Revista
IIDOS
Publicación de la Fundación de Estudios para la Salud
Año 3 - Número 18 - Octubre 2026

OSDEPYM TE ESTAMOS CUIDANDO
FESAL FUNDACIÓN DE ESTUDIOS PARA LA SALUD
IIDOS INST. INVEST. DE OBRAS SOCIALES OSDEPYM



EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL MÉDICO HOY: DESAFÍOS ÉTICOS Y TECNOLÓGICOS

La IA, la edición génica y la computación cuántica aceleran el descubrimiento, pero el desafío ya no es innovar sino validar, regular y escalar. Mientras tanto, el médico sostiene el juicio clínico y el vínculo con el paciente, y obras sociales y sistemas de salud enfrentan dilemas éticos y de acceso.

Escriben: Alex R. Gutiérrez, María Isabel Íñigo Petralanda, Valeria Garay, Sebastián Cabrera

clave sanitaria
UN PODCAST DE SALUD Y GESTIÓN

Revista IIDOS presenta un nuevo formato para seguir pensando la Salud

Comienza el ciclo de podcast **Clave Sanitaria** con el acompañamiento de IIDOS y FESAL.
Un espacio para seguir reflexionando sobre los desafíos del sistema de salud.



Una trayectoria que nos respalda.

Un presente que nos impulsa.

Más de 750.000 afiliados

23 sucursales en todo el país

Más de 6.000 prestadores

55 años de trayectoria

Centros Médicos propios

Gracias por elegirnos.

OSDEPYM

TE ESTAMOS CUIDANDO

EN ESTA EDICIÓN

Escaneá el QR y dejanos tu opinión sobre la revista

A NUESTROS LECTORES
La fuerza de trabajo en salud: pensar el capital humano desde sus tensiones estructurales 5

INFORME ACADÉMICO | FESAL
IA, bioingeniería y computación cuántica: lo que el informe McKinsey 2026 dice sobre el futuro de la salud. 6

OPINIÓN INTERNACIONAL
Una luz de esperanza frente al cáncer
Alex R. Gutiérrez 14

OPINIÓN
La ética profesional en medicina: de la conciencia individual a la responsabilidad institucional
María Isabel Íñigo Petralanda 16

CLAVE SANITARIA
Un nuevo formato para seguir pensando la salud 19

EL CAMPO DE LA SALUD
Emigración, retiro e inactividad: por qué Argentina tiene menos médicos activos de los que figuran en el registro 20

BIENESTAR
Programa Luzca Bien, Siéntase Mejor: acompañar el tratamiento oncológico desde el cuidado de la propia imagen
Valeria Garay 26

OPINIÓN
Escuchar, el primer paso para resolver un conflicto de salud
Sebastián Cabrera. 29

NOVEDADES Y ACTIVIDADES
Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM 32

Año 3 - Número 18 - Octubre 2026

Revista **IIDOS**

Publicación de la Fundación de Estudios para la Salud

Director de la Revista: Dr. Daniel Roggero
Producción Editorial y Diseño: Poiesis Global/Daniel Boccardo

FESAL
FUNDACIÓN DE ESTUDIOS PARA LA SALUD

Las opiniones vertidas en esta publicación son responsabilidad absoluta del/los autor/es o el/los entrevistado/s y no necesariamente reflejan las ideas de la Fundación de Estudios para la Salud (FESAL). Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta revista sin la autorización por escrito de FESAL.

La Revista de la Fundación de Estudios para la Salud
es posible gracias al apoyo de:

INCLUIR
Equipo Interdisciplinario

Maffei
CENTRO MÉDICO &
INVESTIGACIÓN CLÍNICA APLICADA

apto

DROGUERIA
ASARFARMA
INSUMOS • EQUIPAMIENTO • MEDICAMENTOS

AudifarmSalud
Auditoría • Droguería • Farmacia

AudiRed

Centros
Médicos
OSDEPYM

COBER | MEDICINA PRIVADA

Grupo MEDIHOME
Líder en Medicina Integral Domiciliaria

GESTIÓN Y NEXO
ODONTOLÓGICO

Luley
Pharma

REDAT

REDFARM
DROGUERÍA

DROGUERIA
ROSFAR
Respuestas confiables para la vida.

La fuerza de trabajo en salud: pensar el capital humano desde sus tensiones estructurales

El sistema de salud argentino enfrenta una paradoja: mientras el registro de profesionales sigue creciendo, la disponibilidad efectiva de atención se contrae. La emigración, el retiro anticipado y la inactividad producen una distancia creciente entre el padrón oficial y la masa profesional realmente disponible. Ese desfase no es un dato menor, dado que afecta la planificación, la cobertura y la equidad del sistema. Este número de la Revista IIDOS examina esa tensión desde múltiples perspectivas, con la convicción de que comprender el capital humano en salud —sus condiciones, sus límites y sus posibilidades— es condición necesaria para cualquier política sanitaria sostenible.

La nota central analiza por qué Argentina tiene menos médicos activos de los que figuran en el registro. El trabajo muestra cómo la emigración, el retiro y la inactividad producen una distorsión sistemática en los diagnósticos de disponibilidad, con consecuencias directas sobre la planificación de recursos humanos en salud.

La dimensión ética ocupa un lugar central en esta edición. María Isabel Íñigo Petralanda propone una lectura que trasciende la conciencia individual para ubicar la responsabilidad profesional en el plano institucional: a medida que la inteligencia artificial interviene en las decisiones clínicas, la ética médica ya no puede resolverse solo en el fuero interno del profesional, sino que exige estructuras organizacionales que la sostengan.

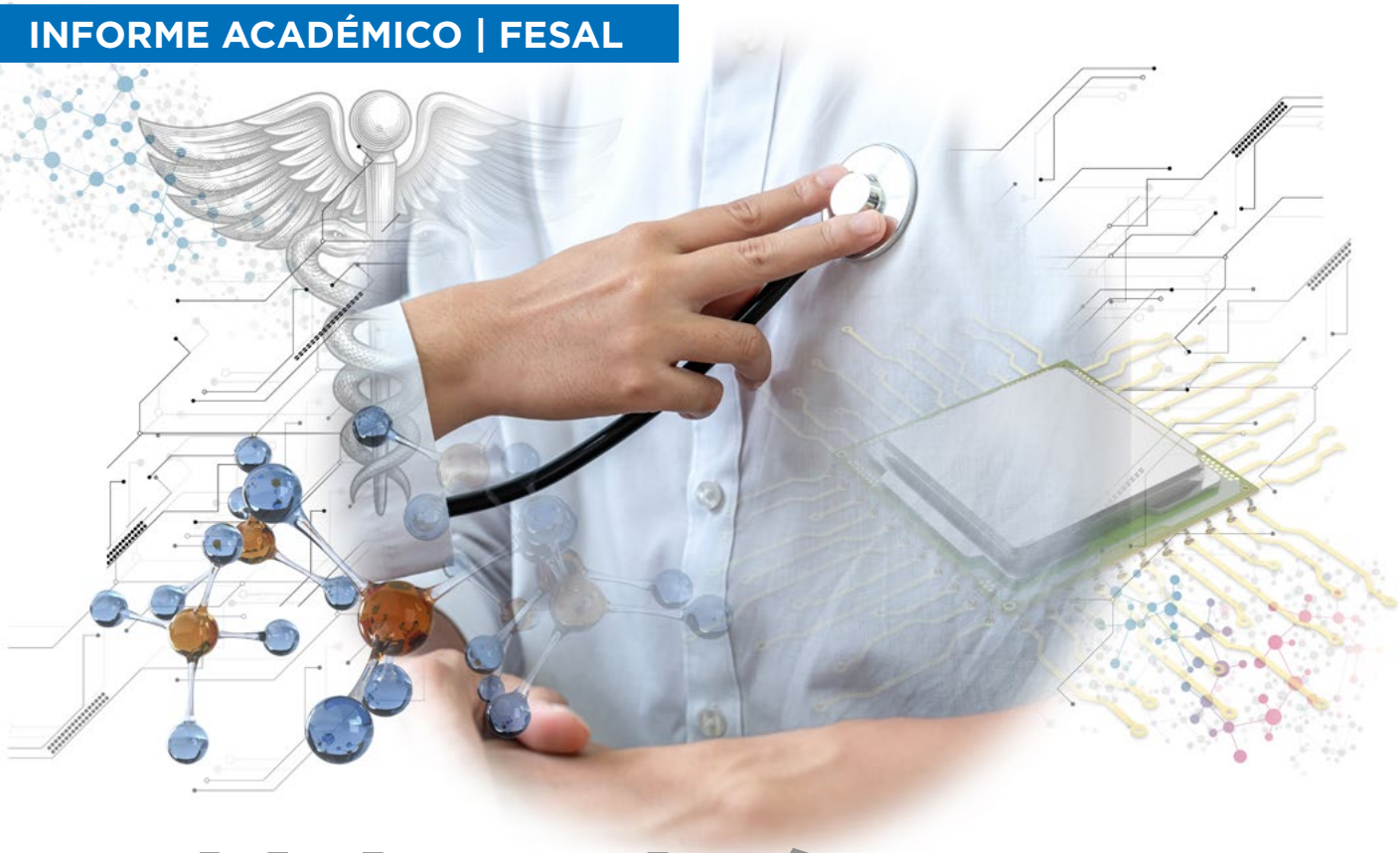
La perspectiva jurídica aporta otro plano. Sebastián Cabrera reconstruye la experiencia de una abogada especializada en salud para explorar cómo PROMESA —el procedimiento prejudicial en materia de salud— puede contribuir a descomprimir la judicialización de los conflictos de cobertura, sin pretender resolver los problemas estructurales que los generan.

La mirada internacional integra esta edición desde dos ángulos. El informe académico de FESAL analiza las implicancias del *Technology Trends Outlook 2026* de McKinsey & Company para el sector salud: inteligencia artificial, bioingeniería y computación cuántica ya no son promesas futuras, sino realidades que exigen ser validadas, reguladas y escaladas. Alex R. Gutiérrez, desde Guatemala, examina el caso del Instituto Nacional de Cancerología y la construcción del primer hospital especializado contra el cáncer financiado con cooperación internacional, como ejemplo de lo que la articulación público-privada-diplomática puede producir cuando existe voluntad política sostenida.

El número se completa con una nota sobre el Programa Luzca Bien, Siéntase Mejor. Valeria Garay describe esta iniciativa de CAPA que, desde hace años, acompaña a mujeres en tratamiento oncológico a través del cuidado de la propia imagen.

Los trabajos reunidos en esta edición convergen en una pregunta que excede lo técnico: ¿qué condiciones (laborales, éticas, institucionales, tecnológicas) permiten que el campo de salud despliegue efectivamente su potencial humano? Responderla exige integrar planificación, ética aplicada, innovación y diseño institucional.

Con esa convicción, la Revista IIDOS reafirma su compromiso de promover un espacio de análisis que contribuya a comprender la complejidad del sistema y a impulsar decisiones fundadas en evidencia para construir una salud más equitativa, eficiente y sostenible.



IA, bioingeniería y computación cuántica: lo que el informe McKinsey 2026 dice sobre el futuro de la salud

La Revista IIDOS acerca a sus lectores un análisis del Technology Trends Outlook 2026 de McKinsey & Company, un documento que identifica catorce tendencias tecnológicas con impacto directo o indirecto sobre los sistemas de salud globales. La IA ya propone miles de candidatos a fármacos en el tiempo que antes tomaba generar un puñado; la edición génica ofrece tratamientos curativos para enfermedades antes intratables; y la inversión en ciencias de la vida superó los u$s 12.500 millones en la primera mitad de 2026. Pero McKinsey advierte que la verdadera prueba ya no es innovar, sino validar, manufacturar, regular y escalar. El cuello de botella se desplazó del laboratorio a la cadena de implementación y ese es el desafío que el sector salud tiene por delante.

El presente informe analiza las implicancias para la salud de las tendencias tecnológicas identificadas en el *Technology Trends Outlook 2026* de McKinsey & Company (Chui, Roberts y Catlin, 2026). El documento base examina catorce tendencias tecnológicas agrupadas en tres categorías: revolución de la inteligencia artificial (IA), fronteras de cómputo y conectividad, e ingeniería de vanguardia. Dos de estas tendencias —IA para el descubrimiento científico e ingeniería, y futuro de las ciencias de la vida y la bioingeniería— tienen relación directa con el sector salud, mientras que otras, como robótica, realidad inmersiva, ciberseguridad y tecnologías cuánticas, presentan aplicaciones sanitarias relevantes.

El análisis revela que la IA está acelerando el descubrimiento de fármacos, el diseño de proteínas, la edición génica y los diagnósticos de precisión, pero los cuellos de botella se desplazan hacia la validación experimental, los ensayos clínicos, la biomanufactura y la aprobación regulatoria. La inversión en IA para el descubrimiento científico alcanzó aproximadamente 8.000 millones de dólares en 2025 y 12.500 millones en la primera mitad de 2026 (Chui et al., 2026). Se estima que la computación cuántica podría crear hasta 2,7 billones de dólares en valor económico mundial para 2035, con aplicaciones en simulación molecular y descubrimiento de fármacos.

El informe concluye que la verdadera prueba para el sector salud no reside únicamente en la capacidad de generar innovaciones, sino en la ejecución: validar, manufacturar, regular y escalar terapias y diagnósticos que beneficien a las poblaciones.

Palabras clave: inteligencia artificial, salud, bioingeniería, descubrimiento de fármacos, edición génica, diagnósticos de precisión, biomanufactura.

Introducción

La convergencia entre tecnología y salud ha dejado de ser una promesa futura para convertirse en una realidad operativa. El *Technology Trends Outlook 2026* de McKinsey & Company sostiene que "la historia tecnológica de 2026 se ha movido fuera de la pantalla y hacia el mundo físico" (Chui et al., 2026, p. 1). Esta afirmación adquiere particular relevancia en el ámbito sanitario, donde la IA, la robótica, la biotecnología y las tecnologías cuánticas están transformando radicalmente la forma en que se descubre, desarrolla, produce y administra la atención médica.

El objetivo de este informe es analizar, con rigor académico, las implicancias de las tendencias tecnológicas identificadas por McKinsey & Company (2026) para el sector salud. Se examinan específicamente dos tendencias directamente relacionadas con la salud —IA para el descubrimiento científico e ingeniería, y futuro de las ciencias de la vida y la bioingeniería—, así como las aplicaciones sanitarias de otras tendencias transversales como robótica, realidad inmersiva, ciberseguridad y computación cuántica.

La metodología empleada consiste en el análisis documental del informe base, complementado con la sistematización de hallazgos conceptuales y numéricos, y la identificación de implicancias prácticas para los sistemas de salud, los profesionales sanitarios, los investigadores y los formuladores de políticas.

La salud en la era de la IA

La IA como acelerador transversal

El informe de McKinsey & Company (2026) establece que cuatro de las catorce tendencias son específicamente de IA, pero la IA también sustenta y amplifica las otras diez. En el ámbito de la salud, esta transversalidad se manifiesta en múltiples dimensiones.

En primer lugar, la IA está revolucionando el descubrimiento de fármacos. El informe señala que "en biopharma, la IA puede ahora proponer miles de candidatos a fármacos en el tiempo que antes tomaba generar un puñado" (Chui et al., 2026, p. 6). Sin embargo, advierte que "no puede comprimir los años de validación en laboratorio húmedo, ensayos clínicos y revisión regulatoria que siguen" (p. 6).

En segundo lugar, la IA está transformando la práctica clínica mediante diagnósticos de precisión, análisis de imágenes médicas y sistemas de apoyo a la decisión. El informe identifica que "los diagnósticos de precisión como biopsia líquida, diagnósticos complementarios in vitro y pruebas

de ADN tumoral circulante se están integrando cada vez más en las vías clínicas, especialmente en oncología" (p. 127).

En tercer lugar, la IA está habilitando nuevas modalidades terapéuticas. La bioingeniería, combinada con IA, está expandiendo "la gama de formatos terapéuticos disponibles para los desarrolladores de fármacos", incluyendo "anticuerpos biespecíficos y triespecíficos, conjugados de anticuerpo-fármaco y radiofármacos" (p. 126).

La convergencia entre lo digital y lo biológico

El informe subraya que "las líneas entre estos dominios se están difuminando, y gran parte de la innovación está ocurriendo en los espacios intermedios" (Chui et al., 2026, p. 1). Esta convergencia es particularmente evidente en salud, donde la IA, la biología sintética, la robótica y la nanotecnología convergen para crear nuevas capacidades terapéuticas y diagnósticas.

Un ejemplo paradigmático es el uso de modelos fundacionales biológicos multimodales que "están facilitando la generación de proteínas y candidatos terapéuticos y la exploración y explotación de vías biológicas" (p. 125). Estos modelos combinan datos genómicos, proteómicos, de imágenes médicas y de literatura científica para generar hipótesis terapéuticas que antes requerían años de investigación.

Tendencias tecnológicas con impacto directo en salud

IA PARA EL DESCUBRIMIENTO CIENTÍFICO E INGENIERÍA

Estado de la tendencia

El informe clasifica la IA para el descubrimiento científico e ingeniería como una tendencia emergente con una puntuación de adopción de 2 sobre 5, lo que corresponde a "experimentación" (Chui et al., 2026, p. 5). Esto significa que las organizaciones están probando la funcionalidad y viabilidad de la tecnología con prototipos a pequeña escala, típicamente sin un enfoque en el retorno de inversión a corto plazo.

La inversión en esta tendencia "está acelerándose rápidamente", pasando de "una base baja a casi 8.000 millones de dólares en 2025 y a 12.500 millones de dólares en la primera mitad de 2026" (p. 32). Este crecimiento refleja la confianza de los inversores en el potencial a largo plazo de la IA para transformar la investigación científica.

Aplicaciones en ciencias de la vida

El informe identifica múltiples aplicaciones de la IA en el descubrimiento científico relacionado con la salud. En el descubrimiento de fármacos, "llevar un nuevo fármaco terapéutico al mercado todavía suele tomar más de diez años y cuesta un promedio de 1.300 a 2.600 millones de dólares, mientras que las tasas de fracaso siguen siendo altas" (Chui et al., 2026, p. 30). Para abordar este desafío, las organizaciones están desplegando "modelos de IA y sistemas de orquestación tanto a nivel científico como operativo, apoyando actividades como diseño de experimentos, optimización molecular, predicción de toxicidad y generación y evaluación de candidatos" (p. 30).

En el diseño de proteínas, "avances recientes en modelos fundacionales de proteínas, incluyendo Boltz-2 y Evo 2, han demostrado cómo los modelos de IA a gran escala pueden apoyar la ingeniería de anticuerpos, la optimización de proteínas y la investigación farmacéutica" (p. 32). Estos modelos pueden predecir estructuras proteicas con alta precisión, acelerando el diseño de terapias basadas en proteínas.

En ciencia de materiales, "los modelos de IA están ayudando a los investigadores a buscar grandes grupos de materiales para productos potenciales —como baterías, semiconductores y catalizadores industriales—" (p. 31). Aunque no es directamente sanitario, esta aplicación tiene implicaciones para el desarrollo de biomateriales y dispositivos médicos.

El desafío de la validación experimental

El informe enfatiza que, a pesar de los avances de la IA, "la validación en laboratorio húmedo,

los ensayos clínicos y la revisión regulatoria" siguen siendo cuellos de botella críticos (Chui et al., 2026, p. 6). Erika Stanzl, socia de McKinsey en Zúrich, señala que "a medida que el descubrimiento se acelera, las restricciones permanecen en los datos de laboratorio húmedo que pueden apoyar plenamente esta validación, así como en las áreas de generación de evidencia clínica, manufactura en casos de modalidades complejas y aprobación regulatoria" (p. 124).

Esta observación es crucial: la IA puede generar miles de candidatos, pero el sistema de validación experimental no puede absorber ese volumen. Como resultado, "los próximos cuellos de botella son más físicos y operativos —por ejemplo, calidad de datos, rendimiento de ensayos, procesamiento aguas abajo, ensayos clínicos y calificación de clientes—" (p. 126).

Laboratorios autónomos y sistemas de descubrimiento en circuito cerrado

El informe identifica una tendencia hacia "sistemas de descubrimiento en circuito cerrado" que combinan IA con laboratorios automatizados, robótica y experimentos del mundo real (Chui et al., 2026, p. 34). Un ejemplo destacado es Ginkgo Bioworks, que "dio a GPT-5 acceso a un laboratorio en la nube en Boston con un objetivo de mejorar las condiciones de reacción de la expresión de proteínas libres de células. Después de seis ciclos de trabajo experimental diseñado por GPT-5, Ginkgo vio una reducción del 40 por ciento en los costos de síntesis de proteínas libres de células" (p. 35).

Este modelo de "laboratorio autónomo" representa un cambio paradigmático en la investigación científica: en lugar de que los científicos diseñen y ejecuten experimentos manualmente, los sistemas de IA generan hipótesis, los robots ejecutan experimentos y el software de orquestación retroalimenta los datos para informar iteraciones posteriores.

FUTURO DE LAS CIENCIAS DE LA VIDA Y LA BIOINGENIERÍA

Estado de la tendencia

El futuro de las ciencias de la vida y la bioingeniería tiene una puntuación de adopción de 4 sobre 5, lo que corresponde a "escalado en progreso" (Chui et al., 2026, p. 5). Esto indica que las organizaciones están escalando el despliegue y la adopción de la tecnología en toda la empresa. El informe destaca que "las ciencias de la vida y la bioingeniería han superado la fase de hype y están cambiando la vida de las personas. Un caso puntual: las terapias de edición génica ahora ofrecen tratamientos curativos para algunos pacientes con enfermedad de células falciformes" (p. 123).

Edición génica: de la prueba de concepto a la traducción terapéutica

El informe señala que "la edición génica se está moviendo de prueba de concepto al desarrollo de terapias para enfermedades específicas, pero el éxito regulatorio no se traduce automáticamente en adopción amplia" (Chui et al., 2026, p. 126). Se menciona un estudio temprano de un tratamiento de edición génica dirigido a reducir el colesterol LDL que "mostró resultados alentadores en adultos con una afección de colesterol hereditaria rara. Después de una infusión, los marcadores relacionados con el colesterol cayeron de manera dependiente de la dosis, y no se reportaron efectos secundarios graves" (p. 126). Sin embargo, el informe advierte que "la adopción más amplia dependerá de la durabilidad, la seguridad y la infraestructura de tratamiento" (p. 126). Un ejemplo paradigmático es Casgevy, la primera terapia basada en CRISPR aprobada: "en 2025, 147 pacientes tuvieron su primera recolección de células y 64 recibieron infusiones" (p. 126). Esta cifra, relativamente baja, ilustra cómo "la manufactura y el reembolso pueden ralentizar la adopción incluso después de la aprobación" (p. 126).

Modalidades farmacéuticas avanzadas

El informe identifica una expansión en "la gama de formatos terapéuticos disponibles para los desarrolladores de fármacos. Anticuerpos biespecíficos y triespecíficos, conjugados de anticuerpo-fármaco y radiofármacos están dando a las compañías formas más precisas de intervenir en la biología de la enfermedad, especialmente en oncología e inmunología" (Chui et al., 2026, p. 126).

Se mencionan hitos regulatorios específicos: "la aprobación de la FDA de Datroway de AstraZeneca y Daiichi Sankyo para una forma de cáncer

de mama metastásico y la aprobación acelerada de Lynozyfic de Regeneron para mieloma múltiple altamente pretratado" (p. 126). Además, "Johnson & Johnson reportando datos de Fase I para un anticuerpo triespecífico en mieloma múltiple" (p. 126).

Diagnósticos de precisión

El informe señala que "las nuevas formas de diagnósticos de precisión como biopsia líquida, diagnósticos complementarios in vitro y pruebas de ADN tumoral circulante se están integrando cada vez más en las vías clínicas, especialmente en oncología" (Chui et al., 2026, p. 127). La expansión del NHS England de las pruebas de ADN tumoral circulante es citada como "una prueba temprana de que las mayores ganancias provienen del diagnóstico molecular rápido, la selección de tratamiento más dirigida y menos procedimientos invasivos repetidos" (p. 127).

Sin embargo, el informe advierte que "la evidencia para el uso actual de biopsia líquida sigue siendo mixta entre indicaciones" (p. 127). La pregunta clave, señala, "ya no es si se pueden desarrollar nuevos tipos de pruebas de diagnóstico de precisión, sino si pueden reembolsarse, interpretarse y vincularse a decisiones clínicas" (p. 127).

Biomanufactura como punto de control estratégico

El informe identifica que "la capacidad de producir productos biológicos de manera confiable y económica se está convirtiendo en una restricción clave para el crecimiento" (Chui et al., 2026, p. 127). Las compañías biofarmacéuticas "enfrentan cuellos de botella en el escalado de sistemas de cultivo celular, la obtención de evidencia de calidad y regulatoria, y el equipamiento de centros de tratamiento con conocimiento del producto" (p. 127). Como respuesta, el informe señala que "estas barreras están empujando a la industria de ciencias de la vida hacia plantas piloto e infraestructura compartida antes de grandes despliegues de capital" (p. 127). Un ejemplo es BioMADE, "un instituto de biomanufactura respaldado por el Departamento de Defensa de EE. UU., que anunció un acuerdo para adquirir y transformar la instalación de biomanufactura a escala piloto de Lygos en un sitio multiusuario disponible a nivel nacional" (p. 127).

Tendencias tecnológicas con aplicaciones sanitarias indirectas

Robótica en entornos sanitarios

El informe señala que "los robots de propósito general están entrando en almacenes, fábricas, hospitales, aeropuertos, granjas, laboratorios y centros de logística" (Chui et al., 2026, p. 95). En el ámbito hospitalario, los robots ya apoyan tareas como "mover suministros y medicamentos" (p. 96).

El informe clasifica los entornos profesionales como los hospitales en "un terreno intermedio: son más estructurados que los hogares o los espacios públicos pero menos controlados que los almacenes" (p. 96). Esto sugiere que la adopción de robots en salud avanzará más lentamente que en manufactura y logística, pero más rápidamente que en entornos domésticos.

Realidad inmersiva en salud

El informe identifica que "la manufactura, la atención médica, la capacitación, el diseño, el servicio de campo y las operaciones aeroportuarias continúan siendo las áreas más relevantes" para la realidad inmersiva (Chui et al., 2026, p. 77). Un ejemplo destacado es Medivis's cranial navigation platform, "que ha recibido aprobación de la FDA, demuestra un caso de uso de atención médica en el que la realidad aumentada mapea imágenes de pacientes en el campo operativo, proporcionando a los cirujanos orientación en tiempo real" (p. 80).

Además, "Aena ha pilotado un sistema de capacitación inmersiva usando cascos de realidad virtual y guantes hápticos para bomberos aeroportuarios, personal de mantenimiento y marshallers, ilustrando el potencial valor de la tecnología inmersiva en capacitación crítica para la seguridad" (p. 80).

Ciberseguridad en sistemas de salud

El informe advierte que "más de tres cuartas partes de todas las vulnerabilidades de ciberseguridad se clasifican actualmente como 'zero day', lo que significa que para cuando se divulgan públicamente, ya se ha desarrollado un exploit" (Chui et al., 2026, p. 7). Esta realidad tiene implicaciones directas para los sistemas de salud, que manejan datos sensibles de pacientes y dependen de infraestructura crítica.

El informe señala que “las organizaciones de atención médica, junto con las instituciones financieras, los operadores de infraestructura crítica y las empresas que poseen datos sensibles de larga duración” están particularmente expuestas a la amenaza de “harvest now, decrypt later” (p. 62). En respuesta, se está acelerando la adopción de criptografía postcuántica y arquitecturas de confianza cero.

Computación cuántica y salud

El informe identifica que la computación cuántica “puede eventualmente resolver problemas complejos que las computadoras clásicas han tenido dificultades para abordar debido a los límites de cómputo. Algunos de estos problemas incluyen simulación molecular, ciencia de materiales y cargas de trabajo relacionadas con criptografía” (Chui et al., 2026, p. 87).

Un ejemplo relevante para la salud es que “Amazon Web Services, AstraZeneca, IonQ y NVIDIA desarrollaron un flujo de trabajo híbrido cuántico-clásico para una reacción química utilizada en la síntesis de fármacos de moléculas pequeñas” (p. 87). Aunque todavía experimental, este tipo de aplicación podría acelerar el descubrimiento de fármacos en el futuro.

Hallazgos numéricos relevantes para salud

La inversión en IA para el descubrimiento científico e ingeniería pasó de una base baja a casi 8.000 millones de dólares en 2025 y a 12.500 millones de dólares en la primera mitad de 2026 (Chui et al., 2026, p. 32). Isomorphic Labs recaudó 2.100 millones de dólares en financiamiento Serie B; Earendil Labs recaudó 787 millones de dólares; Fathom Therapeutics recaudó 47 millones de dólares en Serie A (p. 31). Periodic Labs recaudó 300 millones de dólares en financiamiento semilla en 2025, una de las mayores inversiones en etapa temprana en IA científica (p. 33).

El futuro de las ciencias de la vida y la bioingeniería está en camino de recibir 1,3 veces más inversión en 2026 en comparación con 2025 (Chui et al., 2026, p. 8). La inversión en tecnologías de energía y sostenibilidad alcanzó más de 194.200 millones de dólares en 2025, la más alta de cualquier tendencia ese año (p. 134).

Llevar un nuevo fármaco terapéutico al mercado “todavía suele tomar más de diez años y cuesta un promedio de 1.300 a 2.600 millones de dólares, mientras que las tasas de fracaso siguen siendo altas” (Chui et al., 2026, p. 30). Casgevy, la primera terapia basada en CRISPR aprobada, tuvo “147 pacientes [que] tuvieron su primera recolección de células y 64 recibieron infusiones” en 2025 (p. 126).

La adopción de IA para el descubrimiento científico e ingeniería tiene una puntuación de 2 sobre 5 (“experimentación”) (Chui et al., 2026, p. 5). La adopción del futuro de las ciencias de la vida y la bioingeniería tiene una puntuación de 4 sobre 5 (“escalado en progreso”) (p. 5). La adopción de robótica tiene una puntuación de 2 sobre 5 (“experimentación”) (p. 5). La adopción de realidad inmersiva tiene una puntuación de 2 sobre 5 (“experimentación”) (p. 5). La adopción de ciberseguridad y sistemas confiables tiene una puntuación de 4 sobre 5 (“escalado en progreso”) (p. 5).

Desafíos y barreras para la adopción en salud

Cuellos de botella en validación y manufactura

El informe identifica que “la IA está expandiendo el número de candidatos biológicos prometedores rápidamente, y nuevas herramientas y flujos de trabajo están
ayudando a apoyar una validación más rápida. Sin embargo, a medida que el descubrimiento se acelera, las restricciones permanecen en los datos de laboratorio húmedo que pueden apoyar plenamente esta validación —así como en las áreas de generación de evidencia clínica, manufactura en casos de modalidades complejas y aprobación regulatoria—” (Chui et al., 2026, p. 124).

Brecha de confianza en herramientas de IA

El informe señala que “el 46 por ciento de los desarrolladores en todo el mundo desconfían activamente de la precisión de las herramien-

tas de IA, en comparación con el 33 por ciento que confía en ellas, y solo el 3 por ciento confía mucho en sus resultados" (Chui et al., 2026, p. 12). Aunque esta estadística se refiere a desarrolladores de software, la brecha de confianza es igualmente relevante en el ámbito sanitario, donde la seguridad del paciente es primordial.

Escasez de talento especializado

El informe identifica que "la experiencia en ensayos clínicos es, con mucho, la habilidad más demandada" en ciencias de la vida, pero "la oferta está aproximadamente en línea con la demanda" (Chui et al., 2026, p. 129). Sin embargo, "la única área donde la oferta se queda modestamente corta es la analítica" (p. 129). En robótica, "el talento es más escaso en optimización, una habilidad clave donde la demanda supera claramente la oferta" (p. 101).

Desafíos regulatorios y de reembolso

El informe señala que "la pregunta ya no es si se pueden desarrollar nuevos tipos de pruebas de diagnóstico de precisión, sino si pueden reembolsarse, interpretarse y vincularse a decisiones clínicas" (Chui et al., 2026, p. 127). Asimismo, "las terapias avanzadas y las modalidades farmacéuticas aún enfrentan cuellos de botella de manufactura, reembolso y sitios de tratamiento" (p. 131).

Brecha entre promesa y ejecución

El informe concluye que "la próxima ola de adopción de robótica estará determinada menos por demostraciones impresionantes que por resultados comerciales medibles" (Chui et al., 2026, p. 102). Esta observación es extensible a todas las tecnologías sanitarias: la verdadera prueba no es la capacidad técnica, sino la capacidad de generar valor tangible para pacientes y sistemas de salud.

Implicaciones prácticas

Para sistemas de salud y formuladores de políticas

Para los sistemas de salud y formuladores de políticas, es fundamental invertir en infraestructura de validación, dado que la IA acelera el descubrimiento pero no la validación. Asimismo, deben preparar la ciberseguridad, ya que la compresión de la ventana de vulnerabilidad exige que los sistemas de salud adopten arquitecturas de confianza cero, computación confidencial y criptografía postcuántica. También deben garantizar equidad en el acceso, pues a medida que las tecnologías avanzadas se despliegan, existe el riesgo de que los beneficios se concentren en regiones y poblaciones con recursos; los formuladores de políticas deben garantizar que los avances beneficien a todas las poblaciones. Finalmente, deben actualizar marcos regulatorios para gobernar la IA generativa, la edición génica y los diagnósticos de precisión, equilibrando la innovación con la seguridad del paciente.

Para profesionales de la salud

Para los profesionales de la salud, es esencial capacitarse en herramientas de IA. La diferencia entre el 80 por ciento de los ingenieros que ven una aceleración del 3 por ciento y el 20 por ciento superior que ve un 55 por ciento radica en la capacitación y la adopción de mejores prácticas (Chui et al., 2026, p. 12). También deben mantener el juicio clínico, pues la IA es una herramienta, no un reemplazo; el juicio clínico, la empatía y la relación médico-paciente siguen siendo fundamentales. Además, deben participar en la gobernanza de IA, involucrándose activamente en el desarrollo de marcos éticos y de gobernanza para la IA en salud.

Para investigadores y académicos

Para los investigadores y académicos, es crucial invertir en datos de alta calidad, ya que "los datos científicos son un activo estratégico en el descubrimiento habilitado
por IA" (Chui et al., 2026, p. 35). La calidad y accesibilidad de los datos son fundamentales. También deben colaborar interdisciplinariamente, pues la innovación está ocurriendo en los espacios intermedios entre disciplinas; los investigadores deben colaborar a través de IA, biología, química, ingeniería y ética. Y deben mantener el rigor experimental, porque la IA puede generar hipótesis, pero la validación experimental sigue siendo el gold standard.

GLOSARIO

Agente de IA: Sistema de IA que puede planificar y ejecutar flujos de trabajo de múltiples pasos con dirección humana limitada.

Biomanufactura: Capacidad de producir productos biológicos de manera confiable y económica, incluyendo instalaciones, equipos y sistemas de calidad.

CRISPR: Tecnología de edición génica que permite modificar secuencias de ADN con precisión.

Diagnósticos de precisión: Pruebas y herramientas, incluyendo biopsias líquidas y análisis habilitados por IA, que mejoran cómo se detectan las enfermedades y se emparejan con el tratamiento correcto.

Edición génica: Herramientas como CRISPR, edición de bases y edición principal que permiten cambios precisos en sistemas biológicos.

Fermentación de precisión: Métodos utilizados para producir proteínas, ingredientes alimentarios, péptidos, biomateriales y moléculas especializadas.

IA agéntica: Sistemas de IA que pueden planificar y ejecutar flujos de trabajo de múltiples pasos con dirección humana limitada.

Inferencia: Proceso de modelos de IA entrenados generando salidas.

Modelos fundacionales: Sistemas de IA a gran escala entrenados en vastos conjuntos de datos que apoyan razonamiento, generación, recuperación y aplicaciones empresariales.

Modelos multimodales: Modelos capaces de procesar y generar combinaciones de texto, imágenes, video, audio, código y datos de sensores.

Q-Day: El momento en que las computadoras cuánticas tendrán éxito en factorizar números excepcionalmente grandes, socavando la criptografía de clave pública común.

Qubit lógico: Qubits imperfectos que han sido corregidos de errores para permitir cálculos más largos y precisos.

VLA (Vision-Language-Action): Modelos que combinan percepción, comprensión del lenguaje y acción física para controlar robots y sistemas encarnados.

El *Technology Trends Outlook 2026* de McKinsey & Company (Chui et al., 2026) ofrece una visión comprehensiva de las fuerzas tecnológicas que están remodelando el sector salud. La convergencia de la IA, la biología, la ingeniería y la ciencia de materiales está creando oportunidades sin precedentes para mejorar la salud humana, pero también plantea desafíos significativos en términos de validación, manufactura, regulación, equidad y seguridad.

La tesis central del informe —que las preguntas definitorias de 2026 ya no se refieren únicamente a lo que la tecnología puede hacer, sino a quién puede construir el hardware y ensamblar la fuerza laboral calificada para desplegar la IA en el mundo real— tiene implicaciones profundas para la salud. Los sistemas de salud, las empresas farmacéuticas, los investigadores y los formuladores de políticas deben trabajar juntos para garantizar que los avances tecnológicos se traduzcan en beneficios tangibles para los pacientes y las poblaciones.

El corolario práctico es claro: la innovación debe ir acompañada de inversión en infraestructura, capacitación, gobernanza y equidad. La velocidad de la IA es también su mayor obstáculo; la verdadera prueba es la ejecución. Como señala el informe, "los líderes empresariales que entiendan los patrones detrás del cambio tecnológico estarán equipados para dar forma al futuro en lugar de reaccionar a él" (Chui et al., 2026, p. 8).

Referencias

Chui, M., Roberts, R., & Catlin, T. (2026). Technology Trends Outlook 2026. McKinsey & Company.

Una luz de esperanza frente al cáncer



Por Alex R. Gutiérrez

Magíster en Política y Comunicación por la Universidad Rafael Landívar de Guatemala, se especializa en publicidad, comunicación política, marketing político y persuasión. Docente e investigador con foco en ingeniería social y estrategia en comunicacional, es CEO de Compolitik, revista de referencia en el análisis político y comunicacional de América Latina.

Hablar de oncología en Guatemala ha significado, de manera inevitable, referirse al Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Operado bajo la administración de la Liga Nacional Contra el Cáncer, el INCAN ha llevado sobre sus hombros una responsabilidad abrumadora: ser el principal centro médico y refugio de esperanza para miles de guatemaltecos que enfrentan un diagnóstico de cáncer. Sin embargo, al operar como una institución privada que recibe un subsidio estatal limitado, sus instalaciones no se han dado abasto contra la saturación de sus salas, listas de espera interminables, costos imprevistos para los pacientes y graves limitaciones presupuestarias.

En este contexto de urgencia médica, el panorama de la salud pública guatemalteca está experimentando una transformación sin precedentes. A través de una sólida alianza diplomática, técnica y financiera con la República de China (Taiwán), el país avanza hacia la edificación del primer Hospital Especializado contra el Cáncer "Dra. Lucrecia Hernández Mack". Se trata de un paso importante diseñado para democratizar el acceso a la atención oncológica en el sector público, descentralizar los servicios y ofrecer tratamientos de última generación a la población más vulnerable.

El rol histórico del INCAN y la urgencia de aliviar la carga nacional

La labor desarrollada por el INCAN a lo largo de las décadas merece un reconocimiento indiscutible. Médicos, personal de enfermería, radioterapeutas y voluntarios han entregado su vida para sostenerlo, que de otro modo, habría dejado desamparados a muchos guatemaltecos que necesitan de sus servicios, desde una radioterapia, aceleradores lineales y servicios de quimioterapia del país.

No obstante, el crecimiento demográfico y el aumento sostenido en la incidencia de enfermedades no transmisibles han sobrepasado la capacidad instalada de la institución. Se estima que en Guatemala se diagnostican anualmente más de 16.000 nuevos casos de cáncer. De estos pacientes, una amplia mayoría requiere tratamientos complejos como la radioterapia en alguna etapa de su enfermedad. Con las capacidades actuales del sector público y del INCAN, apenas se logra cubrir a cerca de la mitad de quienes necesitan estas terapias con urgencia.

Esta sobredemanda genera un impacto social y económico muy fuerte. Miles de familias provenientes de los departamentos más alejados del interior del país —como Huehuetenango, Petén o San Marcos— deben emprender agotadores viajes hacia la capital. Para muchos pacientes, el costo del transporte, el hospedaje y la pérdida de ingresos por no poder trabajar se traducen en el abandono del tratamiento a mitad de camino. La saturación no es solo un problema de espacio físico o de número de camas; es una barrera económica y humana que acorta la expectativa de vida de miles de guatemaltecos.

Cooperación estratégica

Frente a este escenario complejo, la relación diplomática y de cooperación multilateral entre Guatema-

la y la República de China (Taiwán) ha demostrado cómo la diplomacia internacional puede traducirse en obras de infraestructura con un profundo sentido humano. Taiwán ha sido un aliado estratégico de largo plazo para el Estado guatemalteco en el ámbito de la salud, financiando e impulsando proyectos de gran envergadura, como la construcción del Hospital Nacional de Chimaltenango y la modernización de diversas áreas materno-infantiles en el país.

El nuevo compromiso taiwanés para abordar la crisis del cáncer en Guatemala representa una de las inversiones en salud más significativas de las últimas décadas. La cooperación técnica y financiera abarca 4 pilares esenciales que transformarán de manera radical la atención médica pública:

- **Inversión financiera directa:** El proyecto cuenta con un aporte de cooperación técnica y financiera otorgado por Taiwán —estimado en aproximadamente 35 millones de dólares— destinado a la construcción de la obra física y al equipamiento médico de alta complejidad.
- **Tecnología médica avanzada:** La propuesta contempla dotar al nuevo centro asistencial con tecnología de punta en radioterapia, como aceleradores lineales de última generación, tomógrafos especializados para simulación y centros de diagnóstico por imágenes que permitirán detectar tumores en etapas tempranas.
- **Modelo asistencial integral:** La infraestructura no solo estará diseñada para ofrecer quimioterapias y cirugías complejas, sino que integrará de forma nativa unidades de cuidados paliativos, clínicas de manejo del dolor y espacios de apoyo psicológico para los pacientes y sus familias.
- **Transferencia de conocimiento y capacitación:** La alianza incluye programas de intercambio médico para capacitar a profesionales de la salud guatemaltecos en centros hospitalarios de alta especialización en Taiwán, garantizando una gestión hospitalaria eficiente y con estándares internacionales.

La Ley de Cáncer asistencial

El nuevo Hospital Especializado contra el Cáncer cobra un valor simbólico y social al llevar el nombre de la **Dra. Lucrecia Hernández Mack**. Médica cirujana, exministra de Salud y exdiputada al Congreso de la República, Hernández Mack fue la principal promotora de la *Ley de Atención Integral del Cáncer* (Decreto 7-2024). Esta legislación histórica fue concebida para garantizar la gratuidad, la cobertura universal, el diagnóstico oportuno y el acceso a medicamentos de calidad para todos los guatemaltecos golpeados por esta enfermedad. La diputada falleció en septiembre de 2023 precisamente a causa del cáncer, dejando como legado un marco legal que busca saldar una deuda histórica con la salud pública del país.

Ubicado en la zona 13 de la Ciudad de Guatemala, este nuevo hospital no nace con la intención de competir o sustituir la valiosa labor que ha realizado el INCAN durante décadas. Por el contrario, su objetivo fundamental es sumarse al sistema nacional de salud, descongestionar la demanda acumulada y coordinar una red nacional de atención oncológica. Mientras el INCAN continuará desempeñando un rol vital a través de la Liga Nacional Contra el Cáncer, la incorporación de un hospital público gratuito especializado permitirá atender a aquellos sectores en extrema pobreza que no pueden costear ni siquiera las cuotas mínimas de recuperación.

La construcción de esta nueva infraestructura, respaldada por la tecnología y la experiencia de Taiwán, sienta las bases para un modelo de salud mucho más equitativo. La visión a mediano y largo plazo establecida en la nueva normativa legal busca que el Hospital "Dra. Lucrecia Hernández Mack" funcione como el nodo central de una red de unidades oncológicas regionales distribuidas en puntos estratégicos del país.

La alianza entre Taiwán y Guatemala hace un énfasis particular en fortalecer las capacidades de diagnóstico temprano, permitiendo que la población tenga acceso a mamografías, citologías, endoscopias y exámenes de laboratorio especializados antes de que la enfermedad avance a etapas irreversibles.

Una alianza que siembra el futuro de la salud pública

La edificación del Hospital "Dra. Lucrecia Hernández Mack", representa un cambio en la gestión de la salud pública en Guatemala. La combinación de una ley moderna, junto con el respaldo financiero y tecnológico de un aliado histórico como Taiwán, demuestra que es posible edificar un sistema sanitario justo, eficiente y solidario.

Para los miles de guatemaltecos que año tras año enfrentan la aterradora noticia de un diagnóstico de cáncer, esta nueva infraestructura no representa únicamente un edificio con tecnología moderna; significa la tranquilidad de saber que no estarán solos, que no tendrán que endeudarse ni vender sus bienes para recibir un tratamiento digno y que la salud es, por fin, un derecho garantizado. ■

La ética profesional en medicina: de la conciencia individual a la responsabilidad institucional



Por María Isabel Íñigo Petralanda

MBA, MBE, abogada, bioeticista, responsable del capítulo IA, Gobernanza de Datos en Salud y Salud Digital del Instituto de Bioética de la UCA. Miembro de la Comisión Nacional de Bioética. miip@uca.edu.ar

La medicina ha sido siempre una *profesión moral. Quien* consulta no entrega solamente síntomas, estudios o datos: confía a otra *persona* aspectos decisivos de su vida. Del otro lado, el médico no ofrece *únicamente* conocimiento científico. Asume un *compromiso* de prudencia, competencia y cuidado. ¿Qué ocurre con ese compromiso cuando las decisiones clínicas comienzan a estar mediadas por sistemas digitales implicados en la inteligencia artificial?

La pregunta no es futurista. Herramientas que interpretan imágenes, priorizan estudios, elaboran borradores de informes, sintetizan historias clínicas o estiman riesgos, ya intervienen en distintos momentos de la atención. Algunas pueden mejorar la oportunidad diagnóstica y aliviar tareas administrativas. Pero su incorporación modifica también la circulación del conocimiento, la *autoridad* de las recomendaciones y las *condiciones* en que se ejerce el *juicio profesional humano (por tanto moral)*.

Edmund Pellegrino, junto con David Thomasma, desarrolló una ética de las virtudes fundada en la naturaleza moral de la medicina y en las obligaciones que nacen de la relación clínica (Pellegrino & Thomasma, 1993). La vulnerabilidad de quien necesita ayuda exige una responsabilidad especial de quien posee los conocimientos para brindarla. Esa obligación no desaparece porque una recomendación provenga de un algoritmo. Tampoco se satisface con ejecutar correctamente lo que la pantalla propone.

Desde una perspectiva personalista, Emmanuel Mounier (1949) nos invita a comprender que la persona no puede reducirse a un objeto ni a una suma de atributos. Esta mirada adquiere particular relevancia frente a tecnologías que representan a los pacientes mediante variables, patrones y probabilidades. Una predicción puede ser estadísticamente sólida y, aun así, *no expresar lo mejor* para una *persona concreta*. El paciente tiene una historia, preferencias, temores

y circunstancias que no siempre están representados en los datos. *La persona es siempre más que la información que podemos obtener sobre ella.*

El primer desafío es preservar el *juicio clínico*. La IA puede producir resultados convincentes, presentados con una velocidad y una apariencia de precisión que favorecen el llamado sesgo de automatización: aceptar una sugerencia sin examinar suficientemente sus límites. También puede ocurrir lo contrario: rechazar una alerta útil por desconfianza indiscriminada. El profesional necesita comprender para qué fue diseñado el sistema, en qué población fue evaluado y en qué circunstancias podría fallar.

Diego Gracia (2001) ha mostrado el valor de la deliberación moral ante decisiones complejas: considerar los hechos, identificar los valores comprometidos y justificar prudentemente un curso de acción. La IA puede aportar evidencia a esa deliberación, pero no reemplazarla. Una recomendación algorítmica no es, por sí misma, una decisión clínicamente justificada.

De allí surge una expresión repetida en políticas y discursos: «supervisión humana». Suena tranquilizadora, aunque puede convertirse en una ficción. ¿Supervisa realmente quien debe validar decenas de resultados en pocos minutos? ¿Puede cuestionar una sugerencia si no conoce las limitaciones de la herramienta? ¿Tiene autoridad para apartarse de ella? ¿Queda registro de su intervención?

La *supervisión significativa* exige cinco capacidades: conocimiento suficiente del sistema, juicio clínico independiente, autoridad efectiva para intervenir, tiempo y trazabilidad de las decisiones, y respaldo institucional. No alcanza con colocar a un médico «en el circuito» si el diseño del trabajo le impide ejercer un control real. Exigir responsabilidad sin ofrecer medios para cumplirla es una contradicción ética y organizacional.

Aquí aparece el salto: de la conciencia individual a la responsabilidad institucional. Durante siglos, la ética profesional se vinculó con virtudes personales como honestidad, confidencialidad, prudencia y respeto. Todas conservan plena vigencia. Pero hoy se ejercen dentro de hospitales, clínicas y redes asistenciales que seleccionan tecnologías, fijan tiempos, distribuyen recursos, establecen incentivos y definen procedimientos.

Paul Ricoeur (1990) formuló la aspiración ética como la búsqueda de una vida buena, con y para los otros, en instituciones justas. En salud, esa referencia obliga a mirar más allá del comportamiento individual. Una institución expresa su ética cuando protege el tiempo de escucha, habilita el reporte de incidentes, investiga errores sin reducirlos automáticamente a culpas personales y prioriza la seguridad por encima de una productividad mal entendida.

Desde el personalismo, la institución sanitaria no constituye únicamente una estructura de prestación de servicios, sino un espacio de relaciones humanas orientadas al cuidado. Su legitimidad ética no depende exclusivamente de su eficiencia, sino de su capacidad para reconocer y proteger la dignidad de quienes reciben atención y de quienes la brindan.

Incorporar IA es, por lo tanto, una decisión ética además de técnica y económica. Antes de desplegar un sistema corresponde preguntarse qué problema clínico resolverá, con qué evidencia se respalda, para qué pacientes resulta adecuado, cómo se protegerán los datos y quién vigilará su desempeño una vez integrado al trabajo cotidiano. También debe existir un procedimiento para suspenderlo o corregir su uso cuando aparezcan riesgos.

La autorización regulatoria de una tecnología, cuando corresponde, no garantiza por sí sola que su implementación sea segura en cualquier institución. El resultado depende de su interacción con profesionales, pacientes, datos, infraestructura y procesos. La seguridad no reside únicamente en el producto:

La incorporación de kla IA modifica la circulación del conocimiento, la autoridad de las recomendaciones y las condiciones en que se ejerce el juicio profesional humano (por tanto moral)

se construye en el sistema sociotécnico que lo utiliza.

Esto modifica el modo de pensar la responsabilidad. En una decisión asistida por IA intervienen desarrolladores, proveedores, directivos, equipos de tecnología, responsables de calidad y profesionales clínicos. Cada actor posee deberes diferentes. No sería razonable atribuir al médico todos los efectos de un sistema que no eligió, no configuró y quizá no puede auditar. Tampoco sería aceptable que el uso de IA diluyera su deber de diligencia. La responsabilidad debe vincularse con las funciones, las decisiones y la capacidad efectiva de prevenir o corregir daños. La organización responde por sus decisiones de adquisición, validación local, capacitación, vigilancia y gestión de incidentes, según el marco jurídico aplicable. El profesional conserva la obligación de evaluar críticamente lo que utiliza y actuar conforme a las circunstancias clínicas. El proveedor y el desarrollador deben cumplir las obligaciones que les correspondan respecto de su tecnología. Distribuir responsabilidades no significa fragmentarlas hasta hacerlas desaparecer.

También está en juego la relación médico-paciente. El consentimiento informado no se reduce a una firma ni la autonomía a una opción marcada en una pantalla. Cuando el uso de IA sea relevante para una decisión, el paciente debe recibir información comprensible sobre su papel y sus límites. La conversación clínica sigue siendo el espacio donde la evidencia se encuentra con los valores de la persona**.** La tecnología puede contribuir a conocer mejor la enfermedad, pero no sustituye el encuentro con quien la padece.

La formación profesional necesita acompañar este cambio. No basta con enseñar a operar plataformas. Los equipos deben poder identificar sesgos, reconocer incertidumbre, interpretar resultados, detectar deterioros del desempeño y saber cuándo escalar una alerta. La alfabetización en IA es parte de una competencia clínica más amplia, no un sustituto de ella. El verdadero dilema no consiste en elegir entre médicos y algoritmos. Consiste en decidir qué medicina queremos construir con ambos. Podemos utilizar la tecnología para ampliar capacidades, recuperar tiempo para el cuidado y mejorar la seguridad. O podemos incorporarla de manera acrítica, trasladando riesgos al profesional que firma y al paciente que confía. La ética médica seguirá necesitando conciencia, prudencia y carácter. Pero esas virtudes no prosperan en el vacío. Requieren organizaciones que hagan posible actuar bien, incluso cuando hacerlo implique detener un proceso, cuestionar una recomendación o renunciar a una eficiencia aparente.

La inteligencia artificial nos enfrenta, en definitiva, a una pregunta que trasciende la tecnología: si somos capaces de innovar sin despersonalizar el cuidado. El progreso auténtico de la medicina no puede medirse solamente por aquello que sus sistemas logran hacer, sino también por la humanidad que sus instituciones son capaces de preservar.

En la era de la inteligencia artificial, no alcanza con preguntar si el médico hizo lo correcto. Debemos preguntar también si la institución creó las condiciones para que pudiera hacerlo. Allí comienza una responsabilidad ética que ya no puede ser solamente individual. ■

En una decisión asistida por IA intervienen desarrolladores, proveedores, directivos, equipos de tecnología, responsables de calidad y profesionales clínicos. Cada actor posee deberes diferentes. No sería razonable atribuir al médico todos los efectos de un sistema que no eligió, no configuró y quizá no puede auditar

Referencias bibliográficas

- Gracia, D. (2001). *La deliberación moral: el método de la ética clínica.* Medicina Clínica, 117(1), 18–23.
- Mounier, E. (1949). *Le personnalisme*. Presses Universitaires de France.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil.

clave sanitaria
UN PODCAST DE SALUD Y GESTIÓN

Un nuevo formato para seguir pensando la salud

Más que ofrecer respuestas únicas, Clave Sanitaria propone abrir preguntas, conectar ideas y construir una conversación colectiva sobre la agenda sanitaria. El nuevo podcast de la Revista IIDOS, en sintonía con el trabajo de FESAL, debuta con una pregunta central: ¿qué podemos aprender de otros sistemas de salud?

La Revista IIDOS presenta Clave Sanitaria, un podcast que lleva el análisis y la reflexión sobre el sistema de salud a un nuevo formato.

La salud es mucho más que la atención de las enfermedades. Involucra decisiones médicas, económicas, jurídicas e institucionales que se relacionan entre sí y repercuten en el funcionamiento del sector. Para comprender esa complejidad es fundamental superar las miradas aisladas y reconocer que existen distintas perspectivas.

En este contexto, compartir conocimiento, intercambiar experiencias y generar espacios de diálogo resulta fundamental. La investigación permite profundizar en los problemas; la experiencia cotidiana aporta aprendizajes; y el encuentro entre distintas miradas ayuda a comprender mejor la realidad y buscar más y mejores respuestas.

> ***"El ruido, el exceso de información, la hiperinformación nos satura, pero la conversación y el diálogo, nos aclaran."***
>
> *Daniel Roggero, secretario de Relaciones Institucionales de IIDOS y FESAL*

> ***"No podemos seguir analizando cada conflicto por separado, sino que debemos buscar soluciones que tengan en cuenta el conjunto y no solamente cada una de las partes."***
>
> *Franco Caviglia · Presidente de FESAL*

En sintonía con el enfoque interdisciplinario de la Revista IIDOS y el trabajo de FESAL en investigación, formación e intercambio de conocimiento, Clave Sanitaria propone un espacio para pensar los principales desafíos del sector desde una mirada amplia y reflexiva.

Cada episodio parte de artículos, investigaciones y experiencias que buscan descubrir una narrativa propia sobre los temas que atraviesan la agenda sanitaria: la gestión, el financiamiento, las políticas públicas, la innovación y las transformaciones del sistema de salud.

Más que ofrecer respuestas únicas, el podcast busca abrir preguntas, conectar ideas y contribuir a una conversación que permita comprender los problemas en su contexto y pensar alternativas de manera colectiva. ■

PRIMER EPISODIO

¿Qué podemos aprender de otros sistemas de salud?

Brasil y Estados Unidos presentan modelos diferentes de organización y atención sanitaria. A partir de dos artículos publicados en la Revista IIDOS, el primer episodio explora sus características y desafíos, y propone una reflexión sobre nuestra propia realidad: ¿qué podemos aprender de otras experiencias para pensar el presente y el futuro del sistema de salud argentino?

Emigración, retiro e inactividad: por qué Argentina tiene menos médicos activos de los que figuran en el registro

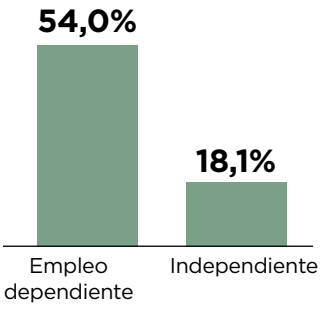
Un informe pionero del Observatorio Federal de Talento Humano en Salud (OFETHuS) revela que el 20,7% de los médicos habilitados en la Argentina no ejerce efectivamente la profesión: están retirados, emigrados o sin actividad registrada. La nueva metodología —que cruza el padrón de habilitados con seis fuentes administrativas laborales, tributarias y migratorias— corrige en un 26% la sobreestimación histórica de disponibilidad médica. La emigración de profesionales entre 30 y 49 años, CABA como el distrito con mayor inactividad del país y la brecha de 25,9 puntos entre médicos nativos y extranjeros son algunos de los hallazgos que la Revista IIDOS comparte con sus lectores para debatir.

El presente informe analiza el documento *Médicos activos en Argentina 2025*, elaborado por el Observatorio Federal de Talento Humano en Salud (OFETHuS) del Ministerio de Salud de la Nación, con la colaboración de la Dirección Nacional de Migraciones (DNM) y el Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (SINTyS).

El estudio introduce una metodología inédita en América Latina para estimar la disponibilidad efectiva de médicos en Argentina. A diferencia del enfo-

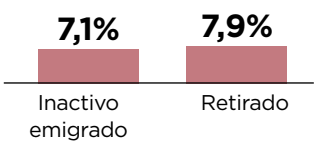
Comparación entre médicos activos e inactivos: perfiles críticos

Perfil médicos activos
(Total: 194.027)



- **Proporción de extranjeros: 9,5%** (empleo dependiente)
- **Formados en el exterior: 6,2%** (empleo dependiente)
- **Edad media: Menor** (sin dato preciso en fuente)

Perfil médicos inactivos
(Total: 50.561)



- **Proporción de extranjeros: 54,8%** (del total emigrado)
- **Formados en el exterior: 35,5%** (empleo dependiente)
- **Edad media: 54 años** (sin actividad) **44 años** (emigrado)

HALLASGOS CLAVE Y CONCLUSIONES

- Alta concentración de extranjeros formados en el exterior en el segmento inactivo emigrado
- Diferencia de edad media significativa: lo sinactivos sin actividad registrada son 12 años mauores que loe emigrados.
- El segmento sin actividad registradaparece coexistir entre emigrados no identificados y profesionales de mayor edad con matrículas ainactivas

Fuente: Elaboración propia a partir de OPHETuS (2026). Médicos activos en Argentina 2025. Ministerio de Salud de la Nación.

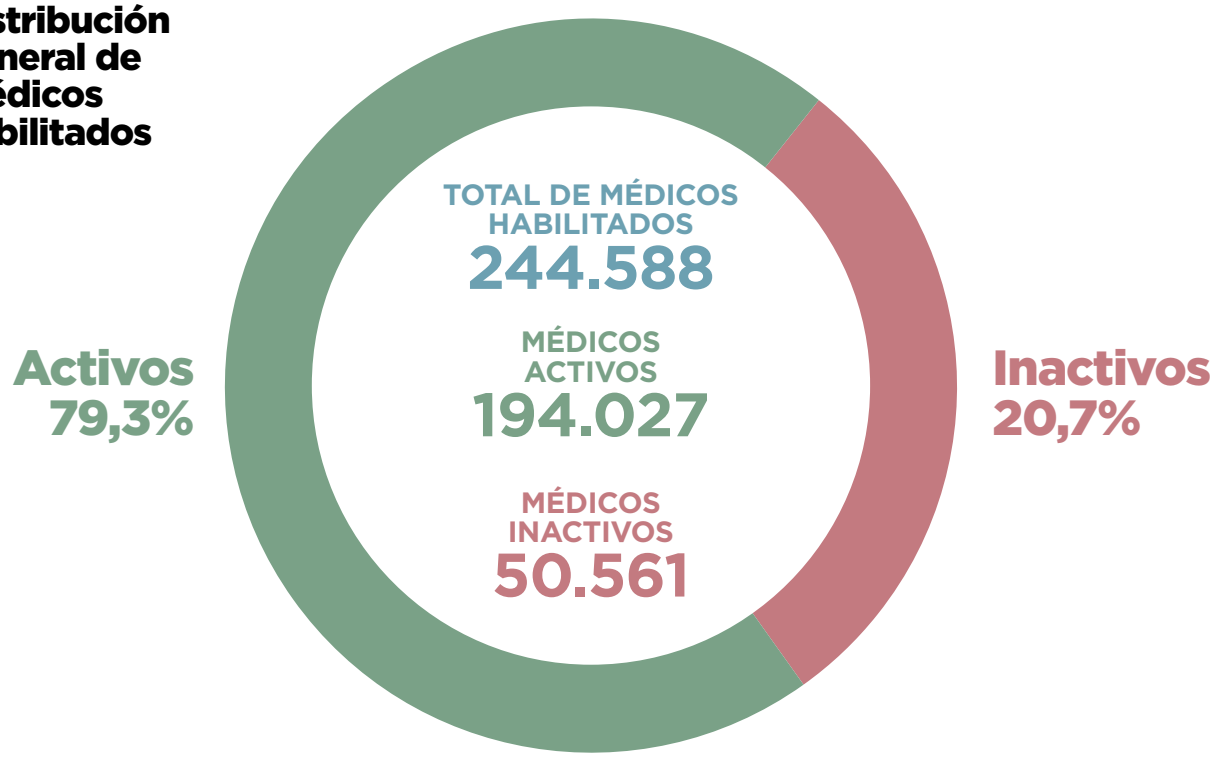
que histórico basado en el padrón de profesionales habilitados como *proxy* de actividad, esta investigación cruza el registro de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) con seis fuentes administrativas nacionales de naturaleza laboral, tributaria, previsional y migratoria. Ello permite distinguir, por primera vez, entre profesionales activos, retirados y con indicios de emigración, superando así la categoría OCDE de *licensed to practise* y aproximándose a la de *professionally active*.

El universo de análisis comprende 244.588 médicos habilitados, de los cuales 194.027 (79,3%) registran al menos una señal de actividad en las fuentes relevadas, mientras que 50.561 (20,7%) no registran actividad. La metodología permite corregir sesgos de sobreestimación del orden del 26% en la tasa de disponibilidad cuando se utiliza el padrón de habilitados como *proxy*, y posibilita una caracterización granular de los segmentos inactivos (emigrados, retirados, sin actividad registrada y de baja intensidad).

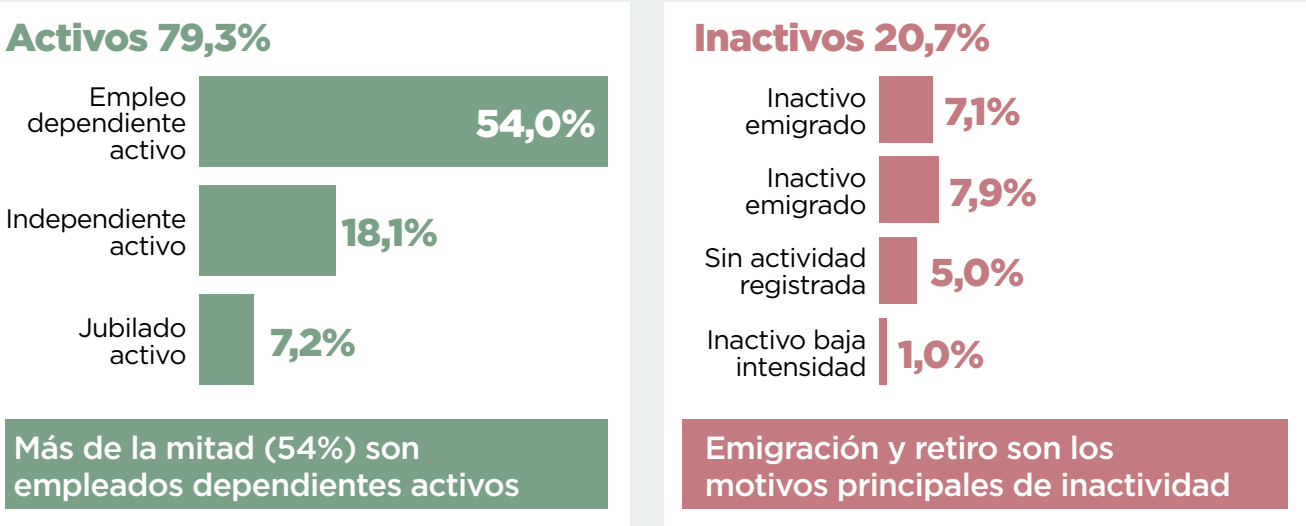
El trabajo se posiciona como una experiencia pionera a nivel regional, con potencial de replicación en países que enfrentan problemas similares de sobrerregistro en sus padrones de habilitación profesional.

Composición del padrón médicos por estado de actividad en Argentina

Distribución general de médicos habilitados



Porcentajes de cada segmento sobre el total



Fuente: Elaboración propia en base a OFETHuS, Ministerio de Salud de la Nación. Médicos activos en Argentina 2025. Junio 2026.

Hallazgos más relevantes

Composición del padrón por estado de actividad

- El empleo dependiente activo concentra más de la mitad del padrón (54,0%), constituyendo la señal de mayor certeza metodológica.
- Los segmentos de inactividad más relevantes son retirado (7,9%) e inactivo emigrado (7,1%).
- El 26% de los médicos habilitados no estaría efectivamente disponible para el ejercicio profesional, según la nueva metodología.

Distribución por grupo etario

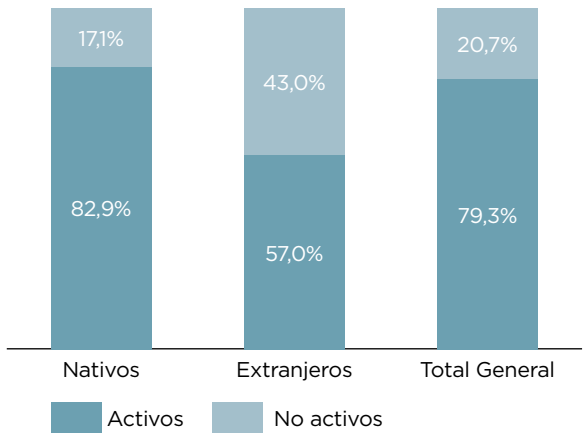
- Los profesionales en empleo dependiente predominan entre los 25 y 64 años. A partir de los 65 años, la composición se invierte: los jubilados activos predominan entre los 65 y 79 años, mientras que los retirados pasan a ser el grupo mayoritario a partir de los 80 años.
- El segmento de inactivos emigrados se concentra principalmente entre los 30 y 49 años, lo que sugiere una migración vinculada a etapas formativas o de inicio de carrera.

Distribución por nacionalidad

- La brecha de actividad entre nativos y extranjeros es de 25,9 puntos porcentuales.
- El 28,5% de los médicos extranjeros se clasifica como inactivo emigrado, lo que explica gran parte de la diferencia.

Distribución de médicos por nacionalidad y actividad en Argentina 2026

Tasa de actividad por nacionalidad



Distribución de médicos y tasa de actividad

Catogoría	Total de habilitados (N)	Porcentaje del padrón total	Médicos Activos (N)	Porcentaje de activos sobre el total de la categoría
Nativos	211.032	83,3%	174.896	82,9%
Extranjeros	33.556	13,7%	19,131	57,0%
Total General	**244.588**	**100%**	**194.027**	**79,3%**

Brecha de actividad de 25,9 puntos porcentuales entre nativos y extranjeros, explicada principalmente por la emigración de estos últimos (28,5%)

Fuente: Elaboración propia en base a OFETHuS, Ministerio de Salud de la Nación. Junio 2026.

Nacionalidad y país de formación de los médicos en Argentina: actividad y emigración

Grupo	Lugar de formación	Cantidad (N)	Porcentaje de activos	Porcentaje de emigración
Nacionales	Formado en Argentina	193.205	83,1%	3,9%
	Formado en el exterior	1.461	82.2%	7,8%
	Sin datos de formación	16.366	80.7%	1,7%
Extranjeros	Formado en Argentina	11.134	56,4%	26,7%
	Formado en el exterior	19.581	55.3%	31,1%
	Sin datos de formación	2.841	70.8%	17,6%

HALLASGOS CLAVE Y CONCLUSIONES

- Los extranjeros formados en el exterior exhiben el perfil de mayor inactividad: 31,1% emigración y 12,4% sin actividad registrada.
- Los extranjeros formados en Argentina presentan una proporción de emigración (26,7%) superior a la de los nativos, lo que sugiere que la formación en el país no retiene necesariamente a este grupo.
- La brecha de actividad entre nativos (83,1% promedio) y extranjeros (55,9% promedio) es significativa, explicada en gran medida por la emigración.

Nacionalidad y país de formación

- Los extranjeros formados en el exterior exhiben el perfil de mayor inactividad: 31,1% emigración y 12,4% sin actividad registrada.
- Los extranjeros formados en Argentina presentan una proporción de emigración (26,7%) superior a la de los nativos, lo que sugiere que la formación en el país no retiene necesariamente a este grupo.

Distribución por provincia

- CABA y Buenos Aires concentran el 54% (132.767) del padrón de habilitados. CABA presenta el mayor porcentaje de inactivos entre sus habilitados (29,1%), muy superior al promedio nacional (20,7%).
- Mendoza presenta también un perfil de inactividad elevado (25,5%). Santa Cruz (88,5%) y Santa Fe (88,2%) muestran los perfiles de mayor registro de actividad.

Tasas de disponibilidad por 10.000 habitantes

- La sobreestimación nacional es del 26% cuando se utiliza el padrón de habilitados como proxy.
- La brecha varía sustancialmente entre jurisdicciones: CABA (64,2 puntos) frente a Santiago del Estero (3,8) y Misiones (3,0).

Comparación con la metodología anterior

- La nueva metodología depura 25.976 profesionales menores de 65 que las fuentes identifican como inactivos y incorpora 26.998 mayores de 65 con actividad efectiva.
- El efecto neto sobre la tasa agregada es moderado (41,6 → 41,8), pero la composición del stock estimado varía sustantivamente.

Datos comparados

Comparación internacional

- El caso argentino supera al israelí en densidad de fuentes (6 vs. 2), lo que permite una caracterización más granular de la inactividad.
- A nivel regional, no se identificaron antecedentes publicados de metodologías equivalentes aplicadas a escala nacional.

Comparación entre segmentos activos e inactivos

- El segmento sin actividad registrada presenta una edad media de 56 años, doce años mayor que la del inactivo emigrado (≈44 años), lo que sugiere la coexistencia de dos subpoblaciones: emigrados no identificados y profesionales de mayor edad con matrículas históricamente inactivas.

Comparación entre jurisdicciones (tasas por 10.000 habitantes)

- CABA concentra la mayor tasa de habilitados (220,4) pero también la mayor brecha (64,2), explicada en un 50,4% por emigración.
- Santa Cruz y Santa Fe presentan los mejores perfiles de actividad relativa.

Metodología

Diseño general

El estudio emplea un diseño de integración de registros administrativos mediante vinculación determinística, utilizando el número de documento (DNI) y el sexo como clave compuesta de correspondencia. Cada profesional del padrón REFEPS, previamente validado como persona única y viva a través de RENAPER, fue asociado a las distintas fuentes mediante un identificador único interno (*id_profesional*).

Tabla comparativa. Tasas de disponibilidad de médicos por 10.000 habitantes en jurisdicciones seleccionadas de Argentina

Jurisdicción	Tasa habilitados (padrón tradicional)	Tasa activos (nueva metodología)	Diferencial de sobreestimación
Total nacional	**52.7**	**41,8**	**10,9**
CABA	**220,4**	**156,2**	**64,2**
Buenos Aires	28,9	40,3	18,9
Córdoba	28,7	33,6	18,2
Santa Fe	28,4	35,5	10,9
Mendoza	**50,0**	**37,3**	**12,7**
Tucumán	26,7	27,3	4,0
Santiago del Estero	13,8	20,3	4,0
Misiones	19,2	23,6	3,0

- Sobreestimación nacional del 26%
- CABA presenta la mayor brecha (64,2 puntos)
- Santa Cruz y Santa Fe muestran los mejores perfiles de actividad

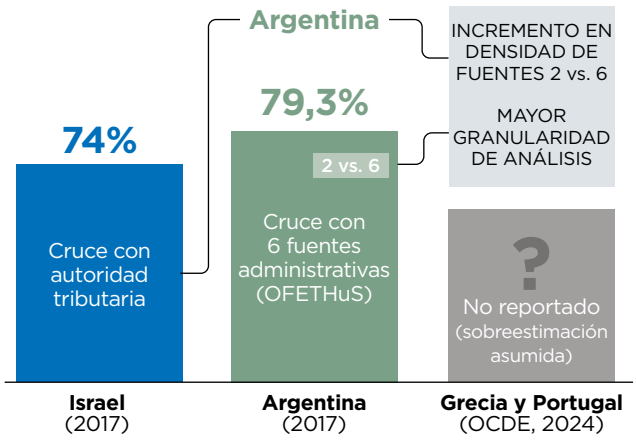


Comparación internacional de la disponibilidad efectiva de médicos

Características metodológicas y hallazgos

- El caso argentino supera al israelí en densidad de fuentes (6 vs. 2)
- Permite una caracterización más granular de la inactividad (emigrado, retirado, baja intensidad)

Porcentaje de habilitados efectivamente activos



Contexto regional

- A nivel regional, no se identificaron antecedentes metodologias equivalentes a escala nacional
- Modelo pionero con potencial de replicación en países con problemas similares

Fuente Elaboración propia a partir de OFETHuS (2026). Médicos activos en Argentina 2005. Ministerio de Salud de la Nación.

Criterios específicos

- Jubilaciones (ANSES): Se excluyen pensiones por fallecimiento, beneficios no contributivos y pensiones por invalidez. Se detectaron 591 casos de menores de 45 años con beneficio previsional, forzados a falso por no existir regímenes jubilatorios vigentes antes de esa edad.
- Migraciones (DNM): Se clasifica como inactivo emigrado al profesional cuyo último egreso no cuenta con reingreso posterior y data de más de 90 días antes del cierre. Profesionales emigrados antes de 2015 no son identificables y pueden integrar el segmento sin actividad registrada.

Limitaciones reconocidas

- Rezago fiscal (ARCA): La baja automática opera tras diez meses de impago, lo que puede generar sobreestimación acotada en el segmento de Activo Independiente y/o Inactivo de baja intensidad.
- Ventana SIPA: Se extendió hasta marzo de 2026 por falta de datos de los primeros meses de 2025.
- Registro de migraciones: Cubre salidas desde 2015; emigrados anteriores no son identificables.
- Sin actividad registrada: Segmento heterogéneo que incluye posibles emigrados no identificados y profesionales de mayor edad con matrículas históricamente inactivas.
- Validación externa: Desde el CEN-01 no se releva información sobre ocupación, lo que impide contrastar con una fuente de referencia nacional.

Implicancias para la planificación sanitaria

La nueva metodología del OFETHuS permite corregir el sesgo de sobreestimación del 26% que introducía el uso del padrón de habilitados como *proxy* de disponibilidad efectiva. Esto tiene consecuencias directas sobre:

1. La estimación de brechas de recursos humanos: La tasa nacional de médicos activos desciende de 52,7 a 41,8 por 10.000 habitantes, lo que redefine la magnitud de las necesidades de cobertura.
2. La distribución territorial: Jurisdicciones como CABA (64,2 puntos de diferencia) o Mendoza (12,7) requieren análisis específicos sobre los factores de inactividad (emigración, retiro, baja intensidad).
3. La identificación de perfiles críticos: Los médicos extranjeros formados en el exterior (31,1% de emigración) y los profesionales de 30 a 49 años (concentración de emigración) constituyen grupos de atención prioritaria para políticas de retención.

Recomendaciones de política

- **Retención de profesionales extranjeros:** Diseñar incentivos para la permanencia de médicos formados en Argentina y en el exterior, especialmente en el rango etario de 30 a 49 años.
- **Monitoreo de emigración:** Fortalecer el registro de salidas y establecer convenios con países de destino para identificar emigrados no captados por SiCaM (pre-2015).
- **Actualización de matrículas:** Implementar mecanismos de vencimiento o renovación periódica de matrículas para reducir el sobrerregistro de profesionales inactivos.
- **Desagregación del segmento sin actividad registrada:** Incorporar fuentes complementarias (registros consulares, cruces con organismos de países de destino) para distinguir subpoblaciones.

- **Planificación basada en evidencia:** Adoptar la nueva metodología como estándar para la estimación anual de disponibilidad, alineándose con las categorías OCDE (*professionally active*).
- **Avance hacia la categoría practising:** Fortalecer el relevamiento sistemático de planteles a través del REFES para estimar profesionales efectivamente en servicio.

Potencial de replicación regional

La experiencia argentina constituye un precedente inédito en América Latina por la articulación de seis fuentes administrativas independientes. Su replicabilidad en otros países de la región depende de:

- La existencia de registros de profesionales de la salud digitalizados y actualizados.
- La disponibilidad de claves de vinculación comunes (documento de identidad).
- La capacidad de interoperabilidad entre organismos (plataformas tipo SINTyS).
- La voluntad política de superar el uso del padrón de habilitados como proxy.

El estudio del OFETHuS representa un avance metodológico sustantivo en la medición del talento humano en salud en Argentina. Al distinguir entre profesionales
habilitados y efectivamente activos, proporciona una base empírica más sólida para la planificación sanitaria, la asignación de recursos y el diseño de políticas de retención y distribución de médicos. La incorporación de fuentes migratorias y tributarias permite, además, visibilizar fenómenos como la emigración profesional y el retiro anticipado, que permanecían opacos en las estimaciones tradicionales. El desafío futuro consiste en consolidar esta metodología, ampliar su cobertura a otras profesiones de la salud y avanzar hacia la identificación de profesionales en ejercicio (*practising*), en línea con las recomendaciones internacionales de la OCDE y la OPS. ■

Elaborado a partir de: OFETHuS (2026).
Médicos activos en Argentina 2025.
Ministerio de Salud de la Nación. Junio 2026.

GLOSARIO

ANSES: Administración Nacional de la Seguridad Social. Registra el otorgamiento y vigencia de beneficios previsionales.

ARCA: Agencia de Recaudación y Control Aduanero. Administra los regímenes Monotributo, Autónomos y Responsable Inscripto.

DNM: Dirección Nacional de Migraciones. Provee registros de movimientos migratorios internacionales.

Empleo dependiente activo: Profesional con aportes patronales activos en SIPA. Señal de mayor certeza de actividad.

Independiente Activo: Profesional sin empleo dependiente pero con situación fiscal activa en ARCA y/o aportes independientes en SIPA (puntaje ≥ 3).

Inactivo baja intensidad: Profesional con una señal aislada de actividad (puntaje 1–2). Zona de incertidumbre metodológica.

Inactivo emigrado: Profesional cuyo último egreso registrado en DNM no cuenta con reingreso posterior, con antigüedad mínima de 90 días.

Jubilado activo: Profesional jubilado que mantiene actividad fiscal o independiente (puntaje ≥ 3).

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Distingue categorías: *licensed to practise, professionally active, practising*.

OFETHuS: Observatorio Federal de Talento Humano en Salud. Organismo responsable de las estimaciones anuales de disponibilidad profesional.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

REFEPS: Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. Fuente principal del padrón de profesionales habilitados.

RENAPER: Registro Nacional de las Personas. Permite excluir fallecidos e imputar provincia de residencia.

Retirado: Profesional jubilado sin registro de actividad o con baja actividad (puntaje < 3).

SiCaM: Sistema Integral de Captura Migratoria. Registra ingresos y egresos por los 164 pasos habilitados del territorio nacional.

Sin actividad registrada: Profesional sin evidencia de actividad en ninguna de las fuentes en el período analizado.

SINTyS: Sistema de Identificación Nacional Tributaria y Social. Plataforma de interoperabilidad del Estado nacional.

SIPA: Sistema Integrado Previsional Argentino. Registra relaciones laborales formales a partir de aportes y contribuciones.

Programa Luzca Bien, Siéntase Mejor: acompañar el tratamiento oncológico desde el cuidado de la propia imagen



Por Valeria Garay

Secretaria de Relaciones Internacionales de la Fundación de Estudios para la Salud –FESAL–. Consultora en Asuntos Estratégicos de productos para la Salud. Fortalecimiento de Sistemas Regulatorios. Asuntos Públicos. Cooperación Internacional. Comunicación Estratégica. Abordajes regulatorios de productos sanitarios.

El espejo como punto de partida

Hay una escena que se repite en cada taller. Una mujer se sienta frente a un espejo pequeño, con un kit de productos sobre la mesa y cierta desconfianza en la mirada. Hace semanas que evita mirarse con atención. Una voluntaria le muestra cómo hidratar una piel que el tratamiento volvió seca y sensible, cómo dibujar una ceja que ya no está, cómo acomodar un pañuelo para que no se deslice. Al cabo de un rato, la mujer levanta la vista y algo cambia. No es magia ni es solo maquillaje: es la sensación de volver a reconocerse, a reencontrarse.

De eso se trata **Luzca Bien, Siéntase Mejor**, un Programa que en la Argentina impulsa CAPA, la Cámara Argentina de la Industria de Productos de Higiene Personal, Cosmética y Perfumería, desde su Comisión de Responsabilidad Social Empresaria, y que desde hace años ofrece talleres gratuitos a mujeres en tratamiento oncológico o que lo terminaron recientemente.

Una idea que nació de un pedido sencillo

La historia del programa empieza lejos de acá y con un gesto mínimo. A fines de los años ochenta, en Estados Unidos, un médico le pidió a un referente de la industria cosmética que ayudara a una paciente con cáncer que estaba muy afectada por los cambios en su apariencia. Lo que se pensó como una ayuda puntual mostró algo que muchos profesionales de la salud ya intuían: el modo en que una persona se ve durante el tratamiento influye en cómo lo atraviesa.

De ese caso surgió en 1989 **Look Good Feel Better**, con sus primeros talleres en dos centros oncológicos de Nueva York y Washington. Con el tiempo, la propuesta se extendió a una red internacional de afiliados en más de veinte países, cada uno adaptado a su realidad local. En América Latina tomó el nombre con el que hoy lo conocemos, y en nuestro país encontró en CAPA a la institución que lo sostiene, junto a las empresas del sector y una red de voluntarias.

Qué pasa en un taller

Los encuentros son gratuitos y se organizan en hospitales, centros de salud y organizaciones dedicadas a la lucha contra el cáncer, en distintos puntos del país. Suelen realizarse junto a entidades con presencia territorial, que conocen a las pacientes y facilitan la convocatoria.

Cada taller está a cargo de especialistas voluntarias: maquilladoras, asesoras de imagen y profesionales de la estética que dedican su tiempo a enseñar. El contenido es práctico y concreto. Se trabaja sobre el cuidado de la piel, que durante la quimioterapia o la radioterapia suele volverse más seca, sensible o manchada. Se enseñan técnicas de automaquillaje pensadas para disimular algunos efectos visibles, como la palidez, las ojeras o la pérdida de cejas y pestañas. También hay orientación sobre el uso de pelucas, pañuelos, turbantes y accesorios.

Cada participante recibe un kit de productos que se lleva a su casa, donado por las empresas que acompañan el programa. Ese detalle no es menor: permite repetir en la vida cotidiana lo que se aprendió en el taller, sin depender de nadie.

Más allá del maquillaje

Sería un error pensar que el Programa se agota en una clase de belleza. Quienes participaron de un taller coinciden en que lo más valioso ocurre en las márgenes: en la conversación que se arma mientras se prueban colores, en las risas cuando algo sale torcido, en la tranquilidad de estar con otras mujeres que entienden sin necesidad de explicar.

El cáncer no solo afecta al cuerpo. Altera la rutina, el trabajo, los vínculos y, muchas veces, la forma en que una persona se percibe a sí misma. La caída del cabello, los cambios en la piel o el aumento o la pérdida de peso son señales visibles de una enfermedad que, en otros aspectos, puede vivirse de manera muy privada. Para muchas mujeres, salir a la calle y sentir que todos saben lo que les pasa es una carga adicional. También el Programa ha logrado organizar un Banco de Pelucas, que se reciben mediante donaciones y se prestan por tiempo determinado y totalmente gratuito.

En ese contexto, recuperar cierto control sobre la propia imagen tiene un valor que va mucho más allá de lo estético. Es una forma de autonomía. Es poder decidir cómo mostrarse. Y es, sobre todo, un recordatorio de que la persona sigue siendo mucho más que un diagnóstico, una enfermedad o un tratamiento.

El efecto, además, no se queda en quien participa. Cuando una mujer se siente mejor consigo misma, eso se nota en casa, en el trabajo y en la relación con quienes la rodean, con sus redes de contención afectivas; hijos, parejas, amigas y compañeros de trabajo también atraviesan la enfermedad a su manera y ver a esa persona recuperar algo de su seguridad, su energía y su humor es un alivio compartido.

Los propios equipos de salud lo reconocen. El bienestar emocional, la autoestima y la sensación de acompañamiento son factores que inciden en la calidad de vida durante el tratamiento y en la disposición a sostenerlo. Un programa como este no reemplaza la atención médica ni psicológica, pero la complementa desde un lugar distinto: el del cuidado cotidiano.

Luzca Bien, Siéntase Mejor muestra que la atención integral no es una consigna abstracta, sino algo que puede traducirse en prácticas simples, de bajo costo y alto impacto humano. Muestra también que la articulación entre el sector productivo, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones de salud puede dar resultados sostenidos en el tiempo cuando hay un objetivo claro y compromiso de las personas involucradas.

Hay, además, una dimensión más allá de la terapéutica, que una mujer pueda atravesar ese pro-

ceso de tratamiento sintiéndose cómoda con su imagen forma parte de ese respeto. **Es una forma de humanizar la atención que merece ser visibilizada, estudiada y en la medida de lo posible, ampliada.**

Quienes lo hacen posible

Nada de esto ocurriría sin un equipo que organiza, coordina y sostiene el programa a lo largo del año. Detrás de cada taller hay una tarea poco visible: contactar a las instituciones, coordinar fechas, convocar a las voluntarias, gestionar las donaciones, armar los kits y asegurarse de que cada encuentro se desarrolle en las mejores condiciones.

Es un trabajo que exige constancia y una sensibilidad particular. No se trata solo de logística: quienes coordinan el programa también son las que escuchan, las que acompañan a las voluntarias después de un taller difícil y las que mantienen viva la red de vínculos que permite llegar a nuevas ciudades.

También hay que nombrar a las voluntarias. Muchas llegan al programa por una experiencia cercana con el cáncer; otras, por vocación. Todas ponen su oficio al servicio de algo que no figura en ningún currículum. Son las personas que, desde hace tiempo, sostienen la idea de que cuidar la imagen también es una forma de cuidar la salud. ■



Cómo participar

Los talleres están dirigidos a mujeres que se encuentran en tratamiento oncológico o que lo finalizaron recientemente. La participación es gratuita, aunque los cupos suelen ser limitados, por lo que se recomienda consultar con anticipación en las instituciones que organizan cada encuentro o a través de los canales de CAPA.

Al final, todo vuelve a la escena del principio: una mujer frente al espejo que, por un momento, deja de ver la enfermedad y vuelve a verse a sí misma. **Si un programa logra eso, vale la pena contarlo.**

www.luzcabien.org.ar **lbsm@capa.org.ar**

Escuchar, el primer paso para resolver un conflicto de salud



Por Sebastián Cabrera

Periodista y editor audiovisual con más de dos décadas de trayectoria en medios de comunicación. Su trabajo combina la mirada periodística con el desarrollo de contenidos y narrativas para ámbitos institucionales, corporativos y documentales.

La posibilidad de ser escuchado en un ámbito neutral, la rapidez y los costos accesibles son algunos de los aspectos que una abogada especializada en salud destaca de PROMESA. Según su experiencia, incluso cuando no se alcanza un acuerdo, la mediación puede ayudar a identificar dónde está el problema y cómo seguir.

Aunque parezca obvio, muchas veces el primer paso para resolver un conflicto es escucharse. En el ámbito de la salud, donde una cobertura o un tratamiento pueden estar en juego, abrir un espacio de diálogo puede hacer la diferencia entre una situación que se destraba y otra que termina en la Justicia.

"Lo más importante es que la persona se siente escuchada", afirma María Inés Bianco, abogada especializada en acceso a la salud y discapacidad, que litiga en la materia desde el año 2000 y comenzó a incorporar PROMESA (Procedimiento Prejudicial en Materia de Salud) entre sus herramientas. "Yo creo que se evitarían muchos juicios si la gente es escuchada en su prepaga, en su obra social. No todo el mundo quiere litigar"

Para la profesional, ese espacio permite que el beneficiario exponga su situación en un ámbito neutral, aun cuando pueda existir una relación desigual entre las partes. Pero el valor de la mediación no se limita a la posibilidad de alcanzar un acuerdo. Escuchar los argumentos del otro también permite entender dónde está el obstáculo y explorar alternativas para resolverlo.

"Inclusive la otra parte entiende ma-

yormente lo que le está pasando", señala. Y agrega que, aun cuando el conflicto no se resuelva en esa instancia, conocer la posición de la parte prestadora puede orientar los pasos siguientes y ayudar a encontrar una salida por otras vías.

Rapidez para intentar una solución

La rapidez es otro de los factores que la abogada considera centrales. "La inmediatez en salud es fundamental", sostiene. Por eso, cuando identifica un caso en el que puede haber margen para revisar una decisión o superar una traba administrativa, suele proponerles a sus clientes que intenten la mediación antes de iniciar un amparo.

PROMESA es el procedimiento impulsado por la Superintendencia de Servicios de Salud para abordar determinados conflictos de acceso a la salud mediante una instancia de mediación. La posibilidad de intentar una solución en un plazo acotado y con un costo accesible hace que, para la entrevistada, valga la pena explorar esa alternativa cuando las características del caso lo permiten.

María Inés cuenta que había perdido la fe en la mediación prejudicial tradicional. "Realmente había perdido ya la confianza y no lo utilizaba porque era imposible. Ya los abogados no concurrían a las audiencias. [...] Este nuevo procedimiento donde yo veo que hay concurrencia a la otra parte, que es un procedimiento muy accesible en el arancel, y por otra parte el tiempo es muy rápido, es decir, dentro de las 48 horas el mediador tiene que designar una audiencia dentro de los cinco días, o sea, no perdés tiempo. Tu cliente no pierde tiempo, entonces vale la pena intentarlo".

Esa combinación modifica la evaluación que hace al momento de decidir cómo abordar un reclamo: si existe una posibilidad razonable de acuerdo, intentar la mediación puede permitir una solución sin necesidad de iniciar directamente un litigio.

De las trabas administrativas a las alternativas posibles

Uno de los casos que relata es el de un hombre que, al jubilarse, perdió la afiliación a su obra social, pese a haber aportado durante años y continuar derivando aportes como monotributista. Según cuenta Bianco, la situación se pudo revisar y resolver a través de PROMESA.

También menciona conflictos vinculados con la continuidad de prestadores durante tratamientos en curso, especialmente en situaciones complejas de discapacidad. En esos casos, la conversación puede permitir identificar las dificultades concretas y evaluar alternativas: por ejemplo, buscar otro prestador que garantice la continuidad de la atención y que, al mismo tiempo, quede más cerca del domicilio del beneficiario.

No se trata de que toda negativa pueda revertirse ni de que cualquier diferencia admita una solución consensuada. La propia abogada aclara que, cuando existe una negativa contundente frente a una necesidad médica urgente —como la cobertura de una medicación de quimioterapia—, puede ser necesario acudir directamente a la Justicia.

PROMESA puede contribuir a resolver determinados conflictos, pero no alcanza por sí solo para abordar las múltiples causas de la judicialización de la salud. Persisten problemas estructurales vinculados con el acceso a medicamentos, la regulación sanitaria y el cumplimiento de las obligaciones de los financiadores.

Como advierte Bianco, recurrir a la Justicia no siempre implica un mal uso de sus herramientas, sino la necesidad de exigir un derecho: "La gente se ve obligada a utilizar la justicia para que le den lo que le tienen que dar". ■

El valor de la mediación no se limita a la posibilidad de alcanzar un acuerdo. Escuchar los argumentos del otro también permite entender dónde está el obstáculo y explorar alternativas para resolverlo.

La Revista de la Fundación de Estudios para la Salud
es posible gracias al apoyo de:

























Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM

OSDEPYM RENOVÓ SUS AUTORIDADES

El pasado 8 de septiembre, OSDEPYM llevó adelante su **Asamblea General Ordinaria**, durante la cual se realizó la elección de las nuevas autoridades que conducirán la Obra Social durante los próximos cuatro años.
En el marco de esta jornada institucional, y conforme a lo establecido por el Estatuto Social y el Reglamento Electoral, fueron elegidos los integrantes del **Directorio y los Revisores de Cuentas**.
El nuevo Directorio estará integrado por:
Directores titulares: Alfredo Gamietea, Natalia Basile, Miriam Maldonado, Martín Flores y Federico Spraggon.
Directores suplentes: Franco Caviglia, Agustín Ciorciari, Ana Saluzzi, Pablo Fontau y Paul Bruzera.
Revisores de Cuentas:
Titulares: Federico Meca, Ariel Gálvez y Fernando Sasso.
Suplentes: Lorena Camacho, Ornella Barberi y Marilina Riso.
Las autoridades electas **asumirán sus funciones el próximo 10 de noviembre**, dando inicio a un nuevo período de gestión institucional para OSDEPYM.



ESPACIO MUJER EN LOMAS DE ZAMORA



OSDEPYM puso en marcha Espacio Mujer en su Centro Médico de Lomas de Zamora, una propuesta pensada para facilitar el acceso a los controles ginecológicos preventivos y optimizar los tiempos de atención.
El nuevo circuito concentra en un mismo lugar las consultas médicas y los estudios diagnósticos de control, permitiendo a las afiliadas realizar su evaluación preventiva de manera más ágil y evitando traslados entre distintos centros o turnos diferidos.
La iniciativa apunta a fortalecer la prevención, la detección precoz y el seguimiento, dentro de un espacio cuidado y cercano. Además, el proyecto tendrá continuidad en otros Centros Médicos de OSDEPYM, con próximas aperturas previstas en Morón y Microcentro.

OSDEPYM PRESENTE EN EL VIII CONGRESO DE SALUD DE ADECRA CEDIM

Osdepym participó de una nueva edición del Congreso de Salud de Adecra Cedim, realizado en Pilar, un espacio de encuentro que reúne a referentes del sector para analizar los principales desafíos y oportunidades del sistema sanitario.
Durante la jornada se abordaron temas vinculados al envejecimiento poblacional, talento y recursos humanos, innovación y tecnología, gestión, ética, sostenibilidad y contexto económico, promoviendo el intercambio de experiencias y la construcción de propuestas para una salud más eficiente y sostenible.
Seguimos acompañando los espacios de encuentro que contribuyen al desarrollo y fortalecimiento del sistema de salud.



Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM

A UN AÑO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROMESA: DIÁLOGO Y ARTICULACIÓN PARA FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS SANITARIOS

OSDEPYM participó de la jornada por el primer aniversario de PROMESA (Programa de Mediación en Salud), un encuentro que reunió a distintos actores del sistema para analizar la experiencia de su primer año de implementación y los desafíos que se abren hacia una nueva etapa.
Nuestro Gerente General, Facundo Rodríguez, integró el panel en representación de los Agentes del Sistema de Salud, junto a Eduardo Babor, Máximo Fonrouge, Patricia Castelanelli y Adrián Balbín.
El intercambio estuvo centrado en las distintas miradas que intervienen en la gestión de los conflictos sanitarios y en aquellos aspectos que pueden contribuir a encontrar soluciones tempranas: información, coordinación, tiempos, roles, criterios técnicos y decisión institucional.
También se plantearon los desafíos para continuar consolidando PROMESA, a partir de una mayor articulación entre el Estado, los Agentes del Sistema de Salud, las empresas de medicina prepaga, los prestadores y los equipos técnicos y jurídicos.
Desde OSDEPYM valoramos estos espacios de intercambio que permiten compartir experiencias y seguir trabajando de manera articulada frente a los desafíos del sistema de salud.





ENCUENTRO, DIÁLOGO Y NUEVAS MIRADAS SOBRE EL DERECHO DE LA SALUD

En Mercedes, provincia de Buenos Aires, se realizó la reunión anual por el Día de los Órganos de la Colegiación, organizada por el Colegio de Abogados de la Provincia de Buenos Aires.



El evento reunió, entre otros participantes, a los titulares de todas las Comisiones de Salud de los Colegios de Abogados de distintas jurisdicciones de la provincia de Bs As.
Participó el Dr. Agustín Ciorciari, gerente de Relaciones Institucionales de OSDEPYM y director del Instituto de Derecho de la Salud del Colegio de Abogados de San Martín, junto a otros colegas vinculados a la temática.
Generar espacios de diálogo, compartir experiencias y construir nuevas miradas resulta fundamental para acompañar las transformaciones que atraviesa el sistema de salud.
Desde OSDEPYM, celebramos estas iniciativas que fortalecen los vínculos institucionales y promueven el intercambio de conocimiento.

Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM

OSDEPYM ACOMPAÑÓ UNA NUEVA EDICIÓN DE ECON EMPLEO

Participamos de ECON EMPLEO 2026 en la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA, una jornada que reunió a empresas, profesionales y estudiantes en torno a la empleabilidad, el desarrollo profesional y las transformaciones del mundo del trabajo.

Durante el encuentro, el equipo de Recursos Humanos estuvo a cargo del stand institucional de OSDEPYM, con Damián Rojo, gerente del área, junto a Johanna Vizcaíno y Nahuel Roberto Bosyk. Desde allí pudimos acercarnos a quienes participaron de la feria, compartir información sobre nuestra propuesta y generar nuevos espacios de vínculo e intercambio.

Además, Federico Meca, Revisor de Cuentas de OSDEPYM, brindó la charla "La transformación en el mundo del trabajo y su marco impositivo", en la que abordó los cambios que atraviesa el ámbito laboral y los desafíos que plantea este nuevo escenario.

Ser parte de este tipo de iniciativas nos permite seguir fortaleciendo nuestra presencia institucional y participar activamente de espacios de formación, encuentro e intercambio.



JORNADA ACADÉMICA SOBRE FILOSOFÍA DE LA SALUD EN CORRIENTES

Referentes de OSDEPYM-IIDOS y FESAL participaron de la jornada "Filosofía de la Salud: ¿Dónde está la medicina?", organizada por FESAL, el Instituto de Derecho de la Salud del Colegio de Abogados y la Universidad Nacional del Nordeste.

Las exposiciones estuvieron a cargo de Facundo Rodríguez, gerente general de OSDEPYM; Franco Caviglia, presidente de FESAL; y Daniel Roggero, secretario de Relaciones Institucionales de IIDOS, quienes abordaron distintas perspectivas sobre el concepto de salud y los desafíos actuales del sistema sanitario.

La actividad reunió a autoridades provinciales y referentes académicos y fue declarada de interés por la Cámara de Diputados de Corrientes mediante la Resolución N.º 1668.



ENCUENTRO MUJERES QUE LIDERAN



Yanina Helber, gerente de Programas Especiales de OSDEPYM, participó del panel "Voces del Sistema", en el marco del Encuentro Nacional de Mujeres Líderes en Salud, una iniciativa impulsada por CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) que promueve el liderazgo y la participación de las mujeres para contribuir a la transformación del sistema de salud.

Durante el encuentro, referentes de distintos sectores compartieron miradas sobre los principales desafíos del sistema, el liderazgo femenino y las oportunidades de construir una agenda común para la salud.

Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM

OSDEPYM SE NUTRE DE LAS MEJORES PRÁCTICAS GLOBALES PARA SEGUIR TRANSFORMANDO E INNOVANDO EN LA GESTIÓN DE LA SALUD

Fernando Sasso, gerente de Centros Médicos, y José Ariel Gálvez gerente de Ventas y Sucursales participaron del "Seminario Herramientas de Gestión Sanitaria. Hacia un modelo de salud sustentable", que tuvo lugar en Barcelona. Este encuentro permitió generar un valioso espacio de intercambio y aprendizaje junto a referentes e instituciones del destacado sistema sanitario catalán que es reconocido internacionalmente como uno de los modelos de gestión más avanzados e innovadores de Europa.

Durante las jornadas, se abordaron ejes estratégicos para transformar la gestión de la salud:

- Gobernanza sanitaria e integración entre salud y servicios sociales.
- Gestión hospitalaria de alta complejidad e innovación organizativa y digital.
- Uso de datos e Inteligencia Artificial en salud.
- Financiación, asignación de recursos y evaluación económica para la toma de decisiones.

Nuestros representantes en el evento regresaron con aprendizajes clave e ideas



inspiradoras para seguir construyendo una gestión más integrada, innovadora, sostenible y, sobre todo, centrada en las personas y preparada para los desafíos del futuro.

EDUCACIÓN IIDOS

DIPLOMATURA EN SISTEMAS DE DECISIÓN Y GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA SALUD

¿Cómo impactan la gestión de medicamentos, la transformación digital y los nuevos modelos de atención en el funcionamiento del sistema de salud?
En la última clase presencial de la Diplomatura, se abordaron aspectos clave de la gestión sanitaria: la sustentabilidad financiera de los medicamentos de alto costo, la digitalización de los procesos, la atención e internación domiciliaria y los desafíos de la gestión institucional.
La jornada contó con la participación de **Matías Viniegra**, socio gerente de VZ Laboratorios, quien profundizó en la receta electrónica, la interoperabilidad y la transformación digital de los procesos en los laboratorios bioquímicos.
Por su parte, **Gustavo Valdevit**, gerente de Relaciones Institucionales de Redfarm, analizó los desafíos logísticos y económicos vinculados al acceso a medicamentos de alto costo y su impacto en los financiadores del sistema.
Natalia Peinovich, presidenta de Grupo Medincare, abordó el alcance de la atención e internación domiciliaria, sus beneficios para los pacientes y su contribución a la optimización de los recursos sanitarios.
Finalmente, **Humberto Franconieri**, director del Sanatorio Modelo de Caseros, profundizó en los desafíos de la gestión institucional, destacando la necesidad de equilibrar los costos, la eficiencia operativa, la calidad de atención y la sostenibilidad económica.
Cuatro perspectivas complementarias que marcaron el cierre de los encuentros presenciales y permitieron profundizar en los desafíos de un sistema de salud en constante transformación y la importancia de incorporar nuevas estrategias para su gestión.





Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM

OSDEPYM PARTICIPÓ DE EXA 2026 EXPO ARGENTINA CENTRO



Del 24 al 26 de septiembre, OSDEPYM participó de EXA 2026 – Expo Argentina Centro, realizada en San Lorenzo, Santa Fe, un encuentro que reunió a empresas, industrias, PyMEs, emprendedores e instituciones de distintos puntos del país para promover la innovación y el desarrollo productivo.

La Obra Social contó con un stand institucional, donde Ana María Saluzzi, gerente Regional NEA Litoral, y Germán Areses, supervisor Comercial Litoral, junto a integrantes del equipo comercial, compartieron información sobre las propuestas de cobertura de OSDEPYM.

La participación permitió fortalecer el vínculo con empresarios, profesionales, trabajadores independientes, emprendedores y monotributistas, y ampliar la presencia institucional de OSDEPYM en la región.

PRIMER CONGRESO IBEROAMERICANO DE SALUD FICS



OSDEPYM participó como **sponsor del primer Congreso Iberoamericano de Salud FICS**, realizado en Buenos Aires, que reunió a más de **2.500 referentes del sector sanitario de 14 países de Iberoamérica**.

El encuentro convocó a profesionales, directivos y especialistas para intercambiar experiencias y debatir sobre los principales desafíos y transformaciones de los sistemas de salud de la región. El 80 % de los asistentes estuvo integrado por ejecutivos, directores y gerentes con capacidad de decisión.

Autoridades y representantes de OSDEPYM participaron de la jornada, que permitió fortalecer los vínculos institucionales, compartir perspectivas con otros actores del sector y abordar nuevas oportunidades de colaboración para el futuro de la salud.

OSDEPYM COMPARTIÓ LA EVOLUCIÓN DE SU MODELO DE GESTIÓN EN EL ESPACIO EXCELENCIA

OSDEPYM participó del **Desayuno Empresario de EXCELENCIA**, realizado bajo el lema *"Gestionar es el nuevo competir"*, donde presentó el proceso de transformación de su modelo de gestión, iniciado en 2018, y su evolución hacia una visión estratégica orientada a la excelencia.

Durante el encuentro, **Facundo Rodríguez, gerente general de OSDEPYM**, compartió los principales lineamientos de la gestión institucional, mientras que **Alberto Pérez, gerente de Calidad y Mejora Continua**, repasó los avances alcanzados en materia de certificación de procesos, incorporación de indicadores y herramientas de mejora continua.

Actualmente, **OSDEPYM trabaja en el desarrollo de su plan estratégico con el acompañamiento del Espacio EXCELENCIA**, entidad de cuyo Consejo Directivo forma parte. Esta nueva etapa busca consolidar la calidad como un componente central de la gestión y responder a los desafíos que atraviesa el sistema de salud.



Noticias, convenios y toda la información del IIDOS y OSDEPYM

EL FUTURO DE LA SALUD EN LA FERIA IBEROAMERICANA DEL LIBRO DE CHACO



OSDEPYM-IIDOS Y FESAL participaron de la Feria Iberoamericana del Libro en Resistencia, Chaco, donde se presentó el libro "Filosofía de la salud: ¿Dónde está la medicina?".
En el marco de la jornada, Franco Caviglia, presidente de FESAL; Facundo Rodríguez, gerente general de OSDEPYM; y Daniel Roggero, secretario de relaciones institucionales de IIDOS, participaron de un panel en el que debatieron sobre los paradigmas actuales del sistema sanitario y la necesidad de adoptar una mirada amplia e interdisciplinaria.
Durante el encuentro, se destacó la importancia de trascender una visión estrictamente clínica de la salud y de promover un análisis crítico sobre los modelos tradicionales, poniendo en discusión los desafíos que plantea la medicalización de la sociedad.
OSDEPYM-IIDOS Y FESAL continúan impulsando espacios de debate que promueven el pensamiento crítico, la investigación y nuevas herramientas para comprender los grandes desafíos humanos y sociales de nuestro tiempo.

CENA ANUAL A BENEFICIO DE CUERPO & ALMA



OSDEPYM fue auspiciante en la Cena Anual a Beneficio **"Chagas: la orquesta invisible",** organizada por la Asociación Cuerpo & Alma.
La iniciativa tuvo como objetivo acompañar el trabajo que la asociación lleva adelante en comunidades vulnerables del norte argentino, acercando atención médica y promoviendo acciones vinculadas con la prevención y el cuidado de la salud.
Acompañar este tipo de iniciativas reafirma el compromiso de OSDEPYM con acciones que promueven la prevención, la atención y un mayor acceso a la salud en distintas comunidades del país.

OSDEPYM PRESENTE EN LÍDERES DEL FIN DEL MUNDO

En el marco de la primera edición de Líderes del Fin del Mundo, que contó con la presencia de Gustavo Melella, Gobernador de la Provincia de Tierra del Fuego, OSDEPYM auspició el encuentro y participó de la presentación del libro "El Futuro de las Pymes – Lo importante de cambiar antes que crecer" de Damián Di Pace, periodista especializado en economía, analista en medios de comunicación y autor de diversas publicaciones sobre desarrollo económico y empresarial.
La actividad contó con la participación de Pablo Fontau y Federico Meca, autoridades de OSDEPYM, en un espacio de reflexión sobre los desafíos y las oportunidades que atraviesan las pequeñas y medianas empresas.
Acompañar estas iniciativas es parte del compromiso de OSDEPYM con el desarrollo del sector PyME y la generación de espacios de intercambio que contribuyan a pensar el futuro.



SIEMPRE HAY UN **CENTRO MÉDICO OSDEPYM** CERCA TUYO.



MICROCENTRO:
Av. Corrientes 753, piso 6.



MORÓN:
Bartolomé Mitre 1059.



VICENTE LÓPEZ:
Av. Maipú 1960.



LOMAS DE ZAMORA:
Av. Hipólito Yrigoyen 9215.

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