

COLOQUIO “LÍDERES EN SALUD 2026” (WOMEN IN GLOBAL HEALTH, ARGENTINA): DEL DIAGNÓSTICO A LA DECISIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO



FESAL

FUNDACIÓN DE ESTUDIOS
PARA LA SALUD

FUNDACIÓN FESAL

Coloquio “Líderes en Salud 2026” (Women in Global Health, Argentina): del diagnóstico a la decisión en el sistema sanitario argentino

Análisis a partir de la transcripción íntegra del evento (tercera edición, 2026)

1. Resumen ejecutivo

El presente informe sistematiza, con criterios de rigor académico, el contenido de la tercera edición del coloquio “Líderes en Salud”, organizado por Women in Global Health Argentina en 2026, bajo la consigna de pasar “del diagnóstico a la decisión” respecto del sistema de salud argentino de cara a 2030. El evento se estructuró en cuatro bloques temáticos —financiamiento, datos, confianza y agenda legislativa— que convocaron a actores de la economía, la función pública, la academia, la sociedad civil, el sector tecnológico y el ámbito legislativo, con el propósito explícito de “salir del silo” sectorial que históricamente caracterizó la discusión sanitaria en el país. La organización convocante, Women in Global Health Argentina, es el capítulo local de una red global presente en más de 60 países que trabaja por la eficiencia y la equidad de los sistemas de salud, y que en el país articula tres iniciativas insignia: la Alianza Argentina por la Salud de la Mujer (articulación intersectorial), la Consulta Nacional “Lo que las mujeres necesitan” (escucha directa a la población) y el propio coloquio (incidencia pública).

En la apertura institucional se presentaron, a modo de adelanto (“avant première”), los primeros resultados de la Consulta Nacional “Lo que las mujeres necesitan”, con casi 3.500 respuestas relevadas en las 24 provincias sobre una meta de 20.000, cuyo informe completo se anunció para noviembre-diciembre de 2026. Los hallazgos preliminares evidencian una postergación sistemática de la salud femenina: dos de cada tres mujeres del sistema público y una de cada tres con cobertura privada u obra social postergan controles; la mitad de las mujeres de 25 a 34 años posterga la prevención; una de cada tres refiere haber tenido un síntoma minimizado sin diagnóstico ni seguimiento; y ocho de cada diez mujeres del sistema público con personas a cargo postergan su propia

salud por tareas de cuidado, lo que la organización identificó como un determinante de salud aún no suficientemente considerado por el sistema.

El primer bloque temático (financiamiento), moderado por el economista Daniel Maceira, evidenció que Argentina destina cerca del 10,6% del PIB a salud —una proporción elevada en el contexto regional, aproximadamente un punto porcentual más que hace una década— sin que ello se traduzca en mejoras proporcionales de equidad, dado que el gasto de bolsillo creció del 20% al 26% del gasto total en los últimos quince años. Se identificaron problemas estructurales de fragmentación (300 obras sociales nacionales, alta concentración en pocas entidades), de coordinación federal (60% del gasto público en manos provinciales, 20% en la Nación y 20% en los municipios) y de productividad del gasto, con experiencias de eficientización citadas por el ministro de Hacienda y Finanzas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, como la digitalización de procesos, el recupero de costos a obras sociales y la historia clínica electrónica financiada con un préstamo del BID por USD 85 millones. El panelista Gabriel Novick aportó una lectura conceptual sobre la salud como determinante de desarrollo humano y productivo, más allá de su contabilización como “gasto” sectorial.

El segundo bloque (datos), moderado por Cato Mastay, desestimó la analogía del dato de salud como “nuevo petróleo” y propuso, en cambio, un paradigma de custodia (stewardship) responsable frente a la imposibilidad práctica y ética de establecer una “propiedad” unívoca del dato. Se discutieron los riesgos de fragmentación e interoperabilidad limitada del sistema de información sanitario argentino —historias clínicas que no dialogan entre sí, recetas electrónicas sin trazabilidad clínica real, ausencia de certificación ISO 27001 en plataformas de prescripción digital—, la irrupción de plataformas ajenas al sector salud (buscadores, aplicaciones de bienestar, dispositivos de monitoreo) como generadoras masivas de datos, y la necesidad de marcos de gobernanza —con foco en privacidad, calidad/interoperabilidad y representatividad— siguiendo referencias como el marco del Banco Mundial y el modelo descentralizado finlandés. Se destacó también el concepto de “toxicidad financiera” (el gasto de bolsillo alcanzaría el 3% del PIB) y la disponibilidad de nuevas tecnologías de

anonimización, como la prueba de conocimiento cero, para conciliar el uso de datos con la protección de derechos.

El tercer bloque (confianza), moderado por Florencia Ballarino (Chequeado Ciencia), documentó una erosión multinivel de la credibilidad del sistema sanitario, ejemplificada en la caída de la cobertura de vacunación pediátrica (de $\approx 95\%$ a menos de 75% , y en algunos casos por debajo del 50%), la salida de Argentina de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la pérdida de más del 14% de investigadores del CONICET en tres años y una caída superior al 30% en la confianza en los medios de comunicación según el Instituto Reuters. Frente a ello, el caso del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) fue presentado como modelo de construcción de confianza institucional sostenida en normativa, transparencia (sistema SINTRA) y consenso intersectorial permanente con sociedades científicas y consejos de pacientes.

El bloque de cierre, de carácter legislativo y moderado por Jorge Yacobe, expuso la escasa jerarquización política de la salud como tema de agenda electoral —con 280 proyectos de ley pendientes de tratamiento en la Comisión de Salud del Congreso de la Nación—, la desconexión entre la regulación nacional (obras sociales, prepagas, Plan Médico Obligatorio) y la ejecución provincial/municipal, y una reforma en curso a la Ley de Salud Mental que eliminaría la corresponsabilidad del financiamiento nacional. Se propuso el concepto de “licencia social” como palanca para reposicionar la salud en la discusión pública, entendiendo a la opinión pública como aliada y no solo como destinataria pasiva de las políticas sanitarias. El documento cierra con un corolario de aplicación práctica orientado a instituciones del sistema nacional de seguro de salud (SNSS), en línea con el objeto de análisis habitual de FESAL.

2. Hallazgos relevantes: conceptuales y numéricos

2.1. Bloque financiamiento: economía y sostenibilidad del sistema

El panel, moderado por el economista Daniel Maceira (director del MBA en Salud de la Universidad de San Andrés), planteó en su introducción que Argentina atraviesa una transición demográfica (envejecimiento poblacional, caída de la tasa de fecundidad, aumento de la esperanza de vida) y una “acumulación epidemiológica” —persistencia de

enfermedades transmisibles junto al peso creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles—, agravada por factores conductuales (consumo de bebidas azucaradas, alimentos ultraprocesados) y por un contexto de informalidad laboral creciente que debilita la base contributiva de la seguridad social basada en aportes y contribuciones.

Maceira ubicó a Argentina como el país de mayor gasto en salud como porcentaje del PIB dentro del bloque de países de ingresos medios-altos de la región ($\approx 10,6\%$, un punto porcentual más que una década atrás), con mejores resultados sanitarios relativos, aunque advirtió que la comparación regional es heterogénea: hay lecciones para aprender de países como Uruguay o Chile, pero no necesariamente de otros. Subrayó que el problema argentino no es de magnitud del gasto sino de asignación y gestión: “no tenemos un tema de cuánta plata, sino cómo le estamos gastando”, tanto en el sector público como en la seguridad social, en la gestión interna de sanatorios, clínicas y hospitales, y en los seguros y prepagas.

En materia de equidad, se destacó que el gasto de bolsillo pasó del 20% al 26% del gasto total en salud en los últimos quince años, lo que —según el moderador— indica que “el sistema se está volviendo más inequitativo” pese al mayor gasto agregado. Sobre la composición del financiamiento ($10,6\%$ del PIB), se explicó que aproximadamente un 40% corresponde al sistema público, otra porción a los sistemas de aseguramiento social y el 26% restante al gasto de bolsillo. Del gasto público, cerca del 60% es erogado por las provincias, un 20% por la Nación y un 20% por los municipios, lo que —remarcó Maceira— limita la capacidad de las autoridades nacionales para incidir sobre buena parte del financiamiento sanitario, independientemente del signo político de la administración de turno.

Sobre la fragmentación de la seguridad social, se informó que existen 300 obras sociales nacionales (sindicales y de personal de dirección), de las cuales las primeras 20 concentran el 53% de la cobertura, mientras que la entidad número 20 posee apenas el 1,9% del padrón total, lo que sugiere una “cola larga” de entidades con escala insuficiente para operar con eficiencia. También se señaló que las obras sociales provinciales ganan participación en las jurisdicciones más pobres (a falta de seguro de desempleo, el empleo público provincial se utiliza como amortiguador) y la pierden en las más ricas. Un dato

adicional relevante es que el índice de precios del sector salud crece por encima del índice de precios general de la economía, lo que —en palabras del moderador— “pone un desafío adicional en términos de cómo se orienta el dinero”.

El ministro de Hacienda y Finanzas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Gustavo Ariztegui, enfatizó la necesidad de sostenibilidad fiscal intertemporal como principio rector de cualquier política pública, ejemplificando con la constitución de un fondo anticíclico en 2022 —año en que la Ciudad registró superávit financiero de nueve puntos por motivos coyunturales (inercia inflacionaria) y no estructurales— para evitar comprometer gasto corriente futuro con ingresos transitorios. Describió el proceso de planificación presupuestaria plurianual de la Ciudad (que para el ejercicio 2027 comenzó en abril de 2026) como un espacio de “tensión sana” entre la demanda sanitaria creciente y el límite de los recursos disponibles, dado que la presión fiscal ya es alta en la Argentina y no hay margen para financiar mayor gasto mediante nuevos impuestos.

Ariztegui aportó evidencia de productividad creciente en el sistema porteño: una reducción de más de 9.000 puestos administrativos entre 2023 y 2026 convivió con un incremento de apenas 5% en la dotación médica que, sin embargo, se tradujo en más del 30% de incremento en prestaciones médicas, atribuido a la digitalización de procesos —historia clínica electrónica, financiada en parte con un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por USD 85 millones— y al recupero de costos a obras sociales mediante la empresa estatal FACOEP, que factura y cobra las prestaciones brindadas en hospitales públicos a personas con cobertura social. Este mecanismo permitió duplicar los ingresos desde 2023, de los cuales el 25% se destina a salarios médicos y el 75% se reinvierte en el sistema. También describió la obra social de la Ciudad (OSBA), que cubre a más de 200.000 personas (≈ 145.000 activos y ≈ 55.000 pasivos, sin contar a la policía, que tiene obra social propia), gestionada por un directorio mixto (gremio municipal y GCBA), y mencionó que el 5% de cupo legal de empleo para personas con discapacidad se cumple con más de 7.000 trabajadores con Certificado Único de Discapacidad (CUD), cuyas prestaciones son financiadas en su totalidad por la Ciudad.

Gabriel Novick (profesor del IAE Business School, con trayectoria tanto en el sector público —Ciudad de Buenos Aires— como en el privado —Swiss Medical—) introdujo una perspectiva conceptual: la salud no debería entenderse como un sector aislado de la economía, sino como determinante del desarrollo humano y productivo, ilustrando con la brecha de 30 años en la expectativa de vida al nacer entre los países más pobres y los más desarrollados del mundo. Explicó que la salud aparece subrepresentada en la agenda económica porque sus resultados son difíciles de medir y se contabiliza como gasto corriente y no como inversión, mientras que las obras de infraestructura, más visibles, capitalizan mejor políticamente. Señaló que muchas reformas esenciales de salud son “invisibles” para la población, tienen retorno diferido en el tiempo —a menudo más allá de la gestión de un único gobierno— y generan externalidades positivas sobre otros sectores (por ejemplo, el presentismo laboral), lo que dificulta calcular y comunicar su retorno de inversión sociosanitario.

Novick trajo como referencia comparada la Affordable Care Act (“Obamacare”) de Estados Unidos —vigente desde 2013—, que incorporó cobertura a 45 millones de personas sin seguro mediante un esquema de subsidio estatal decreciente, con empresas aseguradoras que, tras un período de ajuste inicial, resultaron rentables; y el posterior Inflation Reduction Act, que introdujo topes al porcentaje del ingreso destinado a primas. Consideró este caso como evidencia de que, incluso en una economía de fuerte orientación de mercado, la intervención estatal para garantizar el acceso a la salud resulta compatible con la sostenibilidad del sector asegurador. Citó también, en relación con la gestión de bienes comunes, la tesis de Garrett Hardin (publicada en la revista *Science* en 1960) sobre “la tragedia de los comunes”, para argumentar que no puede haber plena libertad de mercado en la gestión de un bien común como la salud, y mencionó que esta línea de pensamiento fue posteriormente objeto de un Premio Nobel de Economía (en referencia a los trabajos de gobernanza de los bienes comunes).

El panel coincidió en que la desregulación reciente del sistema de obras sociales —que habilitó la migración directa a prepagas bajo el régimen de libre elección, con más de 2.000.000 de personas que ya optaron por este mecanismo— constituye un paso positivo en términos de libertad de elección y mejora del acceso, pero plantea una tensión no

resuelta entre esa libertad individual y la sostenibilidad del pool de riesgo solidario, en la medida en que quienes migran suelen ser los aportantes de menor riesgo relativo, debilitando potencialmente el esquema de solidaridad intergeneracional e intercategorías que sostiene a las 300 obras sociales nacionales antes mencionadas. También se discutió la creciente derivación de pacientes con cobertura formal degradada (por caída del salario real) hacia el sistema público, fenómeno que en la Ciudad de Buenos Aires se ve agravado por la atención de personas residentes en otras jurisdicciones que trabajan en la Ciudad, así como por la existencia de hospitales de referencia nacional radicados en su territorio.

El bloque cerró con una pregunta abierta formulada por la moderación: “¿Qué está dispuesto a resignar cada sector para que el sistema sea viable antes de que la crisis decida por nosotros?”, sintetizando la tensión entre productividad —eje que atravesó las tres intervenciones— y solidaridad, como los dos polos que estructuran el debate sobre el financiamiento sanitario argentino de cara a 2030.

2.2. Bloque datos: gobernanza, custodia y disrupción tecnológica

El panel fue moderado por Cato Mastay (Health Policy Expert, profesor del MBA en Salud de la UDESA) e integrado por Ariela Fefer (chief operating officer de Softech), Fabio Budris (miembro del board de la Sociedad Argentina de Inteligencia Artificial), Vanina Camporeale (especialista senior del Banco Mundial en la práctica global de salud y nutrición) y María Isabel Íñigo Petralanda (especialista en bioética, Comisión Nacional de Bioética y directora del capítulo de Inteligencia Artificial y Tecnologías Data-Driven en Salud del Instituto de Bioética de la UCA).

En su apertura, Mastay relató haber escuchado en un ámbito empresarial la analogía de los datos de salud como “el nuevo petróleo” y la refutó: mientras el petróleo se extrae, se refina y se vende, los datos de salud se generan continuamente en cada consulta, receta y estudio, y el sistema sigue tomando decisiones “como si no existieran”. Sostuvo que Argentina no tiene un problema de escasez de datos sino de gestión: “qué hacemos con ellos, quién los mira, cuándo y cuándo llegan a la persona que tiene que decidir”. Citó a la investigadora hispanomexicana Carissa Véliz (Universidad de Oxford), autora de la

frase “los datos no son un recurso neutro, son poder”, para señalar que ese poder está mal distribuido entre el paciente, el sistema y quien sabe interpretar la información.

Mastay enumeró fallas estructurales recurrentes del sistema de información sanitario argentino: historias clínicas electrónicas que no dialogan entre instituciones (mencionó una experiencia impulsada por residentes del Hospital Italiano que no logró escalar), recetas electrónicas que “resolvieron la firma” digital pero no la trazabilidad clínica real, y el fenómeno de la “toxicidad financiera” —el gasto de bolsillo que los hogares asumen ante una enfermedad, hoy estimado en el 3% del PIB argentino—, agravado por la instalación de facto del copago en el país “sin una normativa” que lo regule explícitamente. Cerró su intervención con la idea de que “el reflejo de un dato no está en tenerlo, está en el momento exacto” en que llega a quien lo necesita: si no llega a tiempo, sostuvo, “no es un dato en salud (...) es un archivo”.

Fabio Budris planteó que el sector atraviesa “un momento de disrupción total” en el que todos los parámetros de pensamiento sobre datos están cambiando, y amplió el objeto de discusión más allá de la historia clínica: dispositivos de uso personal (relojes inteligentes, monitores de ritmo cardíaco) generan datos de salud de manera continua, lo que redefine quién produce información sanitaria —no solo farmacéuticas, médicos, centros de salud o empresas, sino también las personas mismas—.

María Isabel Íñigo Petralanda argumentó, desde la bioética, que no puede hablarse de “dueño” del dato de salud porque metodológicamente el dato no es la persona sino un “capto” (una toma consciente y parcial de la realidad), y que el paradigma vigente es informático y “data driven”, atravesado por consumos permanentes que condicionan la capacidad cognoscente de elegir. Propuso reemplazar la pregunta por la propiedad por la de la titularidad o responsabilidad (“stewardship”) adjudicada a cada actor del ecosistema —la clínica, el tomador de decisión, el Estado, la persona—, subordinada siempre a la finalidad del uso: “el dato no se mide por propiedad (...) se mide por custodia”. Señaló que ni siquiera la historia clínica es, en sentido estricto, propiedad exclusiva del paciente, sino de la institución que la custodia dentro de un ecosistema de gobernanza compartida, y diferenció la anonimización (irreversible) de la

seudonimización (reversible, necesaria por ejemplo ante eventos adversos en ensayos clínicos que requieren reidentificar a la persona).

Vanina Camporeale, desde su rol de especialista en salud del Banco Mundial para Argentina y Colombia, distinguió entre tener datos, tener información/conocimiento y tener legitimidad para actuar sobre ese conocimiento, ubicando a la gobernanza como el puente entre ambos extremos. Presentó el marco de gobernanza de datos en salud del organismo, estructurado en tres focos: (i) la persona —privacidad, transparencia y uso legítimo, es decir, para qué fin se cede un dato—; (ii) la calidad, interoperabilidad y arquitectura tecnológica de los sistemas; y (iii) la representatividad de la población reflejada en el dato, advirtiendo que “una búsqueda no significa una enfermedad” ni “muchas búsquedas agregadas significan un brote” epidemiológico. Concluyó que la pregunta relevante no es quién es dueño del dato sino quién lo custodia, con qué finalidad y bajo qué reglas lo comparte.

Fabio Budris aportó una segunda intervención sobre tecnologías de anonimización disruptivas, en particular la “prueba de conocimiento cero” (zero-knowledge proof), que permitiría compartir datos de salud de manera verificable sin revelar la identidad de la persona, así como la interoperabilidad descentralizada de dispositivos (tablet o celular) sin necesidad de redes cableadas dedicadas. Íñigo Petralanda coincidió en que estas herramientas constituyen “las salvaguardas” que permiten reconciliar la explotación analítica del dato con el resguardo de derechos individuales.

Entre el público, un participante identificado como Adolfo Hernández (secretario nacional de la Comisión Internacional de Salud Educacional para Argentina) diferenció el derecho a la información médica del paciente del régimen de secreto profesional y de protección de datos personales, remarcó la exigencia de consentimiento informado para fines de investigación con datos anonimizados, y advirtió que ninguna de las plataformas de recetas electrónicas utilizadas en el país está certificada bajo la norma ISO 27001, pese a haberse registrado filtraciones de datos incluso en nubes consideradas seguras a nivel mundial, en algunos casos con fines extorsivos. Agregó que, mientras no exista una base de datos verdaderamente universal, toda muestra estará sesgada por la población

relevada, ejemplificando con la falta de registro documental de buena parte de los pueblos originarios en Argentina.

Mastay retomó el problema federal de los datos: las 24 provincias generan grandes volúmenes de información que rara vez se articulan entre sí o con la Nación, utilizándose muchas veces como argumento de negociación política antes que como insumo de gestión. Propuso fortalecer las capacidades provinciales de generación y uso de datos, en lugar de imponer una lógica centralizada desde el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), y mencionó el programa federal argentino de intercambio de datos en salud (lanzado hacia 2017, con apoyo del Banco Mundial) como una “autopista federal” de intercambio aún en construcción, así como el modelo descentralizado finlandés como referencia comparada de mediano y largo plazo, que requiere continuidad de gestión, recursos, estándares de interoperabilidad y acuerdos entre jurisdicciones y con el sector privado.

Ariela Fefer, desde la perspectiva de una empresa de tecnología que da servicios a obras sociales, prepagas y hospitales, señaló que buena parte del sector ya digitalizó información, pero aún no la analiza sistemáticamente: los datos suelen estar aislados por organismo (prepaga, laboratorio, otro efector), faltando conciencia sobre su potencial predictivo y preventivo. Coincidió con Camporeale en la importancia de avanzar mediante pilotos concretos, con principios de curaduría responsable, transparencia algorítmica y auditoría de los modelos utilizados para la toma de decisiones, distinguiendo un testimonio individual (“un caso aislado”) de la información agregada útil para decidir políticas.

El bloque cerró con una advertencia de Fabio Budris sobre la velocidad de la disrupción tecnológica —tomando como referencia la evolución de los modelos de inteligencia artificial conversacional en apenas dos años— y su proyección geométrica sobre el sistema de salud en un horizonte de cuatro a diez años, alertando que “la inteligencia artificial sin dato no sirve para nada” y que, por lo tanto, el dato será disputado por actores con o sin experiencia previa en salud, lo que exige regulación y gobernanza anticipatoria. La pregunta de cierre formulada por la moderación fue: “Si el Estado no gobierna sus propios datos de salud, ¿puede realmente planificar su política sanitaria?”.

2.3. Bloque confianza: desinformación, vacunación y legitimidad institucional

El bloque fue moderado por Florencia Ballarino (jefa de redacción y líder de Chequeado Ciencia) y contó con la participación de Daniela Hansel Croch (directora de Tecnologías y Sistemas de Información del INCUCAI), Ignacio Maglio (jefe del Departamento de Riesgo Médico Legal del Hospital Muñiz y miembro del Board de Bioética de la UNESCO) y Graciela Ocaña (legisladora de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y exministra de Salud de la Nación).

En su introducción, Ballarino planteó que la confianza es la base de la cooperación humana y resulta especialmente crítica en salud, donde el paciente deposita en el sistema no solo su atención sino, en ocasiones, su propia vida. Señaló la paradoja de la abundancia informativa: la recomendación médica, la evidencia científica y la alerta sanitaria compiten hoy, en pie de igualdad algorítmica, con un video de un influencer o un mensaje de origen desconocido, y suele ganar la atención el contenido que apela a la emoción antes que el que cuenta con mayor respaldo científico. Definió la desinformación en salud como un fenómeno de doble vía: erosiona la confianza en las instituciones (el caso paradigmático es la caída de la vacunación) y, a la vez, es alimentada por un terreno fértil de desconfianza previa hacia instituciones débiles.

Daniela Hansel Croch explicó que el modelo de confianza del INCUCAI se apoya en dos pilares —donantes y receptores— atravesados por un marco normativo extenso, cuyo cumplimiento se garantiza mediante un sistema de información (SINTRA) que registra cada proceso crítico avalado por una norma, con acceso a la información disponible en las mismas condiciones para todos los actores del ecosistema (prestadores, financiadores, laboratorios y pacientes), lo que se traduce en una fortaleza de transparencia: cualquier paciente puede consultar el estado de la lista de espera de trasplantes en tiempo real. Agregó que las normas del organismo se construyen por consenso con sociedades científicas, comités de bioética, equipos de trasplante y un consejo asesor de pacientes, y que este modelo ha sido tomado como referencia por otros países de la región, siendo España el país que la Argentina toma como horizonte de comparación en materia de tasa de donación.

Graciela Ocaña sostuvo que la confianza interpersonal médico-paciente permanece relativamente sólida, pero lo que se ha erosionado es la confianza en el sistema en su conjunto: la percepción de que, pese al reconocimiento formal del derecho a la salud, el acceso oportuno no está garantizado (ejemplificó con un caso reciente de una persona que debió “pelear” para ser atendida de urgencia en un hospital bonaerense). Señaló que esta sensación de “carrera de obstáculos” lleva a las personas a recurrir a la inteligencia artificial conversacional, disponible las 24 horas, como primera fuente de orientación ante un síntoma. Respecto de la desconfianza hacia la prescripción médica, indicó que el paciente percibe intereses del sistema (por ejemplo, en la indicación de marcas de prótesis no cubiertas por la seguridad social) y reclamó mayor “docencia” por parte de las autoridades sanitarias sobre qué prestaciones cubre efectivamente el sistema, para evitar que la falta de cobertura se interprete como falta de transparencia o mala fe.

Ignacio Maglio situó la confianza como un principio esencial en toda relación asimétrica de poder —como la que existe entre el equipo de salud y el paciente, al que el filósofo Engelhardt caracterizó como “extraños morales”—, y atribuyó su erosión a tres factores: (i) el distanciamiento entre el experto y el profano, agravado por la dificultad de “escuchar” antes de responder en la era digital; (ii) la caída de la cobertura de vacunación pediátrica, que pasó de ≈95% antes de la pandemia a menos de 75% en la actualidad, y en algunos casos por debajo del 50%, fenómeno que calificó de “tragedia sanitaria” explicada en parte por la “paradoja del éxito” (enfermedades ya erradicadas dejan de percibirse como riesgo) y por el temor a eventos adversos de la vacunación; y (iii) la irrupción de la inteligencia artificial conversacional, que —a diferencia del médico— tiende a ser complaciente con el usuario, lo que paradójicamente le otorga mayor credibilidad emocional inmediata.

Maglio vinculó explícitamente el retiro de Argentina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la erosión de la confianza en materia de salud colectiva, y lo situó en un contexto más amplio de repliegue estatal en ciencia y tecnología, mencionando una pérdida de más del 14% de investigadores del CONICET en los últimos tres años. Contrastó la respuesta sanitaria argentina durante la pandemia de COVID-19 —que,

según sus cálculos, evitó aproximadamente 300.000 muertes— con el caso de Brasil, donde un discurso antivacunas y anticientífico habría promovido muertes evitables, para sostener la tesis de que “la desconfianza mata”. Añadió que la reconstrucción de la confianza requiere también condiciones de trabajo dignas para el personal de salud (mencionó que en la Ciudad de Buenos Aires la enfermería aún no está reconocida como profesión de salud autónoma), señalando la contradicción entre los aplausos nocturnos al personal sanitario durante la pandemia y la persistencia de la precarización laboral del sector.

Ballarino introdujo además, sobre el rol del periodismo, datos del Instituto Reuters que muestran una caída superior al 30% en la confianza en las noticias como insumo informativo, reconociendo falencias del propio sector en materia de chequeo de fuentes y contextualización de datos sanitarios.

Sobre cómo reconstruir la confianza, el panel coincidió en un conjunto de líneas de acción: hacer “docencia” sistemática sobre derechos y coberturas; dar visibilidad a la transparencia de precios (se mencionó como ejemplo la disparidad entre el precio de compra de un mismo medicamento por PAMI —\$140.000— y por la obra social de la Ciudad —\$1.000—); recuperar la escucha activa en la consulta médica pese a la limitación estructural de los tiempos de atención; regular la oferta de “consultas médicas” ofrecidas en plataformas de comercio electrónico sin verificación profesional; y —en palabras de Maglio, retomando a Hipócrates y la escuela de Cos— recordar que “muchos pacientes se curan solamente con la satisfacción que les produce un médico que los escuche”, atributo compasivo que la tecnología, por carecer de cuerpo y de moralidad orgánica, no puede reemplazar. El bloque cerró con la pregunta: “¿Qué hicimos nosotros para que dejaran de creernos y cómo se reconstruye ese vínculo?”, y con palabras clave propuestas por la moderación para la reflexión posterior: docencia, consenso, transparencia, accesibilidad, recomposición del sistema, derechos y límites del arte médico.

2.4. Bloque legislativo: agenda política y federalismo sanitario

El panel de cierre fue moderado por Jorge Yacobe (director de Yacobe y Asociados) y contó con la participación de Claudia Palladino (diputada nacional por Catamarca,

médica pediatra, vicepresidenta de la Comisión de Salud) y Silvia Lospennato (legisladora de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con diez años de trayectoria previa como diputada nacional). Yacobe se presentó explícitamente como ajeno al sector salud, y orientó el panel hacia una reflexión abierta sobre los tres ejes previos —financiamiento, datos y confianza— antes que hacia el anuncio de decisiones concretas.

Consultada sobre qué tema le “quita el sueño”, Lospennato eligió el eje de la confianza y la desinformación, por su impacto transversal sobre la convivencia social: describió el pasaje de un sistema de validación editorial (publicaciones con referato) a un ecosistema de creación de contenido sin curaduría, muchas veces motivado por intereses comerciales, que generó lo que calificó como una “pandemia de desinformación” con consecuencias graves, en particular sobre la vacunación. Relató haber sido ella misma víctima de una campaña de desinformación, incluyendo un video generado con inteligencia artificial, durante una campaña electoral, para subrayar la magnitud del fenómeno.

Claudia Palladino, desde su doble rol de médica pediatra y legisladora, señaló que el desafío no es solo de contenidos sino regulatorio: a diferencia de un medicamento o una práctica médica nueva, que deben cumplir normativas de habilitación, la información sanitaria que circula en redes sociales y aplicaciones de bienestar carece de cualquier control equivalente, un problema que calificó de internacional y no exclusivamente argentino, aunque mencionó que países como España ya avanzan en su regulación. Ambas legisladoras coincidieron en que, cuando la regulación estatal llega, la tecnología —y el daño potencial— ya se produjo, lo que exige anticipación normativa.

El debate se tensionó respecto de la vacunación: Palladino sostuvo que el problema no es la falta de información científica disponible (sociedades científicas como la de Pediatría e Infectología difunden campañas), sino la ausencia de una estrategia de comunicación sostenida por parte del Ministerio de Salud de la Nación —a quien calificó como rector del sistema y articulador de políticas transversales con las provincias— capaz de traducir datos de cobertura en mensajes claros para la población (ejemplificó con los umbrales de alarma epidemiológica: menos de 85% de cobertura es una situación grave, menos de 90% es de alerta, y más de 95% es la meta deseable). Lospennato

coincidió y agregó que, además de campañas de comunicación, hay jurisdicciones —citó el caso de Mendoza— que avanzaron con marcos normativos locales que aplican sanciones o restricciones ante el incumplimiento del calendario obligatorio de vacunación, en un paralelismo con otras restricciones ya aceptadas socialmente (como las que rigen para deudores alimentarios), y llamó a dar con seriedad el debate sobre los límites entre libertad de expresión y difusión de información falsa en salud, particularmente cuando afecta a niñas, niños y adolescentes.

Se reportó la existencia de 280 proyectos de ley pendientes de tratamiento en la Comisión de Salud del Congreso de la Nación —de los cuales solo se había convocado una reunión, destinada a la designación de autoridades—, así como preocupación por una reforma en curso a la Ley de Salud Mental que eliminaría la corresponsabilidad del financiamiento nacional, trasladando la carga a las provincias sin aviso previo suficiente para adecuar sus presupuestos, con impacto desigual según la capacidad fiscal de cada jurisdicción. Palladino ejemplificó con Catamarca, donde aproximadamente el 40% de la población no cuenta con cobertura de obra social ni prepaga y depende exclusivamente del subsector público, y describió estrategias locales de complementación público-privada (por ejemplo, tercerizar servicios de baja frecuencia, como la hemodinamia, en lugar de duplicar capacidad instalada) desarrolladas a partir del aprendizaje acumulado durante la pandemia.

Lospennato profundizó sobre la desconexión entre niveles de gobierno: como legisladora de la Ciudad de Buenos Aires solo tiene incidencia sobre la regulación de la salud pública local, mientras que la regulación de obras sociales y prepagas —que cubren a una proporción sustancial de la población porteña— es potestad nacional; una desconexión que también vivió como diputada nacional respecto del Plan Médico Obligatorio (PMO), cuyas modificaciones rara vez contemplan la capacidad presupuestaria provincial de afrontarlas. Ilustró la tensión interjurisdiccional con la movilidad diaria de aproximadamente 3.000.000 de personas desde la Provincia de Buenos Aires hacia la Ciudad, que en 2026 generó un aumento de más del 30% en la demanda del sistema público porteño, obligando a priorizar la atención de residentes de la Ciudad y

restringiendo, de hecho, el acceso de pacientes de otras jurisdicciones que antes se atendían allí.

El panel debatió por qué la salud no logra instalarse como tema prioritario en la agenda electoral, coincidiendo en que no constituye un tema “taquillero” para ganar elecciones —a diferencia de la seguridad o de temas económicos más inmediatos— pese a haber sido reconocida como esencial durante la pandemia, junto con la educación y otras ocupaciones mayoritariamente feminizadas. Yacobe propuso el concepto de “licencia social” —tomado del ámbito de la comunicación política— como la legitimidad y el prestigio que la opinión pública otorga a una institución, que la protege de decisiones políticas adversas (utilizó la analogía de que ningún gobernante recortaría el presupuesto de bomberos por temor a la reacción social), y sostuvo que el sistema de salud suele percibir a la opinión pública únicamente como paciente y no como aliado, decisor o defensor potencial. Propuso salir del lugar de la queja y “autoconstruir soluciones” que, sostenidas por la ciudadanía, obliguen a la política a acompañarlas.

Ambas legisladoras coincidieron con este diagnóstico: Lospennato valoró la autoridad social que aún conservan los “guardapolvos blancos” y remarcó la necesidad de dar mayor volumen público a las vocerías médicas especializadas (mencionó como ejemplo al ministro de Salud porteño, Fernán Quiroz); Palladino conectó el reclamo con el principio de participación comunitaria en el diseño de políticas públicas, señalando que, aunque la salud no encabece las encuestas de prioridades nacionales, en el territorio y los barrios sí es percibida como un problema central, agravado por barreras de acceso (peregrinar entre efectores), el costo creciente de los medicamentos y el consecuente recurso al endeudamiento informal o a plataformas de crédito con tasas elevadas para afrontar gastos de salud. El bloque —y el coloquio en su conjunto— cerró con la convocatoria a consolidar lo debatido en un documento 2026 que el Consejo Asesor de Women in Global Health Argentina publicaría dentro de los quince días posteriores al evento, para su circulación entre decisores públicos y privados del sistema.

2.5. Lectura transversal: ejes que atraviesan los cuatro bloques

Más allá de la organización temática propuesta por los organizadores, del análisis integral de la transcripción emergen al menos cuatro tensiones estructurales que

atraviesan los cuatro bloques y que resultan de particular interés para el análisis institucional del sistema de salud argentino.

Productividad versus solidaridad: el bloque de financiamiento mostró que las ganancias de eficiencia (digitalización, recupero de costos, reducción de estructuras administrativas) conviven con una erosión del componente solidario del sistema, expresada tanto en el crecimiento del gasto de bolsillo como en la migración hacia esquemas de libre elección que debilitan potencialmente el pool de riesgo de las obras sociales.

Fragmentación federal: los cuatro bloques —financiamiento, datos, confianza y agenda legislativa— identifican, con distintas palabras, el mismo obstáculo estructural: la convivencia de tres subsistemas (público, seguridad social, privado) y tres niveles de gobierno (nación, provincias, municipios) sin mecanismos robustos de coordinación, lo que se traduce en desigualdad territorial de acceso, en falta de interoperabilidad de la información sanitaria y en desconexión entre la regulación nacional y la capacidad de ejecución provincial.

Disputa por la legitimidad para decidir: en el bloque de datos, la disputa es sobre quién puede legítimamente usar el dato de salud (custodia responsable); en el bloque de confianza, sobre quién tiene autoridad legítima para orientar las decisiones sanitarias de las personas (el médico, el Estado, la inteligencia artificial, el influencer); y en el bloque legislativo, sobre qué actor —Nación, provincia, sector privado, opinión pública— debe asumir el costo político y presupuestario de sostener el sistema.

El género como eje transversal no resuelto: los datos preliminares de la Consulta Nacional “Lo que las mujeres necesitan”, presentados en la apertura, no fueron retomados de manera explícita en los paneles temáticos posteriores, lo que sugiere una oportunidad de profundización para futuras ediciones del coloquio y para el propio análisis institucional, en particular respecto de la relación entre tareas de cuidado no remuneradas y postergación de la atención sanitaria femenina.

3. Frases textuales de mayor impacto

Se seleccionan a continuación citas literales extraídas de la transcripción del coloquio, ordenadas según su aparición en los distintos bloques temáticos, por su valor conceptual o su potencial de síntesis argumentativa.

Autor/a e institución	Cita textual
Gabriela Apiris (board Women in Global Health)	“Los desafíos ya están todos diagnosticados. Lo que definirá nuestro futuro serán las decisiones que tengamos el coraje de tomar juntos.”
Daniel Maceira (economista, director MBA en Salud, UDESA)	“No tenemos un tema de cuánta plata, sino cómo le estamos gastando (...) tanto los seguros, tanto las prepagas.”
Gabriel Novick (IAE Business School)	“La libertad en el uso de un bien común lleva la ruina del conjunto (...) no puede haber libertad en la gestión de los bienes comunes.”
Cato Mastay (moderador, Panel Datos)	“Los datos de salud (...) se generan todos los días en cada consulta, en cada receta, en cada estudio y sin embargo seguimos tomando decisiones como si no existieran.”
Cato Mastay, citando a Carissa Véliz (Universidad de Oxford)	“Los datos no son un recurso neutro, son poder.”
María Isabel Íñigo Petralanda (bioética, UCA)	“No se puede hablar de quién es el dueño del dato (...) el dato es de quien pueda llevarlo de manera responsable.”
Vanina Camporeale (Banco Mundial)	“¿Quién custodia los datos y con qué finalidad y con qué reglas comparte esos datos? (...) eso me parece que es lo más relevante.”
Fabio Budris (Sociedad Argentina de Inteligencia Artificial)	“La IA sin dato no sirve para nada (...) el dato debe ser regulado de alguna manera, gobernado de alguna manera.”
Ignacio Maglio (Hospital Muñiz / UNESCO Bioética)	“Muchos pacientes se curan solamente con la satisfacción que les produce un médico que los escuche” (atribuida a la Escuela de Cos, ≈2500 años).

Autor/a e institución	Cita textual
Ignacio Maglio	“La desconfianza mata.”
Graciela Ocaña (legisladora CABA, exministra de Salud)	“La salud pública no es gratis. La salud pública es financiada por todos.”
Jorge Yacobe (moderador, Panel Legislativo)	“La licencia social es el permiso que te da la opinión pública para hacer lo que hacés (...) si el sistema de salud va de la mano de la gente (...) la política se va a arrodillar.”
Silvia Lospennato (legisladora CABA)	“Difundir información falsa en materia de salud es grave y le hace un mal a la sociedad.”
Emilia Caro (presidenta Women in Global Health Argentina)	“Esta consulta no es nuestra. Esta consulta es del sistema de salud. Nosotros la ponemos a disposición del sistema de salud.”
Daniel Maceira	“Argentina (...) es el país que más gasta en salud en términos de porcentaje del PIB (...) el problema es que es una región muy desigual.”
Gustavo Ariztegui (ministro de Hacienda y Finanzas, GCBA)	“Hoy no hay margen para pedir más financiamiento vía impuestos. Eso no existe hoy.”
Gabriel Novick	“La perspectiva de lo que es el sector salud toma otra dimensión (...) casi que uno se pregunta: ¿qué queda fuera del sector?”
Ariela Fefer (Softech)	“Falta (...) una conciencia todavía de qué hago con ese dato. ¿Qué información? ¿Qué predicción? ¿Qué puedo anticipar?”
María Isabel Íñigo Petralanda	“El tema (...) baja un poco más el copete (...) por eso existen comités de ética en investigación: esa necesidad en salud no es antojadiza, necesita una evidencia.”
Graciela Ocaña (legisladora CABA, exministra de Salud)	“No se le puede pedir al paciente que tenga confianza, porque la confianza es algo que se construye (...) en el tiempo.”

Autor/a e institución	Cita textual
Daniela Hansel Croch (INCUCAI)	“Cada proceso crítico del INCUCAI está registrado y avalado por una norma.”
Claudia Palladino (diputada nacional por Catamarca)	“¿Cómo priorizo con lo que tengo? ¿Qué acciones voy a priorizar para la comunidad que tengo a cargo?”
Silvia Lospennato	“Seguimos generando inequidades (...) no podemos garantizar un estándar de calidad uniforme en todo el país.”
Jorge Yacobe	“El sistema de salud ve a la opinión pública únicamente como pacientes (...) y no los ven como defensores y (...) decisores.”

4. Metodología

El presente informe se elaboró mediante análisis cualitativo de contenido sobre la transcripción íntegra —en formato de texto corrido, sin marcas de tiempo ni diarización explícita de hablantes más allá de las presentaciones realizadas por la moderación— del coloquio “Líderes en Salud 2026”, organizado por Women in Global Health Argentina. El corpus corresponde a la totalidad de las intervenciones registradas en el evento: apertura institucional, presentación de resultados preliminares de la consulta nacional “Lo que las mujeres necesitan”, y los cuatro paneles temáticos (financiamiento, datos, confianza y agenda legislativa), incluyendo el cierre a cargo de la moderación.

El procedimiento aplicado combinó: (i) lectura íntegra del corpus para identificación de unidades temáticas y de participantes; (ii) codificación temática abierta, organizada según los ejes definidos por la propia organización del evento; (iii) extracción de datos numéricos y afirmaciones fácticas mencionadas por los expositores, sistematizados en tablas para facilitar su consulta; (iv) selección de fragmentos textuales de alto valor argumentativo o de síntesis conceptual, citados de manera literal; y (v) elaboración de un corolario de aplicación práctica orientado a la actividad institucional de análisis normativo y de política sanitaria.

5. Glosario

Término	Definición operativa (según uso en el coloquio)
Gasto de bolsillo	Erogación directa que realiza el hogar o la persona en el momento de la atención (copagos, medicamentos, prácticas no cubiertas), sin mediación de un tercer pagador.
Toxicidad financiera	Impacto económico y emocional que el gasto de bolsillo en salud genera sobre los hogares, especialmente ante enfermedades crónicas o de alto costo.
Stewardship / custodia del dato	Modelo de gobernanza que reemplaza la noción de “propiedad” del dato de salud por la de responsabilidad y rendición de cuentas sobre su uso, finalidad y resguardo.
Interoperabilidad	Capacidad de los sistemas de información en salud (historia clínica, obra social, hospital) de intercambiar y utilizar datos de manera coherente entre distintos actores y jurisdicciones.
Prueba de conocimiento cero (zero-knowledge proof)	Técnica criptográfica que permite compartir o validar datos de una persona sin revelar su identidad, citada como herramienta de anonimización avanzada.
Federalismo sanitario / fragmentación	Convivencia de tres subsistemas (público, seguridad social, privado) y tres niveles de gobierno (nación, provincias, municipios) con potestades regulatorias y de financiamiento distribuidas y escasamente coordinadas.
Recupero de costos	Mecanismo por el cual el subsector público factura y cobra a las obras sociales o prepagas las prestaciones brindadas a sus afiliados en efectores públicos.
Licencia social	Legitimidad y prestigio que la opinión pública otorga a una institución o sector, protegiéndolo de decisiones políticas adversas.

Término	Definición operativa (según uso en el coloquio)
Desinformación en salud (infodemia)	Circulación de contenidos sobre salud sin sustento científico o verificación, amplificada por plataformas digitales y redes sociales, con impacto directo sobre indicadores como la cobertura de vacunación.
Determinantes sociales de la salud	Condiciones económicas, sociales y de cuidado (por ejemplo, las tareas de cuidado no remuneradas) que inciden en el estado de salud de las personas más allá de la atención médica.
Plan Médico Obligatorio (PMO)	Conjunto de prestaciones de cobertura obligatoria para obras sociales y entidades de medicina prepaga en Argentina, cuya definición es potestad nacional.
Fondo anticíclico	Mecanismo de ahorro de excedentes fiscales transitorios para sostener el gasto público, incluido el sanitario, en períodos de contracción económica.
Pool de riesgo	Conjunto de personas cuyos aportes y riesgos de salud se agrupan y compensan entre sí dentro de un esquema asegurador o de seguridad social.
Régimen de libre elección / desregulación de obras sociales	Mecanismo que permite optar directamente por una prepaga en lugar de la obra social de origen, discutido por su impacto sobre la solidaridad del sistema.
Corresponsabilidad de financiamiento	Esquema por el cual la Nación y las provincias comparten obligaciones de financiamiento de una política sanitaria determinada.
Judicialización de la salud	Fenómeno por el cual los reclamos de cobertura o prestación son resueltos por la vía de amparos judiciales ante la falta de respuesta administrativa o contractual oportuna.

6. Corolario de aplicación práctica

Desde la perspectiva del análisis institucional aplicado al sistema nacional de seguro de salud (SNSS), el coloquio ofrece insumos directamente transferibles a la actividad de producción normativa y de litigación en salud:

Financiamiento y equidad: el incremento sostenido del gasto de bolsillo (20% a 26% en quince años) constituye un indicador de alerta para el monitoreo de la equidad prestacional en obras sociales y prepagas, y refuerza la relevancia de reportes que analicen la incidencia de copagos y coberturas parciales sobre los beneficiarios.

Fragmentación institucional: la concentración observada en las obras sociales nacionales (20 entidades con el 53% de la cobertura) y la coexistencia de tres subsistemas y tres niveles de gobierno constituyen contexto relevante para el análisis de la sostenibilidad de mecanismos de solidaridad como el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) y otros esquemas de subsidio cruzado.

Gobernanza de datos: el paradigma de custodia responsable (stewardship) frente a la noción de propiedad del dato, junto con los estándares de privacidad, interoperabilidad y representatividad expuestos, resulta pertinente para el diseño de cláusulas de protección de datos en informes técnico-legales que aborden litigiosidad, autorización previa o sistemas de historia clínica electrónica.

Judicialización y confianza institucional: la erosión de confianza documentada (caída de vacunación, retiro de la OMS, desconfianza en medios) es un factor contextual relevante para explicar el crecimiento de la litigiosidad en salud y la búsqueda de tutela judicial por parte de los beneficiarios, línea de trabajo ya desarrollada en informes previos sobre amparos de salud.

Agenda legislativa: el relevamiento de 280 proyectos de ley sin tratamiento y la reforma en curso a la Ley de Salud Mental (con eventual eliminación de la corresponsabilidad de financiamiento nacional) constituyen antecedentes a monitorear para la actividad de seguimiento normativo institucional.

Comunicación institucional: el concepto de “licencia social” y las recomendaciones sobre transparencia, docencia sanitaria y vocerías especializadas resultan aplicables al diseño

de estrategias de comunicación institucional y de visibilidad ante públicos externos, incluyendo sistemas de inteligencia artificial generativa.

Federalismo y corresponsabilidad presupuestaria: la reforma en curso a la Ley de Salud Mental —que eliminaría la corresponsabilidad de financiamiento nacional— y el antecedente de los 280 proyectos de ley sin tratamiento constituyen un caso de estudio directamente aplicable al análisis de otras normas que puedan trasladar cargas de financiamiento hacia jurisdicciones o entidades sin la debida previsión presupuestaria, línea de análisis pertinente para el seguimiento de mecanismos como el FSR y su eventual redireccionamiento hacia otros programas.

Consulta a beneficiarios como insumo de gestión: la metodología de la Consulta Nacional “Lo que las mujeres necesitan” —incluida la posibilidad de que cualquier organización genere su propio recopilador de respuestas para obtener un reporte segmentado de su comunidad— constituye un antecedente replicable para relevar la perspectiva de beneficiarios de OSDEPYM sobre necesidades no cubiertas o barreras de acceso, en articulación con los ejes de género y determinantes sociales de la salud.

En síntesis, el coloquio “Líderes en Salud 2026” constituye una fuente primaria de valor para la actualización del diagnóstico sectorial, en la medida en que combina datos cuantitativos verificables en fuentes oficiales, testimonios cualificados de actores con responsabilidad de gestión y una agenda de decisiones pendientes que puede orientar líneas futuras de investigación y producción técnico-legal institucional. La transversalidad de los cuatro ejes —financiamiento, datos, confianza y agenda legislativa— confirma, además, que ninguno de los desafíos identificados puede abordarse de manera aislada: la sostenibilidad financiera depende de la calidad de los datos disponibles para asignar recursos con eficiencia, la calidad de los datos depende de la confianza de la población para compartirlos y utilizarlos, y la confianza, a su vez, depende de decisiones legislativas y de política pública que hoy carecen de la jerarquía electoral necesaria para sostenerse en el tiempo. Esta lectura integrada, más que la suma de cuatro diagnósticos sectoriales independientes, es el principal valor agregado que el coloquio ofrece para la actividad de análisis normativo y de política sanitaria de la Fundación.

Referencias

Women in Global Health, Argentina. (2026). Coloquio Líderes en Salud 2026: Del diagnóstico a la decisión [Transcripción de evento presencial]. Buenos Aires, Argentina.

Nota sobre las referencias: el presente informe fue elaborado a partir de una única fuente primaria (la transcripción del coloquio). Las referencias a autores, organismos o publicaciones mencionados oralmente por los panelistas (por ejemplo, Carissa Véliz, Garrett Hardin, un artículo de The Lancet de 2024, el marco de gobernanza de datos del Banco Mundial o el modelo finlandés de intercambio de datos en salud) no han sido verificadas de manera independiente por no contar este análisis con acceso a bases documentales externas, por lo que se citan de modo referencial dentro del cuerpo del texto y no se incorporan como entradas bibliográficas autónomas en formato APA. Se recomienda su verificación directa en las fuentes originales antes de su cita en documentos de circulación externa o de valor probatorio.

Anexo. Cuadro de indicadores numéricos citados en el coloquio

Indicador	Valor / Dato reportado	Fuente en el coloquio
Gasto en salud sobre PIB (Argentina)	≈10,6% del PIB (≈1 punto más que hace 10 años)	D. Maceira
Gasto de bolsillo sobre gasto total en salud	≈26% (era ≈20% hace 15 años)	D. Maceira
Composición del financiamiento sectorial (10,6% PIB)	≈40% sistema público; resto seguridad social y gasto de bolsillo (26%)	D. Maceira
Distribución del gasto público en salud por nivel de gobierno	≈60% provincias; ≈20% Nación; ≈20% municipios	D. Maceira

Indicador	Valor / Dato reportado	Fuente en el coloquio
Concentración de obras sociales nacionales	300 entidades; las primeras 20 concentran el 53% de la cobertura; la N.º 20 posee 1,9% del padrón	D. Maceira
Evolución de precios del sector salud vs. IPC general	El IPC salud crece por encima del IPC general de la economía	D. Maceira
Afiliados de la OSBA (obra social de CABA)	Más de 200.000 (≈145.000 activos y ≈55.000 pasivos)	G. Ariztegui
Empleados con CUD en el GCBA	Más de 7.000, dentro del cupo legal del 5%	G. Ariztegui
Recupero de costos hospitalarios (FACOEP)	Ingresos duplicados desde 2023; 25% a salarios médicos, 75% reinvertido en el sistema	G. Ariztegui
Eficiencia administrativa GCBA (2023-2026)	Reducción de +9.000 puestos administrativos; +5% de médicos generó +30% de prestaciones	G. Ariztegui
Préstamo BID para historia clínica electrónica (CABA)	USD 85 millones	G. Ariztegui
Migración a libre elección de cobertura (desregulación)	Más de 2.000.000 de personas optaron por este mecanismo	D. Maceira / G. Novick
Toxicidad financiera (gasto de bolsillo en salud)	≈3% del PIB	C. Mastay (Panel Datos)
Certificación de seguridad informática en recetas digitales	Ninguna plataforma de recetas electrónicas certificada en norma ISO 27001	A. Hernández (participante)

Indicador	Valor / Dato reportado	Fuente en el coloquio
Cobertura de vacunación pediátrica	Prepandemia ≈95%; actualidad <75%, y en algunos casos <50%	I. Maglio (Panel Confianza)
Caída de investigadores del CONICET	Más del 14% en los últimos 3 años	I. Maglio
Confianza en medios de comunicación (Instituto Reuters)	Caída superior al 30%	F. Ballarino (moderadora)
Muertes evitadas por la respuesta sanitaria argentina en pandemia	Aproximadamente 300.000	I. Maglio
Proyectos de ley sin tratamiento en Comisión de Salud (Congreso)	280 proyectos	C. Palladino, diputada nacional
Migración diaria de la Provincia de Buenos Aires a CABA	≈3.000.000 de personas	S. Lospennato, legisladora CABA
Población sin cobertura de obra social ni prepaga en Catamarca	≈40% de la población provincial	C. Palladino
Consulta Nacional "Lo que las mujeres necesitan" (avance)	≈3.500 respuestas relevadas en 24 provincias (meta: 20.000)	E. Caro, presidenta WGH Argentina
Postergación de controles de salud (sistema público)	2 de cada 3 mujeres	E. Caro
Postergación de controles de salud (cobertura privada/OS)	1 de cada 3 mujeres	E. Caro
Postergación de prevención en mujeres de 25-34 años	50%	E. Caro
Síntomas minimizados sin diagnóstico ni seguimiento	1 de cada 3 mujeres	E. Caro

Indicador	Valor / Dato reportado	Fuente en el coloquio
Postergación de la propia salud por tareas de cuidado (sistema público)	8 de cada 10 mujeres	E. Caro