

Revista

IIDOS

Publicación
del Instituto de
Investigación
de Obras Sociales

Año 2- Número 7 - Agosto 2024



IRRUPCIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA SALUD PÚBLICA

La IA se posiciona en la vanguardia de la transformación digital, redefine los paradigmas tradicionales de la medicina y plantea nuevos desafíos éticos y operativos. Los invitamos a explorar con nosotros cómo esta herramienta revolucionaria promete cambiar el futuro hacia la salud pública digital.

Entrevista a Roselia Arminda Rosales Flores

Superar la mirada funcionalista: Integrar la complejidad en la medicina

Colaboran en este número:

Gustavo H. Marin y Carlos Rozen



OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

Somos una obra social con **53 años de trayectoria**, dedicada a brindar cobertura médica nacional a sus más de **440.000 afiliados**. Contamos con 22 sucursales en varios puntos del país y **Centros Médicos propios** en el Microcentro porteño y en las localidades de Lomas de Zamora, Morón y Vicente López.

Además, creamos un **Instituto de Investigación de Obras Sociales (IIDOS)**, con el objetivo de describir, explicar y prescribir soluciones equitativas, sustentables y solidarias en el campo de la salud pública.

Recientemente **obtuvimos una distinción en la cena anual de CONSENSO SALUD**, por nuestro compromiso en el cuidado de la salud en el ámbito de la seguridad social. Desde el Directorio de OSDEPYM, agradecemos este reconocimiento que reafirma nuestra dedicación y esfuerzo constante por mejorar la calidad de vida de nuestros afiliados.

El Directorio de OSDEPYM

A NUESTROS LECTORES

La irrupción de la inteligencia artificial en la salud pública y otros desafíos emergentes en el sector salud 4

IA EN SALUD PÚBLICA

Irrupción de la inteligencia artificial en la Salud Pública 5
 Guía para una integración segura 7
 Principios rectores para una implementación ética 8
 Aspectos críticos de la herramienta 10

HERRAMIENTAS IIDOS

La alarma de los medicamentos: aumentos que superan la inflación promedio y el aumento de prepagas 13

ENTREVISTAS IIDOS

Superar la mirada funcionalista: Integrar la complejidad en la medicina
Conversamos con la Dra Roselia Arminda Rosales Flores 17

OPINIÓN

Prescripción de medicamentos de muy alto recio: ¿ponen en riesgo la sostenibilidad del sistema de salud?
Por Gustavo H. Marin 19

OPINIÓN

BCI: Se avecina la revolución tecnológica más disruptiva de la historia
Por Carlos Rozen 23

INDICADORES

Una radiografía del sistema de salud argentino 26

NOVEDADES Y ACTIVIDADES

Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM 36

Año 1 - número 6 - junio 2024

Revista

IIDOS

Es una publicación del Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM

Director de la Revista
 Dr. Daniel Roggero

Producción Editorial y Diseño:
 Poiesis Global / Daniel Boccardo



Directorio del Instituto de Investigación de Obras Sociales

- Presidente:** Dr. Franco Agustín Caviglia
- Vicepresidente:** Dr. Facundo Martín Rodríguez
- Secretaría Académica:** Lic. Yanina Zanarini
- Secretario Administrativo:** Dr. Gerardo García González
- Departamento de Análisis de Datos:** Lic. Herman Moldovan
- Departamento de Asuntos Legales:** Dr. Facundo Rodríguez
- Departamento de Ciencias de la Salud:** Dr. Juan Pablo Nuñez
- Departamento de Ciencias Sociales:** Dr. Daniel Roggero



La irrupción de la inteligencia artificial en la salud pública y otros desafíos emergentes en el sector salud

Bienvenidos a una nueva edición de la **Revista IIDOS**, donde exploramos las transformaciones más significativas y los desafíos emergentes que enfrenta el sector salud en la actualidad. En este número, nos enfocamos en la irrupción de la inteligencia artificial (IA) en la salud pública, junto con otros temas cruciales que, en conjunto, ofrecen una visión integral de las tendencias y retos actuales en nuestro campo.

Comenzamos con un análisis en profundidad del Kit de Herramientas de Evaluación de Preparación para la IA en la Salud Pública, una colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta herramienta se presenta como un marco fundamental para evaluar la preparación de los sistemas de salud en la integración de IA, abordando aspectos críticos como la infraestructura tecnológica, la calidad de los datos y los marcos regulatorios necesarios para su implementación ética y efectiva.

En paralelo, exploramos la Guía para una integración segura de estas tecnologías en la salud pública, un recurso diseñado para facilitar un uso responsable y eficiente minimizando riesgos y maximizando beneficios. La implementación ética de la IA es un artículo que complementa el tema central en esta edición, analizando los lineamientos establecidos por la OPS y la OMS para asegurar el uso equitativo y seguro, respetando los derechos humanos y garantizando la transparencia y la protección de datos.

En la sección de Herramientas IIDOS, volvemos a tocar un tema preocupante y en absoluta vigencia: el aumento desmedido de los precios de los medicamentos en Argentina. En este análisis, examinamos cómo estos incrementos superan la inflación promedio y el aumento de las prepagas, representando una carga significativa para los ciudadanos y un desafío para la sostenibilidad del sistema de salud.

Complementando este tema, en nuestra Entrevista IIDOS, conversamos con la Dra. Roselia Arminda Rosales Flores, quien reflexiona sobre la integración de la complejidad en la medicina, más allá del enfoque biomédico tradicional. Su perspectiva nos invita a repensar la práctica médica, considerando la filosofía de la ciencia y la noción de complejidad como herramientas esenciales para mejorar la salud pública.

En nuestra sección de opinión, abordamos dos temas críticos: la Prescripción de medicamentos de muy alto precio y su impacto en la sostenibilidad del sistema de salud, bajo la mirada de Gustavo H. Marin; y la revolución que promete la Brain-Computer Interface (BCI), una de las tecnologías más disruptivas de la historia reciente, bajo la óptica de Carlos Rozen. Estos artículos invitan a reflexionar sobre las implicaciones éticas, económicas y sociales de estas innovaciones en la salud.

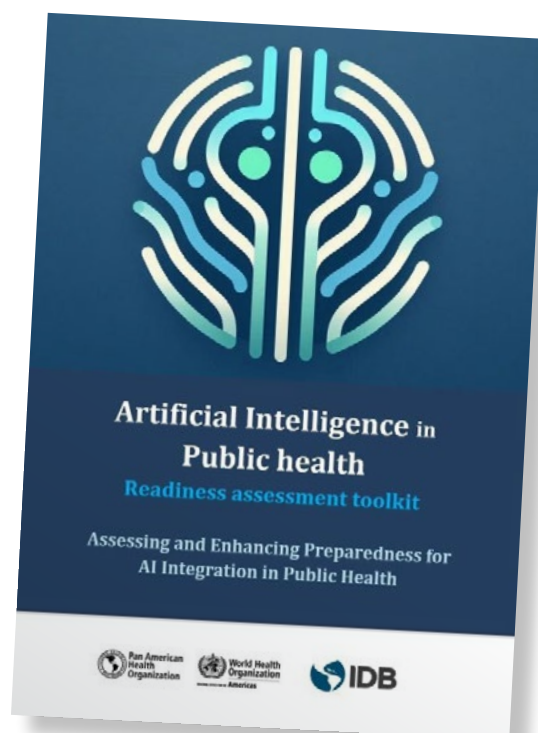
Finalmente, en nuestra sección de Indicadores, presentamos una radiografía detallada del sistema de salud argentino, analizando la distribución de entidades, tipos de cobertura, y el gasto en salud. Este informe proporciona una visión clara de las dinámicas y desafíos que enfrenta cada sector, ofreciendo datos esenciales para comprender el panorama sanitario en nuestro país.

En conjunto, esta edición de la **Revista IIDOS** no sólo explora las oportunidades que las nuevas tecnologías y enfoques traen al sector salud, sino que también nos recuerda la importancia de mantener un equilibrio entre la innovación y la ética. Ello no hace otra cosa que enaltecer la importancia de una mirada holística desde el campo de la salud. Como siempre, esperamos que los artículos aquí presentados sirvan como un punto de partida para un diálogo profundo y necesario sobre cómo podemos construir un futuro más saludable, equitativo y sostenible.

Les damos la bienvenida a esta nueva edición, y agradecemos su continuo apoyo y participación en la **Revista IIDOS**.

Irrupción de la inteligencia artificial en la Salud Pública

Desde la Revista IIDOS de OSDEPYM, nos complace presentar a nuestros lectores un análisis en profundidad de la nueva publicación: “Herramienta de referencia para apoyar el intercambio de información y promover conversaciones y debates abiertos”. Este documento, recientemente publicado por la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, examina cómo la IA, posicionada en la vanguardia de la transformación digital, redefine los paradigmas tradicionales de la medicina y plantea nuevos desafíos éticos y operativos. Los invitamos a explorar con nosotros cómo esta herramienta revolucionaria promete cambiar el futuro hacia la salud pública digital.



En una era de avances tecnológicos sin precedentes, la inteligencia artificial (IA) se está consolidando como un motor clave en la transformación del sector salud. La reciente publicación del **Kit de Herramientas de Evaluación de Preparación para la IA en la salud pública**, una colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), representa un avance significativo hacia la integración efectiva de estas tecnologías en los sistemas de salud de todo el mundo.

Un marco integral para la evaluación

La versión 2.0 del Kit de Herramientas de Evaluación está diseñada para proporcionar un marco exhaustivo y sistemático para evaluar la preparación de los países para implementar proyectos de IA en la salud pública. Este documento aborda una serie de áreas clave que son esenciales para una integración exitosa de la IA.

■ INFRAESTRUCTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Evalúa el estado actual de las instalaciones y recursos existentes, identificando las necesidades y deficiencias que deben abordarse para soportar nuevas tecnologías.

■ PANORAMA DE LA SALUD DIGITAL

Analiza el entorno digital en el que se implementará la IA, incluyendo la infraestructura tecnológica, la conectividad y la capacidad de los sistemas existentes para integrar nuevas soluciones.

■ DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DE LOS DATOS

Examina la calidad y accesibilidad de los datos necesarios para alimentar los sistemas de IA, garantizando que sean fiables y completos.

■ PREPARACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Revisa el nivel de formación y competencia del personal en relación con el uso de tecnologías digitales avanzadas.

■ MARCOS REGULATORIOS

Evalúa las regulaciones actuales y su capacidad para gestionar los desafíos y oportunidades que presenta la IA en la salud pública.

Colaboración global para un impacto local

La creación de esta herramienta ha sido posible gracias a la colaboración de organismos internacionales y entidades clave, como la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y el Gobierno de Canadá. También se ha contado con el apoyo del Departamento de Informática Médica y el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Esta colaboración internacional subraya el compromiso global para mejorar la salud pública mediante la implementación efectiva de la IA.

El Kit de Herramientas **no solo facilita una evaluación detallada**, sino que también **proporciona beneficios significativos para los gobiernos y las instituciones** de salud:

■ Facilitación de la planificación estratégica

La herramienta ayuda a los países a identificar sus fortalezas y debilidades en la preparación para la IA, permitiendo una planificación estratégica más efectiva.

■ Optimización de la asignación de recursos

Al resaltar las áreas que necesitan mejoras, los gobiernos pueden priorizar sus inversiones y recursos de manera más eficiente.

■ Mejora de la eficiencia operativa

La integración de la IA promete optimizar los procesos de salud, mejorar la gestión de datos y, en última instancia, ofrecer mejores resultados en la atención sanitaria.

El documento se alinea con la **Hoja de Ruta Regional para la Transformación Digital del Sector Salud**, un plan estratégico consensuado por todos los Estados miembros. Basada en los ocho principios rectores de la transformación digital en salud, esta hoja de ruta proporciona un marco para asegurar que las iniciativas de salud digital sean inclusivas, sostenibles y efectivas. La OPS y el BID han reiterado su compromiso de apoyar a los países en su transición hacia la integración de la IA, ofreciendo cooperación técnica, recursos y orientación.

El futuro de la salud pública digital

La publicación de esta herramienta marca un avance crucial en la preparación para la integración de la IA en la salud pública. Con el respaldo de la OMS, la OPS y el BID, y el apoyo de una red internacional de expertos, esta herramienta tiene el potencial de transformar radicalmente la manera en que se gestionan y mejoran los sistemas de salud a nivel mundial.

La IA ofrece una oportunidad sin precedentes para revolucionar la salud pública, desde la mejora de la precisión diagnóstica hasta la optimización de la gestión de recursos y la personalización de los tratamientos. La herramienta presentada en la Revista IIDOS de OSDEPYM no sólo proporciona una guía detallada para evaluar la preparación para estas tecnologías, sino que también sienta las bases para una salud pública más avanzada y eficiente.

Con esta herramienta, la integración de la IA en los sistemas de salud no solo es una posibilidad, sino una realidad tangible que puede llevar a una mejora significativa en los resultados de salud y en la eficiencia operativa. La Revista IIDOS se complace en ser parte de este momento histórico en la transformación digital de la salud pública, ofreciendo a sus lectores una visión detallada de esta innovadora herramienta y sus implicaciones para el futuro del sector salud. ■

Guía para una integración segura

En un mundo donde la inteligencia artificial (IA) está transformando rápidamente el panorama de la salud pública, la OMS, OPS y BID lanzan una herramienta vital para evaluar la preparación de los sistemas de salud frente a esta revolución tecnológica. Destacada por la Revista IIDOS, esta guía busca facilitar una integración efectiva y segura de la IA, abordando tanto sus enormes beneficios como los desafíos que plantean para las infraestructuras y normativas actuales.

La publicación, desarrollada desde un esfuerzo colaborativo que ha reunido a un grupo de expertos de la OPS y a figuras de renombre internacional, se distingue por su enfoque holístico que combina tecnología y experiencia humana para proyectar el futuro de la salud pública. La herramienta busca mejorar el conocimiento y la comprensión del potencial de la IA a través de **una serie de preguntas** cuidadosamente formuladas. Cada pregunta está diseñada para estimular una reflexión profunda y una mejor comprensión del impacto de la IA en el ámbito de la salud pública.

El desarrollo del documento realizada de manera colaborativa por las tres instituciones se elaboró contemplando:

■ **Discusión y formulación de preguntas**

Un grupo de especialistas se reunió para definir el alcance del documento y formular preguntas relevantes. Este proceso incluyó la definición inmediata de temas y la selección de fuentes científicas para respaldar las respuestas.

■ **Uso de herramientas de IA generativa**

Se emplearon herramientas de IA generativa y búsquedas en literatura científica revisada por pares para el análisis, curación, producción y edición de respuestas. Estas herramientas actuaron como expertos en IA y salud pública, facilitando un diálogo interactivo entre los expertos y las plataformas de IA.

■ **Revisión y consenso**

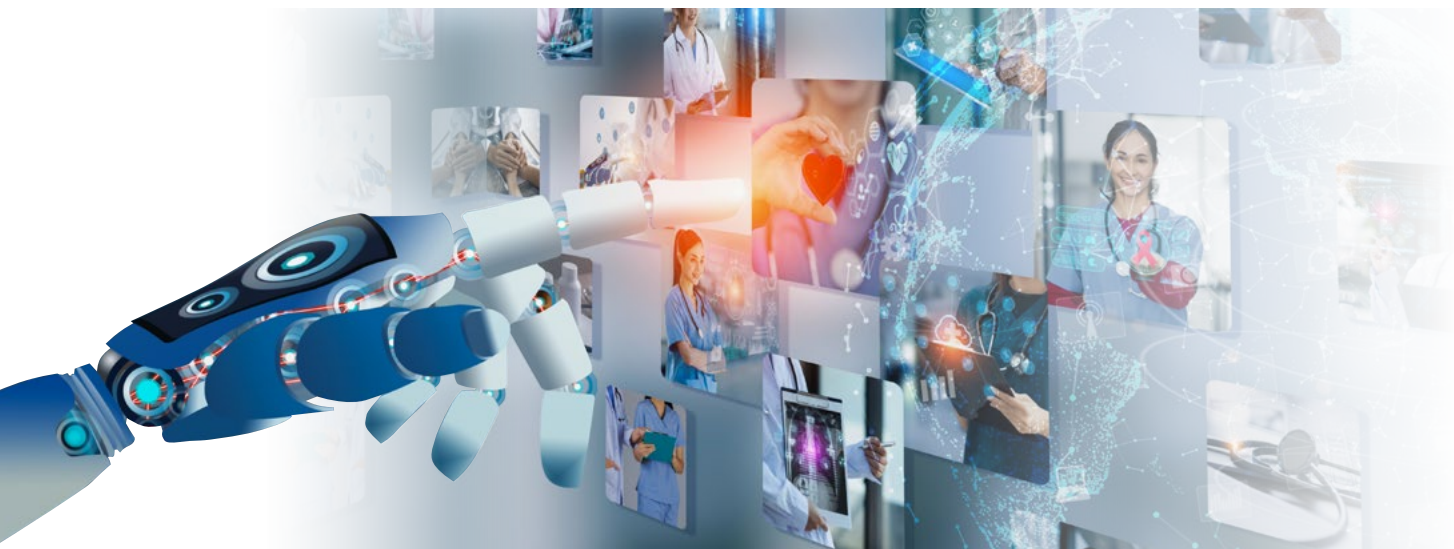
Las respuestas iniciales fueron consensuadas a través de discusiones y revisadas para garantizar la precisión y relevancia. El ciclo de construcción de respuestas incluyó la reformulación de preguntas y la repetición del proceso de edición para perfeccionar el contenido.

El documento no pretende ser una guía exhaustiva sobre la IA en salud pública. Más bien, actúa como una herramienta de referencia complementaria que proporciona a los recursos necesarios para explorar más a fondo el tema. La herramienta está diseñada para apoyar debates informados y fomentar una evaluación crítica del potencial de las herramientas de IA generativa.

Una sinfonía de ideas y tecnologías

La publicación de esta herramienta refleja un esfuerzo por armonizar la tecnología avanzada con el conocimiento humano para avanzar en la salud pública. A través de un enfoque metódico y colaborativo, se ofrece una plataforma para el intercambio de ideas y el debate sobre la implementación de la IA. Esta herramienta es esencial para cualquier profesional, investigador o legislador interesado en entender cómo la IA puede transformar el sector salud y cuáles son los desafíos que deben abordarse.

Herramienta de Referencia para Apoyar el Intercambio de Información y Promover Conversaciones y Debates Abiertos la OPS reafirma su compromiso con la innovación en salud pública y con la creación de un diálogo global sobre el uso responsable y efectivo de la inteligencia artificial. Se trata de un recurso valioso que invita a los lectores de la Revista IIDOS de OSDEPYM a profundizar en el potencial de la IA en la salud pública. Al proporcionar un marco para la reflexión y el análisis, el documento impulsa la conversación sobre cómo la IA puede ser utilizada de manera efectiva para mejorar los resultados de salud y optimizar los sistemas de salud en todo el mundo. ■



Principios rectores para una implementación ética

Tal como se introdujo en los artículos anteriores, la integración de la inteligencia artificial (IA) en la salud pública se encuentra en un período exploratorio, y con ella, surgen nuevos desafíos éticos. La última publicación de la OMS, OPS y BID presenta un conjunto de principios rectores diseñados para guiar la implementación ética y efectiva de la IA en el sector salud. Desde la Revista IIDOS se destaca estos principios como una guía esencial para asegurar que la IA beneficie a la salud pública de manera equitativa y segura.

Ocho principios rectores de la OPS para la IA en salud pública

1. Centralidad en las personas

La IA debe ser diseñada y aplicada con un enfoque centrado en las personas, respetando sus derechos y garantizando que las soluciones tecnológicas sean un apoyo a la salud pública, no un fin en sí mismas. Este principio asegura que la tecnología se utilice para mejorar el bienestar de los individuos y no para sustituir la atención personalizada.

2. Con una base ética

La implementación de la IA debe estar fundamentada en principios éticos universales como la dignidad humana, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Esto implica que todas las discusiones y

desarrollos tecnológicos deben alinearse con estas normas éticas para asegurar que los sistemas de IA contribuyan positivamente a la salud pública.

3. Transparente

La transparencia es crucial en el desarrollo de algoritmos de IA. Se deben comunicar claramente los enfoques y metodologías utilizados, permitiendo que los procesos sean revisados y comprendidos por todos los involucrados.

4. Datos protegidos

La privacidad y la seguridad de los datos deben ser prioritarias en el desarrollo y uso de la IA. Esto

incluye asegurar que los datos personales sean manejados de manera confidencial y segura, protegiendo la información sensible de los usuarios.

5. Sobre la base de integridad científica

Las intervenciones basadas en IA deben seguir las mejores prácticas científicas, siendo confiables, reproducibles, justas, honestas y responsables. Este principio garantiza que la tecnología se desarrolle y utilice con un alto estándar de calidad científica.

6. Abierto y compatible

La apertura y la capacidad de compartir los conceptos y herramientas subyacentes son esenciales para el éxito de cualquier desarrollo de IA. La

información debe ser accesible y permitir la colaboración y el intercambio de conocimientos.

7. No discriminatorio

La equidad y la inclusión deben ser la base de cualquier iniciativa de IA para la salud pública. Las soluciones tecnológicas deben diseñarse para evitar la discriminación y promover la justicia y la igualdad en su impacto y diseño.

8. Tecnología controlada por humanos

Es fundamental establecer procesos formales para el control humano y la revisión de las decisiones automatizadas. Esto asegura que las decisiones tomadas por sistemas de IA puedan ser supervisadas y ajustadas por humanos cuando sea necesario.

Seis principios de la OMS para la regulación de la IA en salud

Además de los principios establecidos por la OPS, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone seis principios adicionales para asegurar que la IA beneficie al interés público en todos los países:

1. Proteger la autonomía humana

Los sistemas de IA en salud deben permitir que los seres humanos mantengan el control sobre las decisiones médicas y los sistemas de atención sanitaria. La privacidad y el consentimiento informado deben ser garantizados.

2. Promover el bienestar y la seguridad

Los diseñadores de IA deben cumplir con los requisitos de seguridad, precisión y eficacia. Deben establecerse medidas de control de calidad para asegurar que las tecnologías sean efectivas y seguras para su uso.

3. Garantizar la transparencia y explicabilidad

La información sobre el diseño y el uso de la tecnología de IA debe ser accesible y permitir un debate público significativo. La transparencia facilita la comprensión y la confianza en los sistemas de IA.

4. Fomentar la responsabilidad y la rendición de cuentas

Las partes interesadas deben garantizar que las tecnologías de IA se utilicen adecuadamente y por personal capacitado. Deben existir mecanismos para abordar y corregir los efectos negativos de las decisiones basadas en algoritmos.

5. Garantizar inclusión y equidad

La IA debe diseñarse para fomentar el acceso equitativo y la inclusión en el cuidado de la salud, independientemente de características personales o socioeconómicas.

6. Promover una IA receptiva y sostenible

Los sistemas de IA deben ser evaluados continuamente para asegurar que responden a las necesidades y expectativas. Además, deben diseñarse para minimizar el impacto ambiental y aumentar la eficiencia energética.

La aplicación de estos principios rectores es esencial para asegurar que la inteligencia artificial en salud pública sea utilizada de manera ética, efectiva y equitativa. Al adherirse a estos principios, los países y las organizaciones pueden garantizar que la IA contribuya positivamente a la salud pública y a la mejora de los sistemas de atención sanitaria a nivel global. Desde la Revista IIDOS estamos convencidos de la necesidad de explorar sobre la moralidad y el uso ético de la IA dentro del sector. Los invitamos a reflexionar con nosotros. ■

Aspectos críticos de la herramienta

El nuevo “Kit de Herramientas para la Integración de Inteligencia Artificial en la Salud Pública” ofrece un marco completo y estratégico para que los países evalúen su preparación y avancen en la implementación de IA en el ámbito sanitario. Desde la infraestructura y la regulación hasta la capacitación del personal y la ética, este documento abarca todos los aspectos críticos necesarios para asegurar que la inteligencia artificial no solo se transforme, sino que también mejore la calidad

y la equidad en los sistemas de salud pública.

Desde el IIDOS les compartimos un desglose de cada uno de sus elementos para abordarla en profundidad.



El kit se estructura en varias secciones diseñadas para abordar diferentes aspectos de la integración de la inteligencia artificial en la salud pública. A continuación, se ofrece un resumen detallado de cada sección presentada en el documento.

Sección 1

Preguntas Iniciales

Esta sección establece la base para la evaluación inicial de la preparación de los países. Incluye preguntas clave sobre:

- **Necesidades y prioridades de la atención de la salud:** Evaluación de las necesidades fundamentales y las prioridades en el sistema de salud.
- **Infraestructura de atención médica existente:** Análisis del estado actual de la infraestructura sanitaria.
- **Panorama de la salud digital:** Revisión de las iniciativas digitales en el sector salud.
- **Disponibilidad y calidad de los datos:** Evaluación de la calidad y la accesibilidad de los datos disponibles.
- **Preparación del personal sanitario:** Valoración

de la capacitación y la preparación del personal para utilizar IA.

- **Marcos regulatorios existentes:** Examen de las normativas actuales relacionadas con la IA en salud.
- **Adaptación regulatoria e innovación:** Consideraciones sobre la necesidad de adaptar las regulaciones y fomentar la innovación.
- **Consideraciones éticas:** Reflexiones sobre los aspectos éticos asociados con la implementación de IA.
- **Participación de las partes interesadas:** Evaluación de la implicación de las partes interesadas en los procesos regulatorios.
- **Concienciación y educación pública:** Iniciativas para educar y sensibilizar al público sobre la IA.
- **Financiación y recursos:** Análisis de la asignación de recursos y la financiación para proyectos de IA.

Sección 2

Evaluación ampliada

En esta sección, el kit aborda en profundidad la preparación para la IA, cubriendo aspectos como:

- **Gobernabilidad y liderazgo:** Evaluación de la estrategia nacional de IA y el compromiso de liderazgo.
- **Marco regulatorio:** Revisión de los lineamientos éticos y regulatorios.
- **Infraestructura y tecnología:** Análisis de la infraestructura de datos, conectividad y estándares de interoperabilidad.
- **Fuerza laboral y experiencia:** Valoración de las habilidades, capacitación y colaboraciones en el ámbito sanitario.
- **Gestión y calidad de datos:** Evaluación de la disponibilidad, calidad y seguridad de los datos.
- **Financiación y sostenibilidad:** Análisis de la disponibilidad de fondos y la sostenibilidad financiera.
- **Participación pública y de las partes interesadas:** Estrategias para involucrar a la comunidad y las partes interesadas.
- **Implementación e integración:** Consideraciones sobre proyectos piloto, escalabilidad y la integración con sistemas de salud existentes.

- **Seguimiento y evaluación:** Métodos para medir el rendimiento y realizar mejoras continuas.

Sección 3

Preguntas de pensamiento crítico

Esta sección está orientada a explorar aspectos fundamentales y futuros de la IA en salud, incluyendo:

- **Visión para 2030:** Proyecciones sobre el futuro de la IA en la salud pública.
- **Resultados de los pacientes y experiencia del paciente:** Impacto de la IA en la atención al paciente.
- **Eficiencia en el cuidado de la salud:** Mejora de la eficiencia operativa.
- **Capacidades de salud pública y consideraciones éticas:** Evaluación de las capacidades y las implicaciones éticas.
- **Equidad y accesibilidad:** Garantizar la justicia y la inclusión en el uso de IA.
- **Sostenibilidad e interoperabilidad:** Evaluación de la sostenibilidad y la interoperabilidad de las soluciones de IA.
- **Gobernanza de datos y gestión del cambio:** Estrategias para la gestión de datos y el cambio organizacional.
- **Evaluación de impacto y confianza pública:** Medición del impacto y construcción de la confianza pública en la IA.

Sección 4

Preguntas de pensamiento estratégico para la participación de múltiples partes interesadas

En esta sección, se abordan temas clave para la participación y colaboración en la implementación de IA, tales como:

- **Recursos financieros e inversión:** Se implementan estrategias para asegurar la financiación adecuada.
- **Programas educativos y capacitación:** Se desarrollan programas para capacitar a los profesionales.

- **Infraestructura digital:** Se mejora la infraestructura necesaria para la implementación de IA.
- **Marcos regulatorios y éticos:** Se adaptan y desarrollan marcos regulatorios.
- **Desarrollo de la fuerza laboral:** Se fomenta la formación y el desarrollo de capacidades en el sector salud.
- **Acceso equitativo e inclusión:** Se asegura la equidad en el acceso a las tecnologías de IA.
- **Modernización de instalaciones sanitarias:** Se actualizan las instalaciones para integrar IA.
- **Investigación e innovación:** Se promueve la investigación y la innovación en IA.
- **Medidas de ciberseguridad:** Se implementan medidas para proteger la información.
- **Colaboración y asociaciones internacionales:** Se fortalece la cooperación internacional.

Sección 5

Consideraciones críticas para una implementación exitosa de la IA en el sector de la salud

Esta sección destaca las consideraciones esenciales para una integración efectiva de la IA, abordando desafíos y soluciones para una implementación exitosa.

Sección 6

Principios rectores

Aquí se detallan los principios fundamentales que deben guiar el uso de la IA en salud pública, ga-

rantizando que la implementación se realice de manera ética y responsable.

Sección 7

Conceptos clave

Se exploran los conceptos esenciales que subyacen a la implementación de IA, proporcionando una comprensión profunda de sus capacidades y limitaciones.

Sección 8

Documentos e informes oficiales

Esta sección incluye una recopilación de documentos y estudios relevantes que respaldan el contenido del kit de herramientas.

Sección 9

OKR para el primer año de implementación a nivel nacional

Definición de los Objetivos y Resultados Clave (OKR) para la implementación inicial de IA en salud pública, estableciendo metas claras para el primer año.

Sección 10

Hoja de ruta de implementación

Una guía detallada sobre los pasos a seguir para la implementación efectiva de IA en el sector salud, desde la planificación hasta la ejecución.

Conclusiones

Este kit de herramientas representa un avance significativo en la preparación para la integración de la inteligencia artificial en la salud pública, proporcionando un marco integral para la evaluación, planificación y ejecución de

proyectos de IA en el ámbito sanitario. Es, para la Revista IIDOS de OSDEPYM, un orgullo presentar este documento como una referencia clave para los profesionales y responsables de la salud pública en la región.



La alarma de los medicamentos: aumentos que superan la inflación promedio y el aumento de prepagas

Desde la Revista IIDOS presentamos a nuestros lectores un análisis acerca del aumento de los medicamentos en el contexto de la inflación argentina. Esperamos que este diagnóstico sirva como disparador para abordar el problema con medidas concretas desde un abordaje de campo, que permita mitigar su impacto en la población y asegurar un acceso equitativo a la salud.

En un contexto de alta inflación en Argentina, los precios de los medicamentos han registrado un aumento alarmante que supera significativamente el promedio de inflación general y los incrementos de las prepagas de salud.

De acuerdo a un informe provisto por la Consultora EcoGo de Marina Dal Poggetto¹, que examina la dinámica de precios relativos desde diciembre de 2018 hasta febrero de 2024, se revelan incrementos en los precios de diversos sectores de la economía, destacando cómo los medicamentos se han encarecido de manera desproporcionada en comparación con otros bienes y servicios esenciales.

Algunos de los ejemplos expuestos en el mencionado informe son: Electricidad, gas y otros combustibles 901%; Alquiler de la vivienda y gastos conexos 1027%; **Vivienda 1194%**; **Educación 1276%**; **Jubilaciones 1356%**; RIPTTE 1517%; Servicios de telefonía e Internet 1631%; Transporte público 1766%; **Prepagas 1968%**; **Dólar Oficial 2145%**; Combustibles 2193%; Servicios generales

2437%; **Nivel general 2519%**; Dólar CCL 2705%; Indumentaria 2757%; Servicios recreativos 2437%; Bebidas 2805%; **Leche, productos lácteos y huevos 2816%**; Pan y cereales 2840%; Aceites, grasas y mantecas 2854%; Restaurantes 2896%; **Carnes y derivados 3147%**; Tabaco 3153%; Azúcar, dulces, chocolates 3243%; **Materiales para construcción 3257%**; Frutas y verduras 3259%; Electrodomésticos 3424%; **Medicamentos 3477%**; Adquisición de vehículos 3579%.

Análisis comparativo de acuerdo a la información provista por Dal Poggetto

1. Aumento de medicamentos

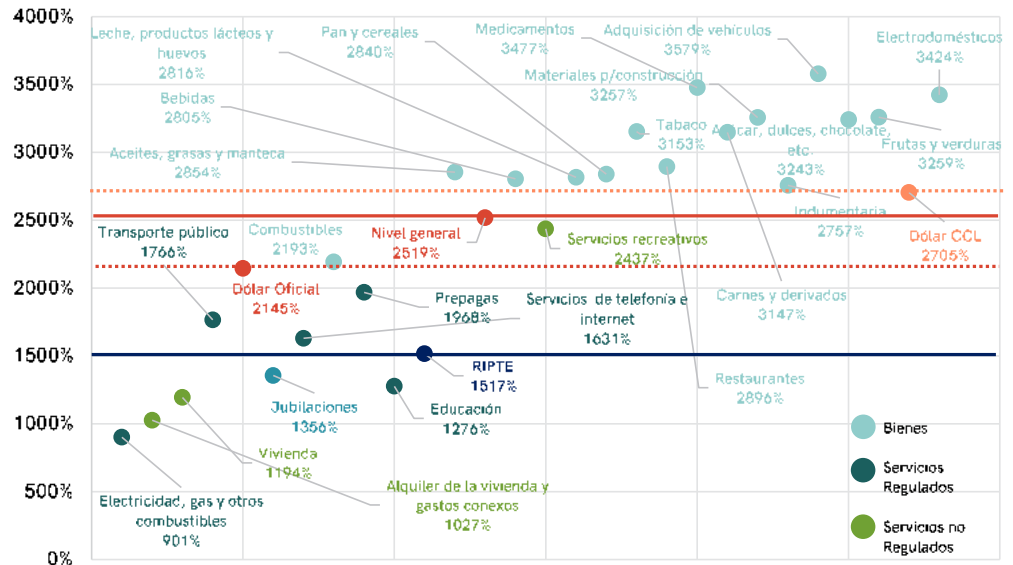
Los medicamentos han registrado un aumento del 3477% en el período de diciembre de 2018 a febrero de 2024. Este incremento es significativamente superior al promedio de inflación general, que se sitúa en el 2519%.

1. Fuente: <https://ecogo.com.ar/191-100-dias-de-milei/>

Dimámica de precios relativos

Porcentaje de inflación acumulada FEB-25 a DIC-18

Fuente: <https://ecogo.com.ar/191-100-dias-de-milei/>



2. Comparación con las prepagas

Mientras que las prepagas de salud han aumentado un 1968%, los medicamentos han incrementado más de 1,5 veces ese valor, destacando una disparidad alarmante en los costos relacionados con la salud.

3. Otros bienes y servicios. Comparado con otros bienes esenciales

- **Electricidad, gas y otros combustibles** 901%
- **Alquiler de la vivienda** 1027%
- **Educación** 1276%
- **Transporte público** 1766%

Estos aumentos, aunque elevados, están muy por debajo del incremento observado en los medicamentos.

4. Productos de consumo diario

- **Pan y cereales** 2840%
- **Leche y productos lácteos** 2816%
- **Carnes y derivados** 3147%

Incluso estos productos de primera necesidad muestran incrementos considerables, pero menores comparados con los medicamentos.

La opinión de otros analistas

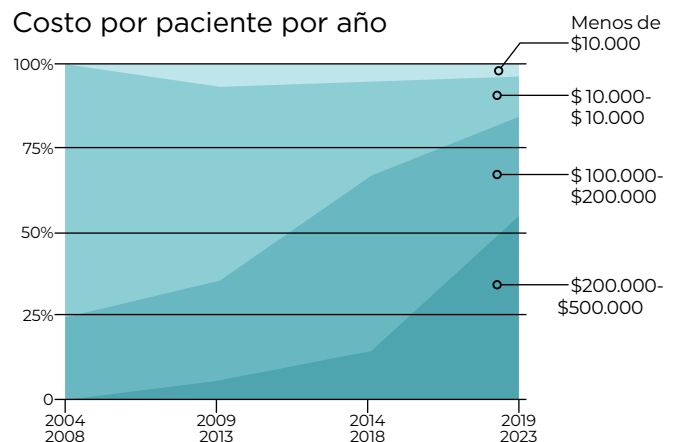
En una entrevista realizada días atrás por ACAMI a Hugo Magonza, actual presidente de la UAS, sobre los incrementos de las prepagas², hizo mención a la problemática de los medicamentos, cuando men-

cionó entre otras cosas que "... los medicamentos pasaron a representar el 40% del gasto de las empresas de medicina privada. Una de las drogas con mejores resultados para oncología, el Pembrolizumab, aumentó más de 400 por ciento".

Por su parte, el Dr. Esteban Lifschitz, en una presentación realizada para nuestra diplomatura en curso, disertando sobre la necesidad de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias en Argentina, y haciendo referencia a sistemas de salud de otras partes del mundo, expuso un análisis realizado en función de un artículo publicado semanas atrás en The Wall Street Journal³ que evalúa

La proporción de nuevos medicamentos contra el cáncer en EEUU

Costo por paciente por año



Fuente: Presentación de E. Lifschitz sobre publicación en The Wall Street Journal a partir de IQVIA Institute. 29-05-2024; Gloy V et al. Int J Cancer. 2023 Jun 15;152(12):2474-2484. <https://doi.org/10.1002/ijc.34473>

2. Fuente <https://acami.org.ar/nuevo/hugo-magonza-presidente-de-la-uas-las-prepagas-no-deberian-devolver-nada-no-corresponde/>

3. Fuente: Presentación de E. Lifschitz sobre publicación en The Wall Street Journal a partir de IQVIA Institute. 29-05-2024; Gloy V et al. Int J Cancer. 2023 Jun 15;152(12):2474-2484. <https://doi.org/10.1002/ijc.34473>

cómo evolucionó el precio de los nuevos medicamentos oncológicos en Estados Unidos y el costo por paciente por año en diferentes periodos. En la franja entre 2004 y 2008 cuando aparecían nuevos fármacos oncológicos, para el 75% prácticamente de esos fármacos el tratamiento costaba por paciente y por año entre 10.000 y 100.000 USD; pero actualmente en el periodo 2019-2023 más de la mitad, casi 55 % de los nuevos medicamentos oncológicos cuestan entre 200.000 y 500.000 USD por paciente por año.

Volviendo al ámbito nacional, tomando en cuenta estos análisis, y haciendo especial foco en los medicamentos de alto costo, que representan dentro de este rubro un impacto muy importante para los financiadores del sistema de salud, este diferencial en el incremento se vuelve aún más alarmante sobre todo en los últimos meses del año 2023.

Comparando los medicamentos en general tomando en cuenta sus valores de venta al público (s/manual Farmacéutico), contra el IPC en 2023, podemos observar la siguiente relación:

De acuerdo a la información suministrada por el Farm. Daniel Riccione para Farmascopio.net⁴ “El precio de los medicamentos de dispensa con receta aumentó 45.35% lo que implica diez veces más que los 4.47% registrados en diciembre del 2022.”; “Por otra parte, los medicamentos de venta libre aumentaron en diciembre 43.6% y los productos denominados de alto precio fueron los que tuvieron los mayores aumentos con un incremento del 49.2%. Muy preocupante porque estos productos de alto precio tienen un impacto directo en la economía de los financiadores”.

Ahora bien, si además hacemos una selección específica de la canasta los principales medicamentos de Alto Costo consumidos en el último año, los cuales representaron el costo más significativo para los financiadores por este concepto, y considerando la variación en el PVP (precio venta al público s/manual farmacéutico) acumulada de los mismos durante el año 2023 y primeros meses del 2024, la brecha con la inflación acumulada del mismo período es aún mayor, representando este concepto un 677% en comparación con una inflación acumulada para el mismo período de 371,60%⁵.

Análisis IIDOS

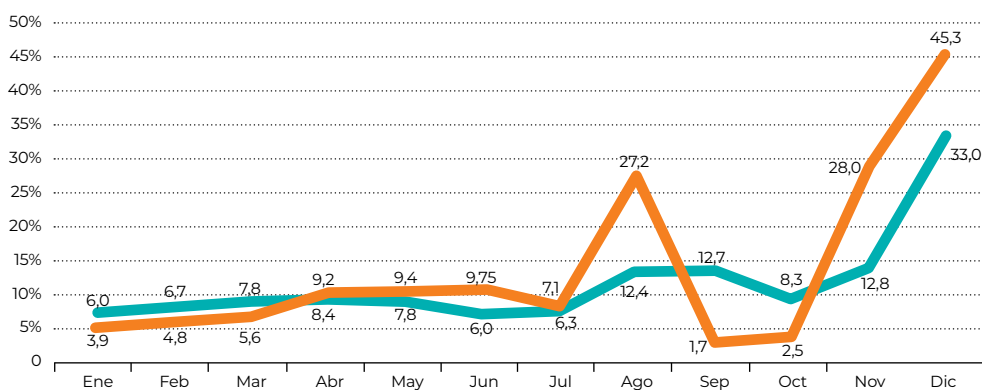
En el marco de análisis de estas temáticas, desde el Observatorio de Costos de IIDOS hemos arribado a conclusiones similares durante el desarrollo de nuestro ICSF (Índice de Costo de Salud para Financiadores), dado que al analizar los componentes y ponderaciones del mismo y sus pesos específicos de acuerdo a la estructura de costos de Osdepym, la principal categoría es sin lugar a dudas MEDICAMENTOS representando cerca del 40% de la estructura de costos definida, en concordancia con la conclusión a la que han abordado otros analistas. Cabe aclarar que, en nuestro caso, para definir esta ponderación se tuvieron en cuenta todos los medicamentos identificados de acuerdo a compras específicas por prestadores tales como farmacias, droguerías, laboratorios, y solo un 50% de aquellos que fueron provistos por otros prestadores tales como clínicas, sanatorios, hospitales, centros de

4. Fuente <https://www.farmascopionet.com/single-post/precio-de-los-medicamentos-analisis-2023>

5. Fuente propia elaborada en base a la elección de los principales 20 medicamentos de alto costo para diferentes patologías y su evolución de precios según datos publicados en Manual farmacéutico de Alfabeta.net: <https://www.alfabeta.net/precio/>

IPC vs. Medicamentos

— IPC (%)
— Medicamentos (%)

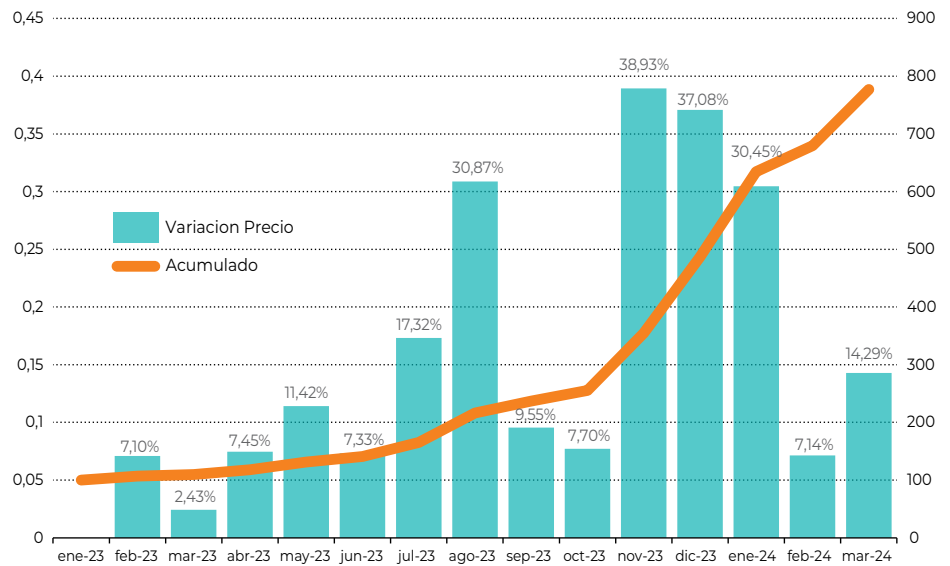


Fuente: <https://www.farmascopionet.com/single-post/precio-de-los-medicamentos-analisis-2023>

	Variación Precio	Acumulado
Ene-23		100
Feb-23	7,10%	107
Mar-23	2,43%	110
Abr-23	7,45%	118
May-23	11,42%	131
Jun-23	7,33%	141
Jul-23	17,32%	165
Ago-23	30,87%	216
Sep-23	9,55%	237
Oct-23	7,70%	255
Nov-23	38,93%	355
Dic-23	37,08%	486
Ene-24	30,45%	634
Feb-24	7,14%	680
Mar-24	14,29%	777

Var. 2023	386%
Var. 2024	60%
Var. Ene23.Mar.24	677%

Variación PVP Principales Medicamentos



Fuente propia elaborada en base a la elección de los principales 20 medicamentos de alto costo para diferentes patologías y su evolución de precios según datos publicados en Manual farmacéutico de Alfabeto.net: <https://www.alfabeto.net/precio/>

diagnóstico, etc. e identificados explícitamente en la liquidación dentro del rubro medicamentos. Por lo que, si además de lo mencionado, consideramos costos ocultos de medicamentos que puedan estar incluidos dentro de por ejemplo módulos sanatoriales, presumimos que esta categoría en su totalidad podría estar superando el 50% de la estructura de costos real.

Por otra parte, es importante señalar que del componente de medicamentos en su totalidad, un 45% de éstos por lo menos representa Alto Costo (fármacos para tratamientos de afecciones crónicas, enfermedades poco frecuentes o catastróficas, medicamentos biológicos, de uso compasivo, etc. de alto impacto económico), por lo que si tomamos en cuenta las variaciones de precios antes mencionadas en estos casos, la indexación de este componente específico es aún más alarmante que el incremento de medicamentos en general, y mucho más aún que otros conceptos.

Implicancias económicas y sociales

Impacto en la salud

El aumento desproporcionado en los precios de los medicamentos representa una carga significativa para los ciudadanos, especialmente aquellos con enfermedades crónicas que dependen de estos productos para su tratamiento continuo.

Desigualdad en el acceso

La inflación de los medicamentos puede exacerbar las desigualdades en el acceso a la salud, ya que los sectores más vulnerables de la sociedad encuentran cada vez más difícil costear estos productos esenciales.

Comparativa con prepagas

El aumento de las prepagas, aunque también elevado, es mucho menor en comparación con los medicamentos, sugiriendo que, aunque el costo de la cobertura de salud ha aumentado, el precio de los tratamientos ha crecido a un ritmo aún más acelerado.

Aumento excesivo de medicamentos

El incremento en los medicamentos destaca como uno de los más preocupantes en el contexto de la inflación argentina, superando ampliamente tanto el promedio general como otros servicios esenciales. Esto implica un monitoreo constante de los precios de los medicamentos y en el sector farmacéutico para prevenir aumentos injustificados. Este análisis resalta la urgencia de abordar el problema del aumento desproporcionado de los medicamentos en Argentina, proponiendo medidas concretas para mitigar su impacto en la población y asegurar un acceso equitativo a la salud. ■

Superar la mirada funcionalista: Integrar la complejidad en la medicina

En esta entrevista, desarrollada por la Revista IIDOS, la Dra. Roselia Arminda Rosales Flores, reflexiona sobre los desafíos y oportunidades en la práctica médica actual. Desde la importancia del escepticismo metodológico hasta la integración del conocimiento científico con una perspectiva centrada en el paciente, Rosales Flores invita a repensar la medicina más allá del enfoque biomédico tradicional, considerando la filosofía de la ciencia y la noción de complejidad como herramientas esenciales para mejorar la salud pública.

¿Cuál es el proceso de razonamiento científico que sigue un médico en su práctica clínica?

Hace mucho que no hago clínica, pero pienso que recupera desde una mirada biomédica los signos y síntomas para reconstruir la historia de la enfermedad y va hilando los elementos que encuentra en el interrogatorio para realizar la historia clínica. Así recupera la historia del padecimiento y tiene una primera impresión diagnóstica.

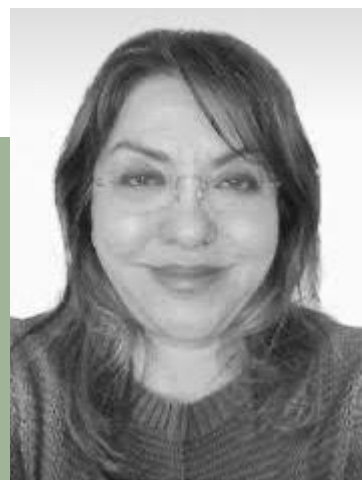
¿Qué papel desempeñan los marcos teórico y empírico en el análisis y la toma de decisiones médicas?

La mirada es clínica y biomédica. Al realizar un interrogatorio completo e integral se va obteniendo información del padecimiento, la enferme-

Roselia Arminda Rosales Flores

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Medicina Social, Médica Cirujana, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Profesora-investigadora de tiempo completo del Colegio de Ciencias y Humanidades, en la licenciatura de Promoción de la Salud, y responsable del Laboratorio de Fisiología Clínica en Investigación Sociomédica en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Autora del libro: "Epistemología de la salud Perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo".

La entrevista fue desarrollada en el marco del ciclo de "Breves cuestionarios IIDOS" a figuras relevantes del pensamiento y la reflexión sobre la medicina.



dad que contrasta con lo normal y anormal. Recupera estos elementos al contrastar con los análisis de gabinete y laboratorio.

¿Cuál es el enfoque epistemológico en la relación médico-paciente?

Estructural, funcionalista.

¿Qué diferencia existe entre la medicina basada en la evidencia y la medicina centrada en el paciente, y cómo se relacionan con otras perspectivas médicas?

En la medicina basada en la evidencia, el personal médico basa sus decisiones diagnósticas y terapéuticas en estudios científicos, clínicos y de metaanálisis. Estos estudios pueden estar hechos en poblaciones cuyas características sociodemográficas no sean las mismas de los pacientes que están atendiendo. En la medicina centrada en el paciente, el personal médico articula los conocimientos clínicos, incluso resultados de estudios clínicos con la subjetividad y características sociodemográficas de su paciente.

¿Cuál es el procedimiento para identificar la causa de un síntoma una vez que se ha detectado?

En el encuadre de la teoría de riesgos y de la causalidad.

¿Cómo influyen los avances tecnológicos en la práctica médica y en la interpretación de los datos clínicos?

Pienso que el personal médico se apoya mucho para su práctica médica en los avances tecnológicos, incluso para interpretar los resultados de los laboratorios bioquímicos y de gabinete. Pareciera que dejan de realizar una historia clínica integral y profunda y ajustan sus impresiones

diagnósticas con lo que les arroja como resultado los avances tecnológicos. Pienso que puede parcializar el abordaje de los problemas de los pacientes.

¿Cuál es la importancia del escepticismo metodológico en la formación y práctica médica?

Permite una mejor valoración integral de la problemática.

¿Cómo puede la filosofía de la ciencia contribuir a resolver dilemas éticos en la medicina?

La filosofía, incluso la epistemología, permite la revisión de la práctica clínica y que el personal médico pueda integrar una mirada desde una perspectiva del bien común y de los derechos humanos. Así mismo, no encontrarse en el núcleo duro del marco biomédico, sino de otros campos disciplinares permite entender al paciente como un sujeto en su individualidad y como parte del colectivo.

¿Qué impacto tiene la comprensión científica del cuerpo humano como un sistema complejo en la práctica médica?

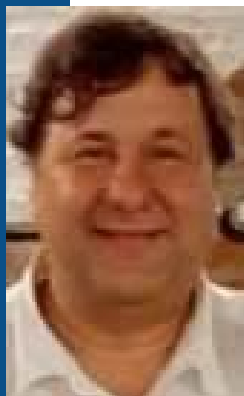
Supera la mirada funcionalista y de estructuras.

¿Cómo debe un médico integrar el conocimiento científico con la práctica clínica para mejorar los resultados de salud?

Recuperando la noción de complejidad de Morin y otras miradas como las de bienestar de Amartya Sen y Venkatapuram pienso que podría modificarse la postura epistemológica y teórica sobre la salud y la enfermedad lo que podría tener impacto en la formación del personal médico y en su práctica médica. ■

En la medicina centrada en el paciente, el personal médico articula los conocimientos clínicos, incluso resultados de estudios clínicos con la subjetividad y características sociodemográficas de su paciente.

Prescripción de medicamentos de muy alto precio: ¿ponen en riesgo la sostenibilidad del sistema de salud?



Por Gustavo H. Marin

Médico. Doctor en Medicina. Especialista en Farmacología Clínica. Especialista en Gestión Pública. Magister en Salud Pública. Magister en Economía de la Salud. Magister en Ciencia Política. Prof. Titular de Farmacología Básica; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata. Investigador del CONICET. Ex-Becario de la Université Sorbonne Paris Cité. Ex-Médico Interno de la Asistencia Pública de Paris Francia. Consultor de OPS-OMS en temas de Uso Racional de Medicamentos.

Introducción

Al momento de prescribir, los profesionales de la salud tenemos una amplia gama de ofertas de medicamentos. Si bien los productos farmacéuticos, al menos de aquellos que son los más prescritos del mercado (1), habitualmente aumentan su precio por encima de la inflación; los financiadores del sistema de salud han podido hasta el momento, sostener en mayor o menor medida, la decisión de los prescriptores.

No obstante, desde los comienzos de este siglo XXI, la industria farmacéutica desarrolló e incorporó al mercado, nuevas opciones terapéuticas que poseen un precio tan elevado, que unos pocos fármacos constituyen un gran porcentaje del presupuesto de las instituciones financiadores de la salud, poniendo en riesgo su capacidad de pago para cubrir otros bienes y brindar servicios para el resto de sus beneficiarios (2).

La prescripción

El acto de prescribir obliga a los profesionales de la salud poner en juego sus conocimientos y saberes previos, su capacidad de realizar una lectura crítica de la evidencia disponible, y a tener un alto grado de ética profesional para ofrecer a sus pacientes la mejor opción terapéutica ya sea para prevenir o curar una determinada enfermedad; o en caso de ser esto imposible, evitar complicaciones y prolongar la vida en las mejores condiciones posibles de los individuos afectados; acompañando ese proceso con la humanidad, la comprensión y la dignidad profesional que la Sociedad espera de ellos.

No hay ninguna duda que, en las últimas décadas, la tecnología sanitaria ha avanzado más que en los siglos pasados. No obstante, también es cierto que solo unos pocos de estos avances han sido una verdadera innovación y un beneficio concreto para quienes padecen una patología severa.

Cuando un prescriptor decide indicar un medicamento, especialmente en aquellas patologías graves que comprometen la vida, espera que el fármaco pueda cambiar la historia natural de la enfermedad, prolongando la vida de los pacientes de manera significativa. Sin embargo, no todos los medicamentos aprobados por ANMAT y que se encuentran disponible en el mercado farmacéutico argentino, garantizan cumplir con esta premisa o bien poseen una relación favorable de costo/efectividad.

Es por esta razón que los prescriptores deben tener desarrollada una actitud crítica respecto a las evidencias científicas que sustenten sus decisiones. No es lo mismo contar con eficacia para reducir un biomarcador de laboratorio, que para evitar complicaciones asociadas a una determinada enfermedad, o para prolongar la vida en varios años. Si los prescriptores no cumplen con este rol de seleccionar racionalmente las mejores opciones terapéuticas en cada caso, son los financiadores quienes, a partir de un auditoría de la prescripción de la medicación solicitada, terminan por definir si autoriza la provisión o no de ese insumo, y muchas veces (especialmente cuando los medicamentos son de muy alto precio) rechazan la solicitud del profesional de la salud, por lo cual frecuentemente, sobrevienen procesos de judicialización entre los pacientes y sus financiadores (3).

La selección del medicamento

Los medicamentos se clasifican habitualmente a partir de sus características químicas, terapéuticas y anatómicas (según el sistema u órgano en el cual actúan), por lo cual contamos con fármacos antiinfecciosos, antineoplásicos, etc (4). Por otro lado, respecto a las obligaciones de los sistemas de salud para brindar cobertura y el derecho de las personas a acceder a algunos fármacos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó a ciertos medicamentos como “esenciales”, definiéndolos como aquellos fármacos que cubren las necesidades de salud prioritarias de la población y que, en cualquier sistema sanitario, deberían estar disponibles en todo momento, en la forma farmacéutica adecuada, con garantía de calidad y a precios que las personas y la comunidad puedan pagar (5).

Aun cuando existen protocolos y guías de tratamiento validadas para casi todas las patologías posibles, los profesionales de la salud podemos elegir tratamientos en base a nuestro propio criterio.

Las pautas de Uso Racional del Medicamentos indican que antes de elegir un tratamiento, debo conocer la enfermedad para la cual lo indicaré, la fisiopatología de la misma, la historia natural de la enfermedad (es decir que ocurre con la enfermedad si no se trata apropiadamente, que riesgos de morbimortalidad posee, que complicaciones están asociadas a un mal control clínico de la misma); que objetivos terapéuticos pretendo cuando indico el medicamento en relación a las posibilidades de modificar esa historia natural de la enfermedad y reducir los riesgos descriptos; que capacidad tiene el medicamento para insertarse en el esquema fisiopatológico y desde allí, cumplir con los objetivos terapéuticos planteados; y cuál es el grado de seguridad que tienen estos fármacos cuando son indicados (6).

La cobertura de los medicamentos

Como ya se mencionó, existe un listado de medicamentos considerados internacionalmente “esenciales” a los cuales la población debe acceder y los financiadores deben ofrecer cobertura obligatoriamente. El debate se da sobre aquellos medicamentos que no clasifican en la categoría de esenciales, pero que igualmente son solicitados por los prescriptores y reclamados por los pacientes y, en caso de negárseles la cobertura, suelen solicitarse por vía judicial, la cual por cierto está lejos de garantizar equidad de aquellos individuos en situación más vulnerable (7).

Muchos medicamentos “innovadores” están disponibles en el mercado, aun cuando no tienen un resultado esperado similar a los objetivos que elegimos exigir al fármaco en relación con la patología que estamos tratando. Por ejemplo, en oncología, no resulta equivalente que el medicamento logre una reducción de la masa tumoral, a que aumente la expectativa de vida; o en diabetes reducir la glucemia no es equivalente a evitar complicaciones como ceguera, eventos cardiovasculares, o muerte asociada a la enfermedad. No obstante, los medicamentos que no cumplen con las mejores expectativas, igualmente son solicita-

dos y aprobados sin discriminar esta diferencia y reflejando las dificultades que tiene un sistema de salud para decidir este tipo de dilemas.

Otra cuestión es la atomización de administradores/financiadores de la salud existentes en nuestro país: en el subsector público tenemos el Ministerio de la Nación y 24 Ministerios en jurisdicciones provinciales; en el subsector de la seguridad social tenemos más de 300 Obras Sociales y en el subsector privado existen más de 40 empresas a las que solemos denominar “prepagas”. Si bien existe un PMO que pretende homogeneizar la cobertura, cada institución interpreta el mismo de distinta manera, cubre los medicamentos de muy alto precio con criterios distintos, y poseen diferentes capacidades de pago que hace que la problemática impacte distinto en cada una. Esta situación provoca inequidades al momento de brindar cobertura, con lo cual, ante un mismo problema de salud, cada argentino tendrá diferentes posibilidades de acceso a un determinado bien (8).

El riesgo para sostener un sistema de salud

Como ya se mencionó, la cantidad de administraciones financiadoras de la salud en Argentina se acerca a las 400, cada una con distinto tamaño, diferente cantidad de beneficiarios/afiliados y una dispar capacidad de pago para atender la demanda de personas bajo cobertura.

Ante esta situación, las solicitudes de medicamentos de muy alto precio, rompieron el equilibrio del mercado, poniendo a las organizaciones en riesgo de desfinanciación (2). Basta observar lo ocurrido con la situación de cierta terapia génica para atrofia muscular cuyo precio excede el millón de USD, y que llevó a una prepaga argentina a manifestar ante la justicia que, si la obligaban a pagar la totalidad de dicho monto, se debía declarar insolvente para atender las necesidades de la totalidad de sus afiliados. Generalmente estos casos terminan en la justicia, la cual obliga a los Ministerios de Salud (nacional o provinciales) a aportar parte o la totalidad de estos costos.

Por el momento el impacto presupuestario no ha incidido de manera tal que obligue a los financiadores a recortar prestaciones a otros beneficiarios, pero si los llamados medicamentos de muy

alto precio continúan incorporándose progresivamente al mercado seguramente podrán a los decisores sanitarios en la disyuntiva de optar por recortar la cobertura de otros bienes, para atender estas nuevas necesidades.

La alternativas para las soluciones disponibles

Es difícil pensar que la organización del Sistema de Salud argentino vaya a cambiar abruptamente en los próximos años. Seguramente, por unas décadas más, existirá la atomización en los diferentes subsectores.

Sin embargo, ante el riesgo de desfinanciar el sistema, será posible llegar un acuerdo entre todos los subsectores para abordar las solicitudes de medicamentos de muy alto precio, de manera conjunta o al menos de igual manera para evitar las inequidades.

Una opción es contar con un área de auditoría común, la cual analice y recomiende la cobertura o no de dichos bienes, tomando en cuenta la situación de salud, el impacto favorable que pueda brindar el medicamento en términos de vida o calidad de vida (9,10). En muchos países, las autoridades sanitarias han conformado comisiones de expertos para este fin (como el Instituto Nacional para la Excelencia en el Cuidado y la Salud [NICE, por su sigla en inglés) en el Reino Unido, cuyas recomendaciones basadas en un análisis científico exhaustivo son vinculantes para las autoridades sanitarias, quienes rara vez desoyen lo sugerido por este Comité.

En parte, esta idea está representada en nuestro país por la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria, la cual ha sido propuesta con otros nombres, y aún permanece en un periodo de gestación prolongada que no termina de nacer. Si bien es una propuesta que puede resultar favorable en el sentido unificador de las decisiones sobre cobertura de medicamentos y otros bienes, el punto clave que se debe discutir es quienes serán los miembros de esa Agencia, Comité de Expertos o Consejo, ya que se debe garantizar para ocupar esos espacios, una total ausencia de conflicto de intereses no solo de la industria farmacéutica sino otros agentes que puedan beneficiarse con las decisiones que surjan del mismo.

Otra opción, ya desde el aspecto económico, es la unificación de los financiadores de salud, en una única “caja” centralizada desde la cual se adquieran y provean este tipo de medicamentos. Esta situación permitiría tener mejores posibilidades de negociación de precios, ya que quienes ofrecen estos bienes tendrán un solo comprador a quien venderle y no los centenares que existen en la actualidad.

Una alternativa también desde lo económico, es el “riesgo compartido” con las empresas farmacéuticas, acordando un pago menor por parte de los financiadores si la eficacia del tratamiento no resulta la esperada. Esto parece racional, sin embargo, mientras la información de la estructura de costos de estos medicamentos sea asimétrica (solo la empresa productora lo sabe); es muy difícil pensar que este modelo de acuerdo sea justo para ambas partes, cuando una de ellas pueda poner de manera arbitraria el precio de comercialización. Como sea, resulta necesario seguir reconociendo al acceso a los medicamentos como un derecho humano esencial. El debate debe darse en

establecer cuáles son los fármacos que ameritan ser cubiertos, y luego establecer de que manera se puede garantizar el acceso a los mismos, optando por acuerdos entre los financiadores para contar con mejor posicionamiento en la negociación de precios.

De la manera que elijamos hacerlo, debemos incluir a la Sociedad en estas decisiones, y cuando menciono a la Sociedad, me refiero al conjunto de la misma incluyendo una amplia gama de sus referentes y no solo a quienes padecen una determinada patología, quienes seguramente al debatir sobre la misma, les resultará difícil decidir sin sesgos representando a los intereses colectivos. Para ello, resulta necesario tener una comunicación honesta, fluida y continua con la Sociedad, para tenerla al tanto de las ventajas reales que brinda cada uno medicamento en términos de mejoras sustantivas de cada enfermedad, y de las externalidades negativas asociadas a la decisión de brindar ciertas coberturas en términos de limitaciones potenciales para el acceso a otros bienes asociados como beneficios colectivos. ■

REFERENCIAS

1. IEF-CTA. La variación de precios de los medicamentos durante 2022 fue mayor que la inflación general. Observatorio de medicamentos como bien social. IDEP. ATE-CTA, 2023. Disponible en: <https://idepsalud.org/observatorio-de-medicamentos-como-bien-social/>
2. Marin GH, Cañas M, Marin G, Marin L, Nucher D, Diaz-Perez D. Impacto económico de medicamentos de alto precio/costo en la seguridad social de Argentina: el caso del instituto de obra social para las Fuerzas Armadas y de Seguridad. Medicina (Buenos Aires). 2023;83(1):65-73.
3. Alcaraz A, Donato M, Alvarez J, Messina N, Alfie V, Marin GH. Judicialización de medicamentos de alto precio en Argentina: estudio cualitativo. Medicina (Buenos Aires) 2024;84:00-00.
4. WHO. Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, WHO, 2024. Disponible en: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>
5. Organización Mundial de la Salud. Essential medicines. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: https://web.archive.org/web/20081002110638/http://www.who.int/medicines/services/ess_medicines_def/en/
6. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components; 2002.
7. Marin GH, Marin L, Agüero D, Marin G, Pagnotta M, Blanco L. Litigation for health technology accessibility: a tool for inequality? Reflections based on case study analysis. J Clin Cases Rep. 2020;3:14-9.
8. Marin GH. El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos. Ciênc. Saúde Coletiva 2021;26, (11): 5453-5462. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.06152021>
9. Marin GH, Polach MA. Medicamentos de alto costo: análisis y propuestas para el Mercosur. Rev Panam Salud Publica. 2011;30:167-76.
10. Marin GH. Medicamentos de alto costo: el difícil equilibrio entre los derechos individuales y los derechos colectivos Rev Panam Salud Publica 48, 2024 en prensa. Disponible en : <https://journal.paho.org> | <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.76.1>

BCI: Se avecina la revolución tecnológica más disruptiva de la historia



Por Carlos Rozen

Socio de BDO en Argentina a cargo del área Governance, Risk & Compliance. Responsable para la Región Latinoamérica de Investigaciones Forenses. Director de la Certificación Internacional en Ética y Compliance (Asociación Argentina de Ética y Compliance - UCEMA).

Puede que al leer este título y con la catarata de tecnologías emergentes que hemos tenido en los últimos 5 años, Ud. suponga que hablaremos de “otra tecnología más”. Sin embargo, apuesto a que en pocos minutos coincidiremos con el tenor que le hemos dado a las palabras resaltadas que encabezan el presente artículo.

Suelo decir que la fantasía se diferencia de la ciencia ficción en que, en esta última, que muestra fenómenos hoy imposibles, son extensiones de un futuro más o menos preciso, pero futuro al fin. En tanto la fantasía se basa en lo mágico y lo sobrenatural.

Hace algunos años hubiera claudicado en que las neurotecnologías, digamos, interfaces entre el cerebro humano y

la computadora (**BCI**: Brain-Computer Interface) fueron tan solo una falla de los films de ciencia ficción. No obstante, la ciencia ficción lo hizo una vez más convirtiendo esto en uno de los aspectos tecnológicos más promisorios de la historia de la humanidad. Sucede que empresas tales como *Orb* y *Neuralink* (por citar algunas de las más renombradas) han logrado que estas interfaces “cerebro-computadora” realmente funcionen. ¿Son tecnologías inmaduras? Sin duda que sí, pero su evolución es asombrosa, no para y no parará de sorprendernos. Veamos qué nos pueden brindar estas revolucionarias tecnologías BCI en materia de salud, investigación, comunicación, aprendizaje y hasta diversión.

Medicina

Contribuirán a diagnosticar y tratar enfermedades neurológicas como la epilepsia, el Parkinson, la depresión, entre otras.

Restaurarán la función motora en personas con parálisis y hasta controlarán prótesis (volviendo realidad lo que llamamos “*ciborgs*” en la ficción). Existe un punto crítico que comienza a desafiar nuestras creencias sobre el cuerpo, la mente y la identidad. Basta con entender que si al perder un brazo, podremos controlar una extremidad robótica con nuestra mente, lo mismo si fueran ambos brazos.

Neurociencia

Contribuirán en la decodificación de la actividad cerebral con mayor precisión y a mayor escala, y la humanidad pasará a otro nivel respecto del conocimiento de cómo funciona el cerebro. Las BCIs podrían usarse para proporcionar “neurofeedback” a los usuarios, lo que les permitiría aprender a regular su propia actividad cerebral.

Comunicación

Es probable que las BCIs posibiliten la comunicación telepática, volviendo obsoletas otras tantas películas de ciencia ficción.

Facilitarán la traducción en tiempo real, lo que facilitaría la comunicación entre personas de diferentes culturas y geografías.

Control de dispositivos con el pensamiento:

Las BCIs podrían usarse para controlar dispositivos electrónicos con la mente, lo que nos permitiría interactuar con la tecnología de una forma más natural.

En cuanto al mundo de las organizaciones y a pesar de todo lo que se pondrá a disposición, habrá mucho por inven-

tar. A solo efecto de citar un ejemplo, pensemos en un área de Capital Humano, específicamente en temas de selección de personal ¿cómo podría aplicar las BCI? Podrán utilizarse para evaluar las habilidades cognitivas de los candidatos a un determinado puesto de trabajo, lo que ayudaría notoriamente a las entidades a seleccionar a los mejores candidatos. También detectarán signos de fatiga y estrés, lo que ayudará a las empresas a prevenir accidentes a la vez que consiguen mejorar la seguridad en el trabajo. Se utilizarán además para evaluar la capacidad de liderazgo de los colaboradores, lo que ayudará a las organizaciones a identificar a sus futuros líderes e invertir en su formación de manera temprana.

Suelo sostener que, al adoptar tecnologías en lo cotidiano, estas nos dan y nos quitan. Así como el “GPS” nos guía por cualquier lugar del mundo y, mientras tanto, relaja nuestra memoria y habilidad de ubicación espacial, o el “ChatGPT” nos ahorra horas de escritura y nos resta creatividad y capacidad investigativa, estas nuevas herramientas podrán darnos un abanico de increíbles soluciones para la salud y en bienestar, y sepámoslo, nos quitarán mucho también ¿qué y cuánto? Llegó tal vez el momento de evaluarlo.

Lo más importante en este intercambio es que, dentro de un supuesto marco de legalidad (aún ni embrionario), estemos de acuerdo con la ecuación o relación costo beneficio. Pero a la hora de comprender qué va este “*trade-off*” debemos utilizar algo del poder de nuestra imaginación.

Entonces si bien estas tecnologías, como vemos, tienen el potencial de revolucionar la forma en que interactuamos con el mundo, también generan importantes preguntas sobre **cómo éstas podrían afectar dramáticamente nuestros derechos.**

Específicamente en temas de selección de personal, podrán utilizarse para evaluar las habilidades cognitivas de los candidatos a un determinado puesto de trabajo, lo que ayudaría notoriamente a las entidades a seleccionar a los mejores candidatos.

Pensemos que, según la manera en que sean implementadas, y la legislación del país del cual se trate, podrían afectar la **privacidad**, al permitir la extracción de información personal y sensible directamente de nuestros cerebros sin preguntarnos, mediante la firma de un **consentimiento** en el acto de la implantación. En el momento de una amputación intempestiva, no hay quien lea la *letra chica*.

En casos como este será importante explorar las formas más adecuadas para suscribir este necesario consentimiento que dará el usuario.

Otro punto que puede resultar preocupante es la **autonomía**. Lejos estoy de pretender asustar al lector con lo que voy a suponer a continuación, pero sabemos que controlar un dispositivo por medio de una computadora es hoy inmensamente más sencillo que hacerlo por medio de un órgano vital. Entonces, ¿imaginan vuestro potencial brazo postizo hackeado, y en lugar de ser controlado por el cerebro autorizado, que sea administrado por otra máquina mediante la intrusión no autorizada de un ciberdelincuente? ¿y controlada de manera no autorizada por otro cerebro humano? Volvemos al consentimiento e irremediablemente a la ciberseguridad.

Adicionalmente, claro está, la tecnología en cuestión, en un inicio será para personas de elevado o elevadísimo poder adquisitivo ¿Qué opinarán las sociedades en el mundo respecto del dilema “**igualdad** versus **necesidad**”? ¿Cómo se garantiza el acceso igualitario a esta tecnología en temas tan importantes como los de salud? ¿Las aseguradoras están ya pensando en brindar cobertura ante la pérdida del cuerpo?

Existe un punto crítico que comienza a desafiar nuestras creencias sobre el cuerpo, la mente y la identidad. Basta

Estamos claramente frente a una nueva revolución tecnológica y hasta humana que exige cuanto antes comenzar a trabajar en marcos regulatorios abarcativos de los principales riesgos.

con que nos preguntemos lo siguiente: Si perdiéramos un dedo y pudiéramos controlar otro robotizado con nuestra mente, o un brazo, o ambos, y sumamos las piernas ... ¿Cuál es el límite mediante el cual nuestro cerebro podrá controlar un cuerpo totalmente robotizado? ¿Podrá ser un cyborg, en lugar de un humano con partes cibernéticas, ser un humanoide con algunas pocas partes humanas? ¿y si quisiera controlar otros dispositivos a distancia? ¿Podremos almacenar nuestra conciencia, tal como lo proponía el historiador y escritor israelí Yuval Noah Harari?

Se que estas preguntas no colocan en una nueva dimensión de la mencionada ciencia ficción. Solo bastará esperar 20, 30 o 40 años para volver a asombrarnos. Será suficiente ver cómo a la humanidad causará más asombro y atractivo los juegos paraolímpicos que comenzarán a producir nuevos records de una manera nunca vista. Donde las personas con discapacidad mostrarán más capacidad, súper capacidades. Donde viejas series como El Hombre Nuclear o La Mujer Biónica (años 70) volverán a ser ejemplo de que la ficción se vuelve realidad.

Y así como la IA viene asombrándonos día a día, estamos claramente frente a una nueva revolución tecnológica y hasta humana que exige cuanto antes comenzar a trabajar en marcos regulatorios abarcativos de los principales riesgos arriba comentados, respecto de la amenaza a nuestros derechos de privacidad, de igualdad, de ser controlados como consecuencia de ciberataques y, fundamentalmente, de pérdida de identidad y peor aún, el riesgo más grande que jamás haya experimentado el ser humano en toda su historia: la **pérdida de humanidad**. ■



Una radiografía del sistema de salud argentino

El sistema de salud en Argentina se caracteriza por una compleja red de subsistemas que incluye al sector público, la seguridad social y el privado. Este análisis, realizado por la Superintendencia de Servicios de Salud, ofrece una comparación detallada de la distribución de entidades, tipos de cobertura, y gasto en salud, revelando las dinámicas y desafíos que enfrenta cada sector. Con datos que abarcan desde la población cubierta hasta el gasto en salud como porcentaje del PIB, este informe proporciona una visión integral del panorama sanitario argentino. Invitamos a nuestros lectores a conocerlo.

Cuadro comparativo que organiza la información sobre los tres subsistemas de salud (Público, Seguridad Social y Privado) en función de sus distintas categorías y entidades

Categoría	Público	Seguridad Social	Privado
Nacional	291 OS Nacionales	INSSJP - PAMI	278 Sociedades Comerciales
Provincial	24 OS Provinciales		216 Mutuales
Municipal (según jurisdicción)			84 OS con Planes Superadores
Especiales			38 Asociaciones Civiles 26 Cooperativas 18 Otras

Notas adicionales:

- **OS:** Obra Social
 - **INSSJP - PAMI:** Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
 - **OS con Planes Superadores:** Obras Sociales que ofrecen planes de salud superiores a los básicos
- Este cuadro resume la distribución de las entidades de salud en cada subsistema, permitiendo una comparación clara entre ellos.

Cuadro comparativo que organiza la población según el tipo de cobertura de salud

Tipo de Cobertura	Categoría	Cantidad de Afiliados
Cobertura Pública	Población Total	46,234,830
	Población Pública Exclusiva	19,921,618
Cobertura Nacional	Obras Sociales Nacionales (291)	15,521,057
	Obras Sociales Provinciales (24)	7,178,589
	PAMI (INSSJP)	5,540,486
	Regímenes Especiales	300,000
Cobertura de Seguridad Social	IOSFA (Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas)	600,000
	PFA (Policía Federal Argentina)	160,000
	DAS (Diplomáticos Argentinos en Servicio)	28,000
	OSPJN (Obra Social del Poder Judicial Nacional)	47,000
	Otras	7,461,841
Cobertura Privada	EMP (Entidades de Medicina Prepaga)	15,521,057
	Aseguradoras de Riesgo de Trabajo	
	Seguros de Accidentes de Tránsito	
	Planes de Cobertura Parcial	
	Otras	

Este cuadro te proporciona una visión clara sobre la distribución de la población según los diferentes tipos de cobertura de salud.

Cuadro comparativo del ecosistema de salud en Argentina, organizado por tipo de cobertura y el número de afiliados

Tipo de Cobertura	Cantidad de Afiliados
Cobertura Pública Exclusiva	19,921,618
PAMI	5,540,486
OS Nacionales	15,521,057
OS Provinciales	7,178,589
Cobertura Privada	7,461,841
Cobertura Social	
EMP (Entidades de Medicina Prepaga)	15,521,057

Notas adicionales:

- La **Cobertura Pública Exclusiva** incluye a los afiliados que solo están cubiertos por servicios públicos.
- **PAMI** es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
- **OS Nacionales** y **OS Provinciales** se refieren a las obras sociales nacionales y provinciales.
- **Cobertura Privada** abarca a los afiliados que tienen seguros de salud privados o medicina prepaga.
- **Cobertura Social** incluye a las entidades relacionadas con la seguridad social, como las Obras Sociales, y **EMP** hace referencia a las Entidades de Medicina Prepaga.

Este cuadro refleja el número de afiliados en cada categoría de cobertura de salud en Argentina, proporcionando una visión general del ecosistema de salud.

Cuadro comparativo del ecosistema de salud en Argentina, organizado por subsistema y tipo de cobertura, con el total de población y las personas con más de una cobertura:

Subsistema	Cobertura	Cantidad de Afiliados	Porcentaje del Total
Público	Hospitales nacionales, provinciales y municipales	19,921,618	35.06%
	Seguridad Social		
	Obras Sociales Nacionales (OSN)		
	Obras Sociales Provinciales (OSP)	15,521,057	
	PAMI (INSSJP)	7,178,589	
	Regímenes Especiales (RE) 1,200,000	5,540,486	
Privado	Empresas de Medicina Prepaga (EMP)	7,461,841	13.13%
Total Población		56,823,591	100%
Población con más de 1 cobertura		10,588,761	22.90%

Notas adicionales:

- **Total Población:** 56,823,591 (suma de todas las categorías)
- **Población con más de 1 cobertura:** 10,588,761, que representa el porcentaje de personas con más de una cobertura en el total de la población.
- **Porcentaje del Total:** Calculado sobre el total de la población para cada tipo de cobertura. Este cuadro muestra la distribución de la población según el tipo de cobertura y el porcentaje que cada categoría representa del total de la población, incluyendo la población con más de una cobertura.

Cuadro que muestra el gasto en salud como porcentaje del PIB para el período de 2017 a 2021, desglosado por gasto público en salud, gasto de las obras sociales y gasto privado en salud

Año	Gasto Público en Salud	Gasto de las Obras Sociales	Gasto Privado en Salud	Gasto Total en Salud como % del PIB
2017	2,7%	4,0%	3,5%	10,3%
2018	4,2%	3,6%	2,5%	10,3%
2019	2,5%	3,7%	3,9%	10,1%
2020	3,8%	4,0%	3,1%	10,9%
2021	3,9%	3,4%	3,1%	10,5%

Notas adicionales:

- El gasto total en salud se mantuvo relativamente estable en torno al 10% del PIB durante el período.
 - Se observa un aumento en el gasto total en salud en 2020, alcanzando un máximo del 10,9%, coincidiendo con el inicio de la pandemia en marzo de 2020.
 - El gasto en salud como porcentaje del PIB alcanzó su mínimo en 2019 con 10,1%.
- Este cuadro resume cómo el gasto en salud se distribuye entre los diferentes sectores y cómo varía a lo largo de los años en relación con el PIB.

Cuadro comparativo del gasto público en salud como porcentaje del PIB en países seleccionados para el año 2022:

País	Gasto Público en Salud como % del PIB
Estados Unidos	16,6%
América Latina	12,7%
Francia	12,1%
Japón	11,5%
Gran Bretaña	11,3%
España	10,4%
Argentina	10,0%
Brasil	9,8%
China	5,7%
México	5,5%
India	2,9%

Notas adicionales:

- América Latina: en el contexto dado, puede representar un promedio regional o una agrupación específica dentro de esta región.
 - El porcentaje incluye el gasto proveniente de los gobiernos y de los seguros de salud obligatorios.
 - Los datos reflejan el gasto en salud como proporción del PIB, mostrando la inversión en salud pública en comparación con el tamaño de la economía de cada país.
- Este cuadro permite comparar cómo varía el gasto público en salud en diferentes países a nivel global en relación con su PIB.

Cuadro comparativo del gasto público en salud como porcentaje del PIB en países seleccionados de la región para el año 2023:

País	Gasto Público en Salud como % del PIB
Cuba	11,1%
Brasil	9,6%
Argentina	9,3%
Chile	8,8%
OECD	8,1%
Colombia	7,2%
Costa Rica	6,3%
Jamaica	5,4%

Notas adicionales:

- **OECD:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, que incluye un promedio de los países miembros.
- Este cuadro ilustra el gasto público en salud en diferentes países de la región en relación con su PIB en 2023, mostrando cómo varía la inversión en salud pública.

Cuadro comparativo que organiza los hospitales y establecimientos asistenciales según el sector (Estatad, No Estadad y Mixto), el origen de fondos y si tienen internación o no

Sector	Con Internación	Sin Internación	Subtotal	Total
Estatad				
Nacional	25	1,166	1,191	
Provincial	580	5,785	6,365	
Municipal	27	3,868	3,895	
FFAA/Seguridad		4	181 185	
Servicio Penitenciario Federal	4	26	30	
Servicio Penitenciario Provincial	9	66	75	
Universitario Público	137	34	171	
Subtotal Estadad	1,166	11,912	13,078	15,81 2
No Estadad				
Privado	4,558	30	4,588	
Obra Social	30	10	40	
Mutual	10	1	11	
Universitario Privado	40	1	41	
Otros	280	83	363	
Subtotal No Estadad	4,639	124	4,763	20,370
Mixto				
	310	93	403	
	134	4	138	
Total General	6,461	23,396	29,857	32,857

Notas adicionales:

- **Con Internación:** Número de hospitales y establecimientos que ofrecen servicios de internación.
- **Sin Internación:** Número de hospitales y establecimientos que solo ofrecen servicios ambulatorios.
- **Subtotal:** Suma de hospitales y establecimientos dentro de cada categoría de origen de fondos.
- **Total General:** Suma total para cada sector.

Este cuadro presenta una visión clara del número y tipo de hospitales y establecimientos asistenciales en función de su origen de fondos y si ofrecen servicios de internación o solo ambulatorios.

Resumen de la distribución de hospitales y establecimientos asistenciales por sector y origen de fondos, basado en los porcentajes proporcionados:

Distribución General

- **36,25%** de los hospitales y establecimientos asistenciales pertenecen al sector estatal.
- **63,75%** pertenecen al sector no estatal.

Sector Estadad

- **58,4%** de los hospitales y establecimientos estatales son de origen provincial.
- **37,3%** de los hospitales y establecimientos estatales son de origen municipal.

Sector No Estadad

- **97%** de los hospitales y establecimientos no estatales son del ámbito privado (comercial).

Cuadro Comparativo

Sector	% Total
Estatad	36,25%
Provincial	58,4%
Municipal	37,3%
No Estadad	63,75%

Notas Adicionales:

- **Sector Estadad:** Incluye hospitales y establecimientos de origen nacional, provincial, municipal, FFAA/Seguridad, Servicio Penitenciario Federal, Servicio Penitenciario Provincial, y Universitario Público.
- **Sector No Estadad:** Incluye hospitales y establecimientos privados, de obras sociales, mutuales, universitarios privados y otros.

Este resumen proporciona una visión clara de cómo se distribuyen los hospitales y establecimientos asistenciales entre los sectores estatal y no estatal, y cómo se distribuyen internamente dentro de cada sector.

Resumen sobre el Subsistema Público de salud en relación con la población y su estructura

Subsistema Público de Salud

■ **Población Cubierta:** 19,921,618 personas (35,06% de la población total).

Características:

■ **Cobertura:** Incluye atención en hospitales y establecimientos asistenciales de carácter público y de acceso gratuito. Esto abarca hospitales nacionales, provinciales y municipales.

■ **Financiamiento:** Se realiza a través de los presupuestos públicos de las jurisdicciones a las que pertenecen (nacional, provincial o municipal).

■ Régimen de Hospitales Públicos de Gestión

Descentralizada: Este régimen busca aumentar los presupuestos hospitalarios mediante ingresos obtenidos por el cobro de prestaciones a beneficiarios de otros subsistemas de salud. Este enfoque pretende mejorar la eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema de salud pública.

Resumen

El Subsistema Público representa el 35,06% de la población y proporciona servicios de salud gratuitos a través de una red de hospitales y establecimientos asistenciales. Su financiamiento proviene de los presupuestos públicos correspondientes a las jurisdicciones nacionales, provinciales o municipales. Además, el régimen de gestión descentralizada tiene como objetivo incrementar los recursos mediante el cobro de prestaciones a otros subsistemas de salud.

Este enfoque busca asegurar una cobertura universal y accesible para todos los ciudadanos, mientras que el régimen de gestión descentralizada contribuye a la mejora de los recursos y la eficiencia del sistema.

Resumen detallado del Subsistema de Seguridad Social en Argentina:

Subsistema de Seguridad Social

■ **Población Cubierta:** 29,440,132 personas (51,81% de la población total).

Componentes Principales:

■ **Obras Sociales Nacionales (OSN):** 15,521,057 afiliados.

■ **Obras Sociales Provinciales (OSP):** 7,178,589 afiliados.

■ **PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados):** 5,540,486 afiliados.

■ **Entidades del Régimen Especial (ESP):** 1,200,000 afiliados.

Características:

■ **Afiliación:** La afiliación a una Obra Social es compulsiva y está vinculada con el gremio y la condición laboral del beneficiario.

■ **Financiación:** Se basa en el cobro de cotizaciones que no se derivan de cálculos actuariales de la cobertura, sino que representan una proporción de los ingresos brutos (aportes y contribuciones).

Este subsistema proporciona cobertura a una gran parte de la población y está financiado a través de aportes que se calculan como una proporción de los ingresos brutos de los afiliados, no basándose en cálculos actuariales detallados de los costos de la cobertura.

Cuadro comparativo para las 10 Obras Sociales Nacionales con mayor número de beneficiarios, basado en los nombres que proporcionaste:

10 Obras Sociales Nacionales con Mayor Número de Beneficiarios

Rankin	Obra Social Nacional	Número de Beneficiarios
1	OSPECON	1.583.488
2	OSPE	851.064
3	OS AM SANCOR	752.092
4	OSUTHGRA	622.340
5	OSECAC	563.285
6	OSDE	478.271
7	OSPRERA	370.807
8	OSUPCN	353.041
9	OS ASE	350.446
10	OS SANIDAD	(Número no especificado)

Este cuadro muestra las 10 Obras Sociales Nacionales con mayor cantidad de beneficiarios. La información puede ser utilizada para comparaciones directas o gráficos que representen visualmente la distribución de los beneficiarios. Si necesitas más detalles o alguna modificación, estaré aquí para ayudarte.

Cuadro comparativo para la cantidad de Obras Sociales Nacionales (OSN) por rango de afiliados y afiliadas

Cantidad de Obras Sociales Nacionales (OSN) por Rango de Afiliadas y Afiliados

Rango de Afiliadas y Afiliados	Cantidad de OSN	Cantidad de Afiliados
Más de 900,000	1	1,583,488
Entre 800,000-899,999	1	851,064
Entre 700,000-799,999	1	752,092
Entre 600,000-699,999	1	622,340
Entre 500,000-599,999	1	541,831
Entre 400,000-499,999	1	478,271
Entre 300,000-399,999	3	1,074,294
Entre 200,000-299,999	5	1,781,103
Entre 100,000-199,999	20	2,942,739
Menos de 99,000	257	4,872,381
Total	291	15,521,057

Este cuadro presenta una distribución detallada de las Obras Sociales Nacionales (OSN) según el rango de afiliados y afiliadas que poseen. Es útil para comprender cómo se agrupan las OSN según su tamaño en términos de afiliados. Si necesitas más análisis o gráficos, estaré disponible para ayudarte.

Cuadro comparativo para la distribución de personas beneficiarias de Obras Sociales Nacionales (OSN) por tipo

Distribución de Personas Beneficiarias de Obras Sociales Nacionales (OSN) por Tipo

Categoría	Porcentaje
Relación de Dependencia	61.9%
Monotributistas	9.5%
Efectores Sociales	7.9%
Jubilados Seg Social	5.6%
Servicio Doméstico	4.8%
Adherentes	4.0%
Desempleo	1.6%
RD S/RECAUD SUP	1.6%
Jubilados OTROS	0.8%
Desempleo RENATRE	No especificado
Pasantes	No especificado
Jubilados Españoles	No especificado

Distribución Simplificada de las Personas Beneficiarias de OSN por Tipo

Categoría	Porcentaje
Relación de Dependencia	78%
Monotributistas	10%
Efectores Sociales	5%
Jubilados Seg Social	2%

Este cuadro presenta una visión detallada y simplificada de cómo se distribuyen las personas beneficiarias de OSN en Argentina según su tipo de afiliación.

Obras Sociales Provinciales (OSP)

- **Total de Afiliados:** 7.178.589
- **Cantidad de Obras Sociales Provinciales:** 24
- **Cobertura:** Brindan cobertura a empleados públicos provinciales y municipales, docentes, personal de seguridad, sus grupos familiares, y también a jubilados y pensionados.
- **Confederación:** Pertenecen a la Confederación de Obras Sociales de la República Argentina (COSSPRA).
- **Mercado Cautivo:** Los afiliados **NO** tienen libertad de elección, situación que difiere de las Obras Sociales Nacionales.
- **Financiación:** Se financian con los aportes de sus afiliados y contribuciones de las provincias, y son reguladas por normativa de sus jurisdicciones.
- **IOMA (Obra Social de la Provincia de Buenos Aires):** Cuenta con **2.230.000** afiliados.

Este cuadro resume las características y el marco en el que operan las Obras Sociales Provinciales en Argentina, destacando su rol en el sistema de salud y su estructura de financiación.

Obras Sociales bajo un Régimen Especial

Cantidad y Tipo: Existen 1.200.000 afiliados a 36 Obras Sociales creadas por leyes nacionales especiales. Estas obras sociales están en el ámbito de la Administración Central, organismos autárquicos y empresas del Estado.

1. **Características:** Estas obras sociales no están agrupadas por sindicatos, dirección o convenios. En lugar de ello, deben cumplir con los requisitos y exigencias específicas establecidas por las leyes que regulan las Obras Sociales.
2. **Ejemplos:** Algunas de estas Obras Sociales de Régimen Especial incluyen:
 - **IOSFA:** Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas.
 - **PFA:** Policía Federal Argentina.
 - **OSPJN:** Obra Social del Poder Judicial de la Nación.
 - **Universitarias:** Obras Sociales vinculadas a instituciones universitarias.

Estas obras sociales suelen atender a sectores específicos y pueden tener características y regulaciones distintas a las de las obras sociales sindicales o de dirección.

Distribución de afiliados entre diferentes entidades del subsistema privado

1. **Afiliación:** La asociación al subsistema privado es voluntaria, a diferencia del subsistema de Seguridad Social donde la afiliación es obligatoria. Los afiliados pagan una prima cuyo costo varía según el cálculo actuarial del riesgo.
2. **Servicios Obligatorios:** Las entidades del subsistema privado deben ofrecer, como mínimo, los servicios establecidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, aunque hay excepciones para ciertas tipologías específicas.
3. **Estructura:**
 - **Sociedades Comerciales:** 278.
 - **Mutuales:** 216.
 - **Cooperativas:** 26.
 - **Asociaciones Civiles:** 38.
 - **Otras:** 18.
4. **Planes Superadores:** Hay 84 Obras Sociales que ofrecen planes superiores al PMO, proporcionando servicios adicionales a los básicos requeridos.

Esta estructura permite a los afiliados elegir entre una variedad de opciones para su cobertura de salud, ajustándose a sus necesidades y posibilidades financieras.

Distribución de Afiliados en el Subsistema Privado

1. OSDE	28.06%
2. Swiss Medical	13.5%
3. Sancor Salud	9.04%
4. Galeno Argentina SA	6.66%
5. Omint	4.42%
6. ACA Salud	2.88%
7. Jerárquicos Salud	2.64%
8. Medicus	2.53%
9. Prevención Salud	2.41%
10. Medifé	4.02%
Otros Grupos	
Resto de las EMP A	8.74%
Resto de las EMP B	15.10%

Porcentaje de Mercado por Entidad

1. OSDE	28.1%
2. Swiss Medical	13.5%
3. Sancor Salud	9%
4. Galeno	6.7%
5. Omint	4.4%
6. Medifé	4%
7. ACA Salud	2.9%
8. Jerárquicos Salud	2.6%
9. Medicus	2.5%
10. Prevención Salud	2.4%

Esta distribución muestra la participación de cada entidad en el mercado de salud privado en términos de afiliados y cuota de mercado. Los porcentajes reflejan tanto la cantidad de afiliados como la proporción del mercado cubierta por cada entidad.

Distribución de personas afiliadas a cada entidad del subsistema privado

Distribución de Afiliados por Entidad y Tipo de Afiliación

Entidad	Corporativo	Directo	Desregulado	Total General
OSDE	1,039,743	677,627	1,462,363	1,462,363
Swiss Medical SA	644,122	349,535	652,857	652,857
Sancor Salud	90,176	689,164	507,983	507,983
Galeno Argentina SA	267,181	261,664	336,797	336,797
OMINT SA de Servicios	183,963	133,401	306,548	306,548
Medifé	107,237	82,093	219,323	219,323
ACA Salud	46,391	101,103	200,995	200,995
Jerárquicos Salud	—	27,127	193,252	193,252
Medicus	108,502	60,506	183,813	183,813
Prevención Salud	29,604	67,668	666,832	666,832
Resto EMP A	21,717	396,279	1,151,635	1,151,635
Resto EMP B	116,537	573,800	604,859	604,859

Totales

■ **Total General (Sumatoria):** 4,205,781

■ **Total General (Por Tipo de Afiliación):** 7,625,748

Esta tabla proporciona una visión clara de cómo se distribuyen los afiliados entre las diferentes entidades y tipos de afiliación en el subsistema privado de salud. Los totales generales se suman para dar una idea de la cobertura total del sistema.

Programa Médico Obligatorio (PMO)

El **Programa Médico Obligatorio (PMO)** es un conjunto de prestaciones de salud que todas las obras sociales y entidades de medicina prepaga deben cubrir como mínimo en sus planes. Aquí están los detalles clave:

PMO (Programa Médico Obligatorio)

- **Creación:** Se creó en 1995 con el objetivo de garantizar un nivel básico de equidad e igualdad en la cobertura de salud para todos los beneficiarios del sistema de obras sociales y prepagas en Argentina.
- **Modificaciones:** A lo largo de los años, el PMO ha sido modificado y ampliado por diversas normas para ajustar y mejorar el alcance y contenido de las prestaciones cubiertas.
- **Objetivo:** Busca asegurar que todos los afiliados reciban una canasta básica de prestaciones esenciales, garantizando una cobertura mínima y uniforme.

PMOE (Programa Médico Obligatorio de Emergencia)

- **Contexto:** En 2002, durante una crisis sanitaria en el país, se declaró la Emergencia Sanitaria.
- **Creación del PMOE:** En respuesta a la emergencia, se creó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE). Este programa se diseñó para enfrentar las necesidades urgentes y asegurar la provisión de servicios médicos esenciales durante la crisis.

El PMO y el PMOE forman parte de los esfuerzos para garantizar que los ciudadanos tengan acceso a una cobertura médica básica, independientemente de su situación financiera o de afiliación, especialmente en situaciones de emergencia sanitaria.

Fondo Solidario de Redistribución (FSR)

Fondo Solidario de Redistribución (FSR) de la Superintendencia de Servicios de Salud para junio de 2024:

Ingresos

1. **Aportes y Contribuciones:** \$97,817,468,290
2. **Otros Ingresos (Multas, Aportes, TN):** \$1,200,000,000
3. **Total Ingresos:** \$99,017,468,290

Egresos

1. **Integración:**
 - **Total:** \$67,756,921,174.21
2. **Subsidios (Distribución Automática):**
 - **SSS (Superintendencia de Servicios de Salud):** \$3,222,378,329
 - **Sur / INCUCAI / Otros:** \$3,425,080,992
 - **Total Egresos:** \$108,192,730,812.14

Resultado

- **Resultado:** -\$9,175,262,522.14

Porcentajes

Subsidios Distribución Automática:

- **SSS:** 34.12%
- **Sur / INCUCAI / Otros:** 68.43%
- **Variación de Egresos:**
- **Sur / INCUCAI / Otros:** 109.27%
- **Resultado Final:** -9.27%

Interpretación

- **Ingresos:** El total de ingresos es significativamente mayor que los ingresos por aportes y contribuciones, indicando una fuente adicional de ingresos (multas y otros).
 - **Egresos:** Los egresos totales superan los ingresos, lo que resulta en un déficit de -\$9,175,262,522.14.
 - **Distribución de Subsidios:** La mayoría de los subsidios se destinan a la distribución automática, con un enfoque considerable en los gastos relacionados con Sur / INCUCAI / Otros.
- El resultado negativo sugiere un déficit en el Fondo Solidario de Redistribución para el período indicado.

El **Fondo Solidario de Redistribución (FSR)** de la Superintendencia de Servicios de Salud en Argentina tiene varias funciones clave y una estructura de financiamiento específica. Aquí está el desglose:

Funciones del FSR

1. **Cobertura de Prestaciones Médicas:**
 - **Baja Incidencia, Alto Impacto Económico:** Subsidia prestaciones médicas que, aunque son de baja incidencia, tienen un alto impacto económico, así como tratamientos prolongados que pueden generar costos significativos para los beneficiarios.
2. **Subsidios a Beneficiarios de Menores Ingresos:**
 - **Objetivo:** Ayudar a cubrir las prestaciones médicas para beneficiarios con menores ingresos, garantizando que estos individuos tengan acceso a los servicios necesarios a pesar de sus limitaciones financieras.
3. **Desequilibrios Financieros de los Agentes:**
 - **Mora en el Pago:** Atiende los desequilibrios financieros de los agentes de salud que enfrentan problemas debido a la mora en el pago de aportes y contribuciones por parte de los beneficiarios.
4. **Gastos Operativos:**
 - **Superintendencia de Servicios de Salud:** Cubre los gastos operativos asociados con la administración y operación de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Financiamiento del FSR

1. **Proporción de Aportes:**
 - **Trabajadores y Empleadores:** El FSR recibe un 15% de los aportes realizados por trabajadores y empleadores.
 - **Monotributistas:** También recibe un 10% de los aportes de los monotributistas.
- Este esquema de financiamiento y las funciones del FSR están diseñados para asegurar que haya un equilibrio en la cobertura de salud, ayudando a los beneficiarios con menores ingresos y manejando las finanzas de los agentes de salud. El FSR juega un papel crucial en la redistribución de recursos para abordar disparidades y asegurar el acceso a la atención médica.

LA PUBLICACIÓN
DE LA REVISTA DE IIDOS,
ES POSIBLE GRACIAS
AL APOYO DE:



Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM

OSDEPYM RECIBE DISTINCIÓN EN CENA ANUAL DE CONSENSO SALUD

En un evento que congregó a más de 1000 referentes de la industria de la salud, OSDEPYM fue galardonada por su destacado compromiso en el cuidado de la salud dentro del ámbito de la seguridad social. La distinción fue entregada por el ministro de salud de la Ciudad de Buenos Aires, Dr. Fernán Quirós, y el Presidente de Consenso Salud, Cristian Mazza, durante la prestigiosa Cena Anual de Consenso Salud. Este reconocimiento reafirma la dedicación de OSDEPYM en ofrecer servicios de salud de calidad y su constante esfuerzo por mejorar la atención para sus afiliados.

OSDEPYM, SPONSOR EN TRES IMPORTANTES CARRERAS DEL AÑO

OSDEPYM se enorgullece en anunciar su participación como patrocinador en tres de las carreras más destacadas del calendario anual:

- **Halloween Run** (Vicente López) : El 26 de octubre, una carrera temática que promete una noche llena de diversión y desafíos, con actores y escenografías que transformarán la competencia en una experiencia única.
- **Nocturna Buenos Aires** (Puerto Madero) : El 30 de noviembre, una carrera competitiva de 8 kilómetros que iluminará la noche con luces, música y una atmósfera exquisita en las calles de Puerto Madero.
- **San Silvestre Buenos Aires** (Paseo de la Reforma) El 31 de diciembre, la clásica San Silvestre celebra su 14va edición, despidiendo el año con una carrera que ya es tradición entre los porteños.

OSDEPYM estará presente en estos eventos reafirmando su compromiso con el deporte y la promoción de hábitos saludables en la comunidad.

ENCUENTROS GASTRONÓMICOS ENTRE COLEGAS: VINO Y PASTAS EN “COCINA ESCONDIDA”

OSDEPYM organizará dos exclusivos encuentros para colegas de prepagos y empresas, donde los asistentes podrán disfrutar de un maridaje único de vinos y pastas. Estos eventos se llevarán a cabo en “Cocina Escondida”, un espacio gourmet en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que promete una experiencia culinaria inolvidable. Además de compartir un menú exquisito, los comensales tendrán la oportunidad de fortalecer lazos profesionales en un ambiente distendido y acogedor.

IIDOS Y LA ESEADE FIRMARON UN CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN

El Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM (IIDOS) y la Universidad ESEADE firmaron un importante convenio marco de cooperación, con el objetivo de promover actividades conjuntas en materia de investigación, docencia y extensión universitaria e institucional. Participaron de la firma Franco Caviglia, Presidente de IIDOS, y Adrián Pin, Vicerrector de ESEADE.

Este acuerdo representa un paso significativo hacia la colaboración en programas de formación conjunta, que incluirán cursos, seminarios, diplomaturas y conferencias en el campo de la salud.

Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM

JORNADA IIDOS - OSDEPYM: DESAFÍOS DEL PRESENTE

El 3 de octubre de 2024 se celebrará la Jornada IIDOS - OSDEPYM “Desafíos del Presente”, en la sede central de la Confederación Argentina de la Mediana Empresa organizada por el Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM junto con Consenso Salud, CAME, la Asociación Argentina de Justicia Constitucional, y con el aval académico de la Universidad de San Isidro.

El evento abordará los siguientes temas con la presencia de relevantes expositores:

- Situación del sistema de salud y su marco macroeconómico.
- Necesidad de un nuevo Programa Médico Obligatorio.
- Prescripciones de alto precio y creación de la Agencia de Evaluación de Nuevas Tecnologías.
- Reconocimiento a la trayectoria en salud al Dr. Alberto Mazza
- Conclusiones finales y cierre de la Diplomatura IIDOS con entrega de Diplomas.

Además, la jornada incluirá un espacio de networking y almuerzo, seguido de momentos de discusión y el cierre con un resumen de los temas tratados y próximos pasos a seguir en IIDOS - OSDEPYM

FRANCO CAVIGLIA: NUEVO MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA NARRATIVA

Nos complace anunciar que el Dr. Franco Caviglia, presidente del IIDOS, ha sido convocado para unirse a la Sociedad Argentina de Medicina Narrativa. La aceptación de su solicitud de membresía es un reconocimiento a su trayectoria y compromiso con el desarrollo de la medicina narrativa en el país. Como nuevo miembro, el Dr. Caviglia, tendrá la oportunidad de participar en actividades académicas, eventos y talleres que fomentan la integración de la narrativa en la práctica médica, contribuyendo con su perspectiva y experiencia a este campo en crecimiento. Desde el IIDOS, celebramos este importante logro y esperamos con entusiasmo las nuevas oportunidades de colaboración y aprendizaje que este reconocimiento traerá.

EXITOSA APERTURA DE LA DIPLOMATURA EN SISTEMAS DE DECISIÓN Y GESTIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

La Diplomatura de IIDOS, ha tenido un inicio destacado con la participación de importantes figuras del ámbito sanitario y judicial. La clase inaugural estuvo a cargo de **Luis Scervino**, quien ofreció una detallada explicación de la estructura del sistema de salud argentino.

Durante el primer módulo, **Oscar Cochlar** y **Facundo Rodríguez** analizaron los cambios significativos introducidos en el sistema de salud mediante los decretos de necesidad y urgencia 70, 71 y 72, expedidos por el ejecutivo nacional. Este módulo también contó con la intervención de **Nicolás Striglio**, quien abordó temas de economía de la salud, y con las autoridades de FACOEP, **Enrique Botti** y **Natalia Garoso**, quienes discutieron sobre los hospitales públicos y su facturación al sistema de obras sociales. Además, **Yanina Zanarini** ofreció una clase dedicada a la discapacidad.

La diplomatura continuó con un módulo impartido por **Carlos Regazzoni**, quien ofreció cuatro clases centradas en la gestión y toma de decisiones en el ámbito de la salud, brindando a los alumnos herramientas clave para su formación.

Actualmente, la propuesta formativa se encuentra en el módulo a cargo de distintos jueces, inaugurado por el juez argentino en lo civil y comercial federal **Patricio Maraniello**, quien explicó a los alumnos los procesos de toma de decisiones en la justicia frente a los diversos conflictos que surgen en materia de salud. La participación de estas destacadas figuras garantiza una formación de calidad, orientada a comprender y mejorar la gestión del campo de la salud.



Tu salud en las mejores manos

Nuestro **Centro Médico Vicente López** te ofrece una amplia gama de servicios médicos, respaldados por tecnología de punta y un equipo de profesionales altamente capacitados, comprometidos con tu bienestar.

→ NOS ESPECIALIZAMOS EN BRINDARTE LA MEJOR ATENCIÓN EN:

- ▶ Clínica Médica
- ▶ Reumatología
- ▶ Traumatología
- ▶ Pediatría
- ▶ Dermatología
- ▶ Nutrición
- ▶ Urología
- ▶ Cardiología
- ▶ Endocrinología
- ▶ Otorrinolaringología
- ▶ Ginecología
- ▶ Flebología

📍 Av. Maipú 1960, Vicente López. Lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 hs.

CENTRAL DE TURNOS:

- ☎ 0810-122-9876
- ✉ turnoscentrosmed@osdepym.com.ar
- 🌐 centrosmedicososdepym.com.ar

 **Centros
Médicos**
OSDEPYM

Superintendencia de Servicios de Salud 0800-222-72583
www.sssalud.gob.ar RNOS 4-0170-4 / RNEMP 614869