transformación digital.

Evaluar la innovación y revisar el financiamiento

Uno de los temas principales fue la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), abordada por el médico especialista en salud pública Esteban Lifschitz. En su exposición, titulada «¿Qué se puede decir sobre la Evaluación de Tecnologías Sanitarias que no se haya dicho todavía?», planteó la necesidad de exigir evidencia científica rigurosa y vincular el precio de las innovaciones con los beneficios clínicos demostrados.

El debate puso de relieve una cuestión estratégica para financiadores y prestadores: cómo incorporar nuevos tratamientos y tecnologías con criterios de efectividad, seguridad y costo, especialmente ante medicamentos de alto precio cuya eficacia puede presentar incertidumbres. La discusión sobre las verdades incómodas de la evaluación de tecnologías sanitarias también abrió interrogantes sobre la asignación de recursos y las prioridades de cobertura.

La sustentabilidad fue otro eje transversal. En la mesa dedicada al diagnóstico y futuro del sistema argentino, representantes de entidades financiadoras, prestadores y de la industria analizaron el impacto de la caída de los ingresos, las ineficiencias operativas, el daño evitable y las dificultades para sostener la calidad asistencial. Las intervenciones coincidieron en la importancia de fortalecer la prevención, mejorar los procesos y contar con información que permita orientar las decisiones.



El intercambio sobre el diagnóstico estructural y los caminos de sostenibilidad plan-





teó la necesidad de revisar el funcionamiento del sistema y avanzar en mejoras que contemplen tanto los resultados sanitarios como la utilización de los recursos disponibles.

Integración y federalismo sanitario

La fragmentación del sistema argentino ocupó un lugar destacado en la segunda jornada. Carlos Funes, el especialista en economía de la salud Daniel Maceira y David Aruachan analizaron las dificultades de coordinación entre los distintos subsectores, las desigualdades territoriales y las limitaciones del modelo de financiamiento contributivo.

En la mesa sobre integración asistencial y financiera, se planteó la necesidad de establecer reglas claras, mecanismos de compensación entre jurisdicciones y acuerdos políticos que permitan sostener las reformas en el tiempo. También se discutieron las coberturas superpuestas, la transición demográfica y el rol de las obras sociales provinciales en una estrategia de mayor articulación.

La federalización sumó otro capítulo con las exposiciones de Sergio Wisky, ministro de Salud de Chubut, Nicolás Kreplak, ministro de Salud bonaerense, y Claudio Stivelman, exsuperintendente de Servicios de Salud. Entre los temas abordados estuvieron la descentralización de la gestión, el financiamiento territorial, la historia clínica digital y las herramientas para mejorar la equidad.

Las experiencias y propuestas compartidas en el debate sobre federalización, gobernanza y sostenibilidad destacaron la importancia de adaptar las reformas a las realidades provinciales y fortalecer la coordinación entre los distintos niveles de gobierno.

Derechos, regulación y acuerdos de Estado

La agenda incluyó también un panel sobre legislación y derechos, con exposiciones que abordaron la experiencia del paciente, la evaluación del impacto de las normas, la regulación sanitaria y la judicialización de las prestaciones.

El desafío de garantizar derechos y, al mismo tiempo, sostener la viabilidad del sistema atravesó las intervenciones. En ese marco, se planteó la necesidad de revisar las obligaciones de cobertura, mejorar los mecanismos de evaluación y promover reglas que contemplen tanto las necesidades de la población como los recursos disponibles. Los principales aportes de esta mesa se reunieron en el debate sobre legislación, derechos y sostenibilidad.

En paralelo, una mesa de dirigentes, especialistas y legisladores analizó posibles reformas sanitarias, con énfasis en la revisión del Programa Médico Obligatorio (PMO), los amparos y la necesidad de avanzar hacia un marco regulatorio federal. La discusión sobre reforma sanitaria y sustentabilidad puso en evidencia la dimensión política e institucional de los cambios que requiere el sector.

El cierre estuvo a cargo de Carlos Funes y del ministro de Salud de la Nación, Mario Lugones, quienes coincidieron en la necesidad de transformar los diagnósticos en medidas concretas. Entre las propuestas se destacaron la conformación de una mesa federal de trabajo, la definición de un paquete de prestaciones garantizadas, la identificación de responsabilidades y fuentes de financiamiento, y el establecimiento de criterios para abordar la judicialización y la incorporación de innovaciones.

Los debates de Iguazú dejaron planteado un desafío común para financiadores, prestadores y autoridades: avanzar hacia una mayor integración del sistema de salud, con criterios transparentes de cobertura, decisiones basadas en evidencia y mecanismos de financiamiento acordes con las necesidades sanitarias. La construcción de consensos federales aparece como una condición central para sostener el acceso, la calidad de la atención y la continuidad de las prestaciones.

Entre la innovación sanitaria y el desafío de sostener las prestaciones

El primer Congreso Iberoamericano de Salud de FICS reunió a autoridades, prestadores y financiadores para debatir cómo responder a los avances tecnológicos y a una demanda asistencial en aumento. La presión sobre los presupuestos, la evaluación de nuevas tecnologías y la prevención estuvieron entre los principales ejes.

La incorporación de nuevas tecnologías, el aumento de los costos asistenciales y las necesidades de una población que envejece obligan a los sistemas de salud a revisar cómo distribuyen sus recursos. ¿Cómo decidir qué innovaciones incorporar? ¿Qué criterios deben orientar la cobertura? ¿Cómo sostener esas decisiones sin afectar otras prestaciones? Estas preguntas formaron parte del primer Congreso Iberoamericano de Salud de la Fundación Iberoamericana Consenso Salud (FICS), realizado el 14 y 15 de octubre en Buenos Aires.

Bajo el lema «Una agenda iberoamericana hacia una salud sostenible», el encuentro convocó a más de 2.500 asistentes, representantes de 14 países y más de 80 disertantes de Europa y América Latina. La agenda incluyó debates sobre financiamiento, transformación digital, inteligencia artificial, evaluación de tecnologías sanitarias, prevención, envejecimiento y recursos humanos.

Durante la apertura, el ministro de Salud de la Nación, Mario Lugones, destacó la responsabilidad rectora de la cartera sanitaria y la importancia de revisar el funcionamiento del sistema. También planteó la necesidad de identificar qué intervenciones producen resultados, corregir aquellas que no funcionan y medir su impacto en la salud de la población.

Cristian Mazza, presidente de FICS, puso el acento en las condiciones necesarias para sostener la atención. La previsibilidad del financiamiento, las reglas claras y la evaluación de resultados, señaló, son componentes centrales de una política sanitaria sostenible. Enrique Pérez Flores, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Argentina, agregó que la innovación debe orientarse por la equidad, la evidencia y el beneficio público.



Innovar bajo presión

Las dificultades para financiar las prestaciones tuvieron un espacio en el panel «Obras Sociales Provinciales: innovar bajo presión» que contó con la participaron Carlos Funes, presidente de COSSPRA y director general de OSEP Mendoza; Pablo Venturuzzi, titular de APROSS Córdoba; Leopoldo Marchetti, director de OSEP Catamarca; e Ivana Porro, presidenta de IPROSS Río Negro.

Las obras sociales provinciales brindan cobertura a unos 7,2 millones de afiliados y su capacidad de respuesta está condicionada, entre otros factores, por la evolución

viene de página 11



de los ingresos vinculados con los salarios, el encarecimiento de la atención, el crecimiento de las enfermedades crónicas y la demanda asociada al envejecimiento de la población.

«Dependiendo de las provincias, la media salarial que tengan va a tener más o menos oxígeno», advirtió Funes al referirse a las diferencias en la disponibilidad de recursos. También alertó sobre el impacto que pueden tener las dificultades de otros financiadores, cuando parte de los gastos de atención termina trasladándose a las obras sociales provinciales.

Otro de los puntos discutidos fue la judicialización de las prestaciones. La presión por obtener determinadas coberturas plantea a los financiadores el desafío de responder a las necesidades de los afiliados y, al mismo tiempo, sostener decisiones basadas en evidencia científica y criterios de viabilidad económica.

En ese marco, Funes sintetizó una de las principales tensiones que enfrenta la gestión sanitaria: «Una innovación tiene tres cosas: equidad, evidencia, beneficio público. Y yo me voy a atrever a agregar una cuarta: ¿cómo la vamos a comprar y cómo la vamos a sostener en el tiempo?».

La pregunta pone en primer plano una instancia decisiva para las organizaciones de salud: demostrar que una tecnología ofrece beneficios clínicos no resuelve por sí solo las condiciones de su incorporación. También es necesario considerar su costo, la población que podría beneficiarse, los resultados esperados y el efecto sobre los recursos destinados al resto de las prestaciones.

Evidencia para decidir y recursos para implementar

La evaluación de tecnologías sanitarias fue otro de los temas centrales. Esteban Lifschitz, director científico de HIRIS Care, analizó los desafíos y las controversias que surgen al decidir qué intervenciones incorporar. La evaluación de la evidencia disponible y de los resultados permite comparar alternativas y aportar criterios para establecer prioridades en un contexto de recursos limitados.

El financiamiento también se relacionó con las estrategias de adquisición de medicamentos, vacunas e insumos. En la conferencia «Comprar juntos: el poder de los Fondos Rotatorios», Santiago Cornejo, gerente ejecutivo de Fondos Rotatorios de la OPS/OMS, presentó mecanismos de compra conjunta que pueden contribuir a mejorar las condiciones de acceso.

La transformación digital y la inteligencia artificial sumaron otra dimensión al debate. Sebastián García Saisó, director del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud de la OPS, abordó los desafíos para llevar estas herramientas desde las expectativas iniciales hasta su aplicación concreta. El encuentro también incluyó experiencias de digitalización e integración de información sanitaria en Argentina y Uruguay.

Para prestadores y financiadores, la incorporación de soluciones digitales requiere analizar su utilidad y las condiciones necesarias para integrarlas a los procesos de atención. Su valor no depende únicamente de la disponibilidad tecnológica, sino también de los resultados que puedan aportar y de su contribución a la calidad y la eficiencia de los servicios.

Prevención y equipos de salud

La agenda incluyó además la prevención de enfermedades no transmisibles, con un panel centrado en la posibilidad de actuar antes de que las patologías deriven en complicaciones. El envejecimiento poblacional fue otro de los ejes, por su impacto en la organización de los servicios y en las necesidades de cuidado de las personas mayores.

A estos desafíos se sumó la disponibilidad de profesionales. En el panel «¿Quién nos va a cuidar? Formar, atraer y retener el talento en salud», se debatió sobre formación médica, capacitación continua y capacidad para cubrir las necesidades de atención.

El conjunto de los temas abordados en el congreso refleja que la sostenibilidad sanitaria excede la disponibilidad de financiamiento. También exige establecer prioridades, evaluar resultados, fortalecer la prevención y contar con equipos preparados para responder a una demanda asistencial en transformación.
Para las organizaciones que financian y brindan servicios de salud, el desafío es compatibilizar la incorporación de nuevas herramientas con la continuidad de las coberturas. Una tarea que requiere decisiones sustentadas en evidencia, análisis de costos y una evaluación permanente de los resultados que las intervenciones producen en la población.

El futuro del talento en salud

La formación médica, la enfermería, la incorporación de inteligencia artificial y las condiciones laborales fueron algunos de los ejes del debate sobre cómo responder a las necesidades futuras de atención. Cómo articular la formación con las demandas del sistema y preservar el cuidado humanizado.



En el primer congreso de la Fundación Iberoamericana Consenso Salud (FICS), el panel «¿Quién nos va a cuidar? Formar, atraer y retener el talento en salud» reunió a referentes académicos y del sector privado para analizar los desafíos que enfrenta la formación de los recursos humanos sanitarios. La discusión puso el foco en el desajuste entre los profesionales que se forman, las necesidades de la población y las condiciones que favorecen su permanencia en el sistema.

Moderada por Raúl Rodríguez, prosecretario del CASMU, la mesa contó con la participación de Miguel Schiavone, rector de la Universidad Católica Argentina (UCA); Leila Cura, gerente de Salud y Bienestar de Pan American Energy (PAE); Ricardo Znaidak, presidente de AFACIMERA; y Gustavo Marín, decano de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

Formación y necesidades sanitarias

Schiavone cuestionó la extensión y los contenidos de los planes de estudio de Medicina, a los que calificó como «hipertrofiados», y propuso incorporar más bioética, salud pública y herramientas para comprender las decisiones económicas. También planteó revisar las prácticas finales obligatorias, mejorar la preparación docente y desarrollar habilidades digitales, sin descuidar el pensamiento crítico.

Uno de los principales problemas, sostuvo, es la falta de correspondencia entre los recursos humanos que forman las universidades, los que demanda el sistema y los que necesita la población. En ese sentido, contrastó la distribución desigual de médicos con los argumentos que señalan que en el país hay profesionales en exceso: mientras la Ciudad de Buenos Aires concentra una elevada cantidad, otras jurisdicciones tienen una disponibilidad mucho menor.

Para el rector de la UCA, el envejecimiento poblacional y la creciente valoración de la salud exigen revisar tanto la cantidad como la calidad de los profesionales que se forman. Además, advirtió que la actualización de los planes de estudio suele ser más lenta que los cambios en las necesidades sanitarias.

A su turno, Marín describió las dificultades para sostener las trayectorias universitarias en una facultad con 35.000 estudiantes y 8.000 ingresantes. También señaló la brecha entre las tecnologías disponibles, los docentes formados en otros contextos y las nuevas generaciones de alumnos.

El decano cuestionó la distancia entre la formación de médicos generalistas y las señales del mercado laboral, que tiende a privilegiar determinadas especialidades. Frente a esa contradicción, planteó dos alternativas: revisar si las facultades están formando los perfiles que el sistema necesita o impulsar cambios en el modelo de atención.

La experiencia presentada por Leila Cura puso el acento en el papel de la enfermería y en la ampliación de sus competencias. Según explicó, desde 2011 la empresa impulsa una transformación del rol de sus enfermeros, que pasaron de tareas vinculadas con la gestión laboral y las emergencias a desempeñarse también en promoción de la salud y prevención.

En relación con la tecnología, defendió su aporte a la atención, pero subrayó los límites de la automatización: «Un robot puede medir cuando la saturación de oxígeno baja, pero no puede darse cuenta de la cara de miedo que pone el paciente».

IA y retención del talento

Por su parte, Znaidak consideró que los cambios necesarios requieren una articulación sostenida entre universidades, sistema de salud y organismos públicos. «Ninguna facultad sola puede llevar adelante un cambio como el que se necesita», afirmó.

El titular de AFACIMERA señaló que las nuevas generaciones buscan propósito, impacto social, flexibilidad, equilibrio entre la vida personal y laboral y capacitación continua. Por eso, propuso ofrecerles un proyecto de vida profesional que contemple tanto la formación como las condiciones de ejercicio.

La inteligencia artificial también ocupó un lugar central. Znaidak sostuvo que su incorporación a la práctica médica exige enseñar a evaluar críticamente sus resultados, reconocer sesgos y utilizarla de manera responsable. A la vez, señaló que puede reducir la carga administrativa y liberar tiempo para el vínculo con los pacientes.

En cuanto a la retención, mencionó el agotamiento profesional, las condiciones laborales, las jubilaciones y la migración como factores que inciden en la disponibilidad de recursos humanos. También recordó las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, que estiman un déficit mundial de 11,1 millones de trabajadores sanitarios para 2030, y de la Organización Panamericana de la Salud, que advierte sobre una brecha de 600.000 profesionales en América y el Caribe.

Ante este panorama, planteó la necesidad de favorecer la graduación, cuidar el bienestar de estudiantes y trabajadores y sostener el diálogo entre las instituciones educativas y las autoridades. «Cómo vamos a cuidar al que nos va a cuidar dentro de 20 años», concluyó.

Pagar por la innovación, ¿a qué precio?

La aprobación de medicamentos, la incertidumbre sobre sus beneficios y los precios de las nuevas tecnologías plantean desafíos para los sistemas de salud. En el Congreso de FICS, Esteban Lifschitz cuestionó los criterios de evaluación y financiación y propuso vincular el costo de los tratamientos con la evidencia clínica disponible.

¿Qué ocurre cuando una hipótesis terapéutica se instala como certeza antes de que la evidencia confirme sus beneficios? Esta pregunta atravesó la presentación de Esteban Lifschitz, director científico de HIRIS Care, en el primer Congreso Iberoamericano de Salud de la Fundación Iberoamericana Consenso Salud (FICS).

Bajo el concepto de «ilusión de verdad», el especialista advirtió sobre afirmaciones que se aceptan como ciertas sin evidencia suficiente y cuestionó los mecanismos que orientan la evaluación de tecnologías sanitarias y la incorporación de nuevos tratamientos.

Los límites de una promesa terapéutica

Lifschitz presentó el caso de Ataluren, destinado a tratar la distrofia muscular de Duchenne. La Agencia Europea de Medicamentos le otorgó una autorización condicional en 2014, pero retiró su registro en 2025. Durante ese período, distintas evaluaciones cuestionaron su eficacia. Francia concluyó en 2017 que no mostraba beneficios frente a placebo, España decidió no financiarlo y el productor retiró su evaluación en Canadá por falta de evidencia.

Al recordar una evaluación que coordinó en un instituto de la Universidad de Buenos Aires, Lifschitz afirmó: «La evidencia era muy buena para demostrar que este fármaco no servía para nada».

Pese a las dudas, la discusión se prolongó durante años y llegó a la judicialización y a campañas públicas en reclamo del medicamento. Para el especialista, el caso ilustra cómo «una hipótesis razonable se puede convertir por simple repetición en una certeza social antes de convertirse en evidencia».

Cuando la oferta define qué se evalúa

Otro problema es que la agenda de evaluación suele estar determinada por las tecnologías que llegan al mercado, en lugar de partir de las necesidades sanitarias pendientes.

Según los datos presentados, tres de cada cuatro muertes en el mundo son atribuibles a enfermedades no transmisibles, pero uno de cada dos medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) en 2025 recibió la designación de medicamento huérfano, destinada a enfermedades raras. Su participación en las nuevas aprobaciones sería entre siete y 17 veces superior a su peso poblacional.

Lifschitz advirtió que esta distribución puede desplazar recursos de intervenciones de salud pública y enfermedades crónicas de elevada carga sanitaria. «Si la necesidad sanitaria real no determina qué tecnologías llegan a la evaluación, evaluar mejor no corrige la distorsión de partida», sostuvo.

También cuestionó que la designación de medicamento huérfano facilite condiciones de aprobación más favorables y precios elevados. Más del 85% de las aprobaciones aceleradas de la FDA entre 2008 y 2021 correspondió a estos fármacos. Para los aprobados entre 2017 y 2021, el costo mediano anual por paciente en Estados Unidos fue de 219.000 dólares, frente a 13.000 dólares para otros medicamentos.

El planteo, aclaró, no busca restringir el acceso a tratamientos para enfermedades raras, sino examinar las condiciones bajo las cuales se incorporan. «Reclamar evidencia no es castigar al paciente con enfermedades raras, es protegerlo de falsas esperanzas», afirmó.



Pagar por una promesa

«Compramos promesas a precios de certezas», resumió Lifschitz. El problema, explicó, aparece cuando los sistemas sanitarios pagan el precio completo de un tratamiento cuyos resultados todavía son inciertos.

«El problema no es financiar una hipótesis prometedora, el problema es transferir toda la incertidumbre al pagador desde el día cero», advirtió. Los acuerdos de riesgo compartido pueden distribuir esa incertidumbre, aunque no garantizan por sí solos mejoras relevantes para los pacientes.

Como alternativa, propuso articular tres decisiones que no siempre avanzan juntas: la autorización de una tecnología, su financiación y su posicionamiento terapéutico, es decir, el momento y los pacientes para los que ofrece ventajas frente a otras opciones.

«La evaluación de tecnología sanitaria tradicional es una foto de la tecnología. Lo que necesitamos es la película de la enfermedad», planteó. La propuesta es analizar el recorrido terapéutico completo y comparar las alternativas disponibles, sus resultados y el aporte de cada intervención.

Encuentro Nacional: innovación y nuevas tecnologías en donación y trasplante

Los días 14 y 15 de octubre se realizó el Encuentro Nacional «Innovación y Nuevas Tecnologías en Donación y Trasplante», organizado por el INCUCAI. Las jornadas estuvieron destinadas al intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales vinculados con la procuración y el trasplante de órganos y tejidos. Los criterios de selección de órganos, las tecnologías de perfusión y los desafíos de la donación pediátrica fueron algunos de los temas abordados.

Durante el encuentro se analizaron aspectos clínicos, tecnológicos y de gestión del proceso de donación y trasplante, con especial atención a la organización hospitalaria y a las prácticas que pueden contribuir a ampliar la disponibilidad de órganos. La propuesta incluyó experiencias de distintas jurisdicciones y avances nacionales e internacionales en la materia.

En la primera jornada se presentó la experiencia del modelo de Santa Catarina, Brasil, en relación con el financiamiento y la auditoría del sistema de donación. Además, se realizó un debate sobre el tratamiento del donante, un panel sobre cuidados paliativos y procuración, y una sesión sobre el rol de enfermería en el proceso de donación.

En la segunda jornada se trataron el soporte técnico y monitoreo, la ventilación mecánica del donante y la ultrasonografía a pie de cama. También se desarrolló un bloque sobre nuevas tecnologías sanitarias, centrado en la perfusión regional normotérmica y la actualización de las máquinas de perfusión.

Luego se analizaron la variabilidad en los criterios de selección y aceptación de órganos, los desafíos de la donación pediátrica, el impacto de la inteligencia artificial en salud y el proyecto INCUCAI ID. La jornada incluyó una mesa sobre xenotrasplante y el futuro de la disponibilidad de órganos, y finalizó con el intercambio de experiencias de procuración frente a situaciones adversas.

El encuentro incluyó la presentación de trabajos de investigación, casos clínicos, relatos de experiencias y proyectos de mejora y gestión. En paralelo, se realizaron talleres prácticos sobre donación en asistolia controlada y perfusión regional normotérmica, ultrasonografía en el proceso de donación, histocompatibilidad, acompañamiento social a pacientes y comunicación.





La donación y el trasplante en cifras

En Argentina, durante 2025 se registraron 955 procesos de donación de órganos y 1.308 de tejidos. Ese año, 4.786 pacientes en lista de espera recibieron un trasplante, según informó el INCUCAI.

De acuerdo con los datos actuales del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA), 7.366 personas necesitan un trasplante. En lo que va del año se registraron 1.838 trasplantes y 834 personas donaron sus órganos, con una tasa de 17,95 donantes por millón de habitantes.

Hantavirus: 112 casos confirmados en Argentina durante la temporada 2025-2026

El informe de cierre de la temporada de Hantavirus 2025-2026 del Boletín Epidemiológico Nacional registró la segunda cifra más alta de las temporadas analizadas, con 44 casos en la provincia de Buenos Aires. Los datos muestran que el 85% de los casos históricos se concentró entre octubre y mayo.

Durante la temporada 2025-2026 se notificaron 112 casos confirmados de hantavirosis en Argentina, con una incidencia de 0,23 casos por cada 100.000 habitantes. Según el informe publicado, se trata del segundo registro más alto, el mayor número correspondió a la temporada 2018-2019, con 126 casos, período que incluyó el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, provincia de Chubut. Para el análisis, cada temporada comprende el período entre julio de un año y junio del siguiente.

Distribución de los casos

La región Centro concentró la mayor cantidad de casos en 2025-2026, con 57 confirmados: 44 en la provincia de Buenos Aires, 8 en Santa Fe y 5 en Entre Ríos. Le siguió el noroeste argentino (NOA), con 41 casos: 33 en Salta y 8 en Jujuy.

La región Sur registró 13 casos, distribuidos entre Río Negro , Chubut y Neuquén. En el noreste se notificó un caso en Formosa, mientras que la región de Cuyo no registró casos.

Aunque la región Centro presentó el mayor número absoluto, la tasa de incidencia más elevada correspondió al NOA, con 0,68 casos por cada 100.000 habitantes. Salta alcanzó una tasa de 2,17 por cada 100.000 habitantes, la más alta entre las provincias en esa temporada.

El informe señala que, si bien se notifican casos durante todo el año, existe una marcada estacionalidad: el 85 % de los casos de las temporadas analizadas se registró entre octubre y mayo, con mayor concentración entre noviembre y enero. En el NOA, el incremento suele comenzar antes, con más casos en octubre y noviembre; en las demás regiones, la mayor concentración se observa en diciembre y enero.

Características clínicas y vigilancia

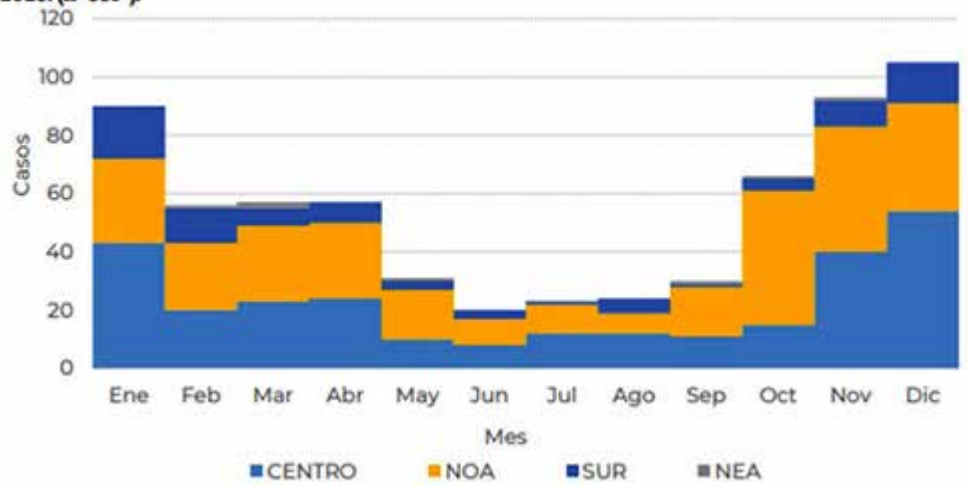
La hantavirosis es una zoonosis causada por virus del género Orthohantavirus. La transmisión a las personas ocurre principalmente por la inhalación de aerosoles contaminados con partículas virales presentes en heces, orina o saliva de roedores silvestres.

En América, la presentación clínica más frecuente es el síndrome cardiopulmonar por hantavirus. Se caracteriza por un inicio abrupto con fiebre, malestar general y síntomas gastrointestinales, seguido de dificultad respiratoria e hipotensión.

El informe destaca la importancia de considerar el antecedente epidemiológico ante una persona con fiebre sin etiología definida que resida o haya estado en una zona con circulación viral. Los síntomas pueden acompañarse de mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal. Para la sospecha se considera la exposición a roedores o a sitios donde habita el reservorio durante las seis semanas previas, así como el contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirosis por virus Andes.

Durante la temporada se notificaron 38 fallecimientos entre los casos confirmados, con una letalidad del 33,9 %, la más alta del período analizado. La mediana de edad de los casos fue de 36,5 años; el 71 % tenía entre 20 y 49 años y el 81 % correspondió al sexo masculino.

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. Argentina, temporadas desde 2018 a 2026. (n=651*).



Un análisis de la situación en Argentina y América Latina

El Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (ODSA-UCA), realizó un webinar "Alimentar el futuro. Acelerando los ODS para la seguridad nutricional y sostenible en LATAM". La actividad, organizada junto al Instituto Interdisciplinario de Economía Política (IIEP, UBA-CONICET), propuso un diálogo sobre los avances y las deudas pendientes en materia de seguridad alimentaria en la Argentina y la región.

En el marco del encuentro, Agustín Salvia y Juan Ignacio Bonfiglio (ODSA-UCA) presentaron los principales resultados del informe "Riesgo alimentario y territorio. Georreferenciación de la población con mayor propensión en la Argentina, 2010-2022". La investigación, a partir de datos correspondientes a los censos de 2010 y 2022, estimó que el riesgo de privación alimentaria severa alcanzó al 9,49% de los hogares en 2022, frente al 7,94% registrado en 2010. Los niveles más altos se observaron en el norte del país y en las áreas rurales.

De acuerdo con el informe, el riesgo alimentario severo aumentó entre 2010 y 2022 en cinco de las seis regiones del país y en la mayoría de las jurisdicciones. En 2022, las provincias con los promedios más elevados fueron Formosa, con el 18,77%; Chaco, con el 17,46%; y Santiago del Estero, con el 17,40%. En el otro extremo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registró el promedio más bajo, del 3,96%, aunque también mostró un aumento respecto del 2,66% estimado en 2010.

Durante el encuentro, Salvia señaló la importancia de contar con información desagregada que permita conocer la situación en los distintos territorios y orientar las intervenciones según el nivel de la problemática. Según el informe, la vulnerabilidad alimentaria se relaciona con la acumulación de distintas privaciones, entre ellas las condiciones habitacionales, los déficits de servicios, la fragilidad laboral y el menor nivel educativo.



La situación en América Latina

Durante el webinar, Carla Arévalo y Jorge Paz, del IELDE-CONICET-UNSA, presentaron un análisis de la pobreza alimentaria en 11 países de la región. Según los datos expuestos, la pobreza alimentaria total superó el 50% de la población analizada en 2022, mientras que su forma severa alcanzó a casi el 30%.

También participó Alberto D. Cimadamore, quien presentó el libro "Food Security in the Era of the SDGs", y se refirió a los compromisos de la Agenda 2030 para erradicar la pobreza y el hambre y a la necesidad de sostener políticas de desarrollo económico, social y ambiental.

CARTELERA NOVIEMBRE 2026

FEMECON EN REDES

Los invitamos a seguirnos en Redes Sociales: Instagram, Facebook, Twitter y LinkedIn. Nuevas herramientas para construir comunidad y estar informados sobre todo lo que acontece a nuestra institución en particular y el sector salud en general.

- femecon_federacion.medica
- Federación Médica del Conurbano
- @FEMECONoficial
- Federación Médica del Conurbano

CONSULTORIOS MEDICOS

Asociación de Médicos de Gral. San Martín y Tres de Febrero



¿NECESITAS UN TURNO CON UN ESPECIALISTA ?

ATENDEMOS PACIENTES DE OBRAS SOCIALES (IOMA), PREPAGAS CON CONVENIO, PARTICULARES

- APTO FISICO (NIÑOS)
- CIRUGIA GENERAL
- CLINICA MEDICA
- DIABETES
- ECOGRAFIAS PEDIATRICAS
- ENDOCRINOLOGIA
- ESTETICA
- GASTROENTEROLOGIA
- GINECOLOGIA
- INFECTOLOGIA
- MED. GRAL Y/O FAMILIAR
- NEFROLOGIA PEDIATRICA
- ONCOLOGIA
- OTORRINOLARINGOLOGIA
- PEDIATRIA
- PEDIATRIA Y ADOLESCENCIA
- REUMATOLOGIA
- TRATAMIENTO DEL DOLOR
- TRAUMAT. Y ORTOPEDIA

Por otras especialidades, consultar

PARA SOLICITAR TURNOS:

- Ayacucho 2350 San Martín
- L a V: 09:00 a 18:00 hs.
- 11 5668 0600
- 3985-9398
- TURNOS ON LINE: amsmy3f.org.ar



SEGUINOS EN INSTAGRAM: consultoriosayacucho2350

Círculo Médico de Matanza

AMEJU Filial Matanza

ACTIVIDADES EN "LA CASA DEL MEDICO JUBILADO"

Tacuarí 345 – R. Mejía

El Centro de Médicos Jubilados (**CE.ME.JU.MA**) realiza las siguientes actividades:

Taller de Narrativa	**Jueves 15 hs.,** coordinado por la señora Cora Medina.
Grupo de Reflexión	**3° Martes del mes 14 hs.,** coordinado por la Lic. Analia Lomonaco.
Grupo de Teatro Leído	**Horario a confirmar,** a cargo del Sr. Hugo Posse y equipo.
Taller de la Memoria y Cognitivo	**Horario a convenir.**
Cine Debate	**3° martes del mes a las 15 hs.** Coordina: Dr. Daniel Perez Volpe.
Taller Literario	**Jueves de 12 a 14 hs.** Coordina: Dr. Carlos Fiocchi.

Informes sobre actividades de CE.ME.JU.MA:

4654-4237

ó **Fortunata Matina** matina07@gmail.com
/ **Dr. Luis Saimon** l556saimon@gmail.com
/ **Dra. Marta Mendez** martmarmendez@gmail.com

La página Web de AMEJU se encuentra actualizada **www.ameju.com.ar**, a través de sus diferentes solapas, se accede a diversos temas: Institucional, Cultura y Educación.

ASESORA PREVISIONAL

El Círculo Médico de Matanza cuenta con el servicio de asesoramiento para los jubilados de la entidad y los profesionales activos.
Se trata informar acerca de pases de una Caja a otra, unificación, etc. y de aclarar las condiciones actuales en que se encuentran las Cajas de Jubilaciones.
Nuestra asesora es la **Sra. Matina Fortunata** que tiene su oficina en la nueva "casa del médico jubilado" en la calle: **Tacuarí 345, de lunes a vienes de 11 a 15 hs.,** puede contactarse con ella vía e-mail: **matina07@gmail.com** ó tel **4654-4237** ó **15-4078-2414.**

CARTELERA NOVIEMBRE 2026

NO ARANCELADO
Se entregarán certificados

Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV

X Jornada Científica 2026

17 de noviembre 2026

CUIDADOS PALIATIVOS, EUTANASIA Y ETICA DE LA INVESTIGACION EN SALUD

Programa

10.00 hs: Acreditación
10.15 hs: Inicio de la Jornada – Lectura de trabajos
12.30 hs: Break
12.45 hs: Apertura.
13.00 hs: Conferencia: Prof. Dr. Vicente Castiglia
14.00 hs: Conferencia: Prof. Dr. Gustavo De Simone
15.00 hs: Cierre de la Jornada.

PREMIO $500.000
AL MEJOR TRABAJO

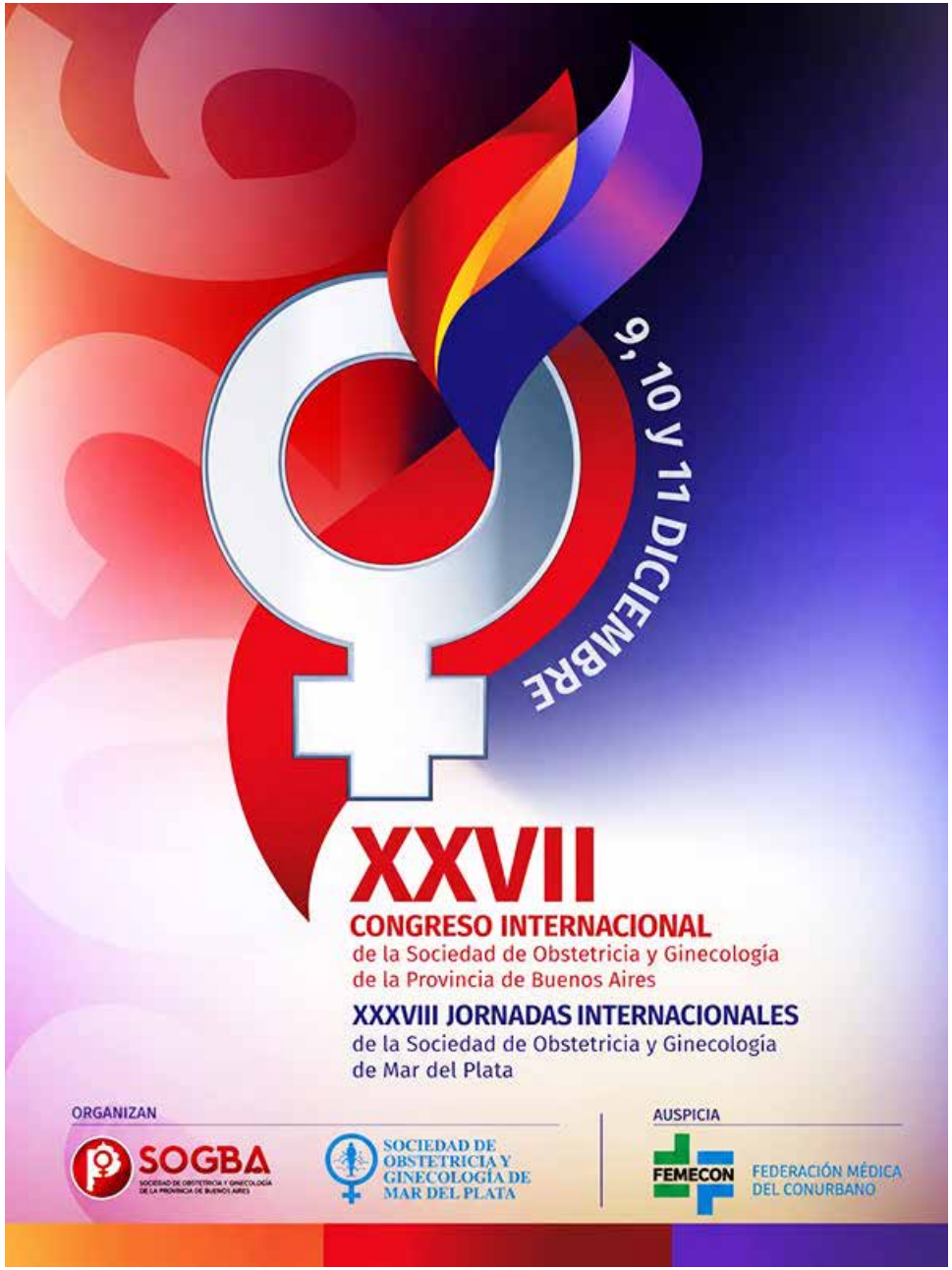
Presidente de la Jornada: Dr. Carlos Koroluk

Presentación de los Trabajos:
Tema Libre
Hasta el 13/11/2026
Trabajos Válidos para la Certificación y Recertificación de los Títulos de Especialista.

Reglamento:
Ver reglamento completo en www.colmed4.com.ar – JORNADAS CIENTIFICAS 2026

Inscripción en la Jornada:
Sin cargo.
Personalmente en el Colegio o por mail colegio@colmed4.com.ar consignando los datos requeridos en Jornadas Cientificas 2026.

Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito IV
Av. Pte. Perón Nº 3938 · (1650) Gral. San Martín · Buenos Aires · República Argentina
Horario de atención: lunes a viernes de 9 a 15.30 hs.



CARTELERA NOVIEMBRE 2026

TALLERES DE LA CODIC 2026





cmlz Círculo Médico

TALLER	PROFESOR/A	MODALIDAD	LUGAR	HORARIO
Entrenamiento Cognitivo en adultos mayores	Lic. Karina Frangella	Presencial	Casa de la Cultura	Martes y Jueves de 17 a 18.30 hs.
Idioma Italiano	Sandra Fusco	Presencial	Casa de la Cultura	Miercoles de 15 a 17 hs.
Idioma Inglés	María Ines Sierra	Virtual		A convenir 11-4036-3384
Idioma Inglés	Javier Mauro Fernández Fusco	Presencial	Casa de la Cultura	Lunes de 14 a 15.30 hs.
Introducción a las Redes Sociales	Sofía Becherini	Presencial	Casa de la Cultura	Lunes 17.30 a 18.30 hs.
Gestión de Redes	Sofía Becherini	Presencial	Casa de la Cultura	Lunes de 18.30 a 19.30 hs.
Historia del Arte	Viviana Diez	Presencial	Salón Yapeyú	Lunes de 18.30 a 20 hs.
Escuela de Música	Ernesto Longa	Presencial Virtual sincrónica	Casa de la Cultura	Lunes y Miércoles de 14 a 17 hs.
Tai-Chi Chuan, Chi Kun y meditación	Dra. Liliana Carozza	Presencial	Casa de la Cultura	Martes de 10.30 a 12 hs.
Artes Visuales para Niños y Adolescentes	Javier Mauro	Presencial	Casa de la Cultura	Martes de 15 a 16.15 hs.
Lectura y Escritura Creativa Macedonio Fernández	Roxana Palacios	Virtual sincrónico y asincrónico		Viernes de 19.30 hs.
Artes Plásticas para Jovenes y Adultos	María Andrea Italiani	Presencial	Casa de la Cultura	Jueves de 14 a 16.30 hs.
Fotografía	Sofía Becherini	Presencial	Casa de la Cultura	Miércoles desde 18.30 hs.
Tango	Viviana Maceri	Presencial	Casa de la Cultura	Viernes de 18 a 19.30 hs.
Museo de la Medicina	Diana Waipan	Presencial	Casa de la Cultura	Jueves de 14 a 16 hs.

Informes e inscripción:

11-2336-9360

Casa de la Cultura - Pje González 53 • **Salón Yapeyú** - Colombres 420 **Lomas de Zamora**

Federación Médica del Conurbano
Av. Belgrano 863 - Piso 6 - (C1092AAI) Cap. Fed.
Tel.: 4343-3554/3645

Asociación de Médicos de Gral. San Martín y Tres de Febrero
Ayacucho 2366 (1650) - Gral. San Martín - Bs. As.
Tel.: 4753-9300 (lineas rotativas)

Asociación Médica de Almirante Brown
Macias 443 - (1846) - Adrogué - Bs. As.
Tel.: 4293-0857/1833

Círculo Médico de Matanza
Av. de Mayo 743 - (1704) - Ramos Mejía - Bs. As.
Tel.: 4469-6600

Círculo Médico de Lomas de Zamora
Colombres 420 (1832) Lomas de Zamora - Bs. As.
Tel.: 6089-4000

Círculo Médico de Morón, Hurlingham e Ituzaingó
Rep. Oriental del Uruguay 327 (1708) Morón - Bs. As.
Tel.: 4489-7500/7501/7502

Círculo Médico de San Isidro
Alsina 167 (1642) San Isidro - Bs. As.
Tel.: 4006-2300

Círculo Médico de Vicente López
Guillermo Marconi 1484 - (1636) Olivos- Bs. As.
Tel.: 4796-1313/4900

Agremiación Médica de Ezeiza
Pravaz 200 - Ezeiza - Bs. As.
Tel.: 4232-1036

Círculo Médico de Esteban Echeverría
Robertson 75 - Monte Grande - Bs. As.
Tel.: 4290-1910

OSMECON SALUD

SamiSalud

SOMOS TUS MÉDICOS

OSMECON SALUD

Lomas de Zamora - Sáenz y Acevedo 0810-1227900

Monte Grande - Las Heras 607 - 4290-8100

Matanza - Av. De Mayo 743 - R. Mejía 4469-6600

Cañuelas - Av. Libertad 939 L. 1 - (02226)431311

Monte Grande - Las Heras 118 - 3750-3376

ASOC. MÉDICA DE ALTE. BROWN ADROGUÉ

Casa Central - Mitre 1077 - 2056-1507
Burzaco - Av. Espora y Almafuerte
Tel.: 4238- 4875
Guernica - Rucci 125
Tel.: (02224) 479506 / 479477
Lanús - Margarita Weild 1193 - 4241-2912
Longchamps - Av. Hipólito Yrigoyen 18345
Tel.: 4297-3292 o 4297-3567
San Vicente - 25 de Mayo 109 -
(02225) - 483264

www.samisalud.com
Centro de atención al socio: 0-800-333-6763
Facebook: /samisalud
e-mail: atencioalsocio@samisalud.com.ar

Para publicar en estas páginas

FEMECON

FEDERACIÓN MÉDICA DEL CONURBANO

Av. Belgrano 863 - Piso 6 - (C1092AAI) Cap. Fed.
Tel.: 4343-3554/3645