

Pulso **CiPS** #2

Datos y claves para entender el sistema de salud.

DICIEMBRE 2024

TRES MEDIDAS DEL GOBIERNO ANALIZADAS POR NUESTROS EXPERTOS

En este informe abordamos tres medidas anunciadas por el Ministerio de Salud de la Nación que impactan en el sistema de salud. A través de un breve análisis, presentamos objetivos generales y desafíos de implementación.

LAS MEDIDAS SELECCIONADAS SON LAS SIGUIENTES:

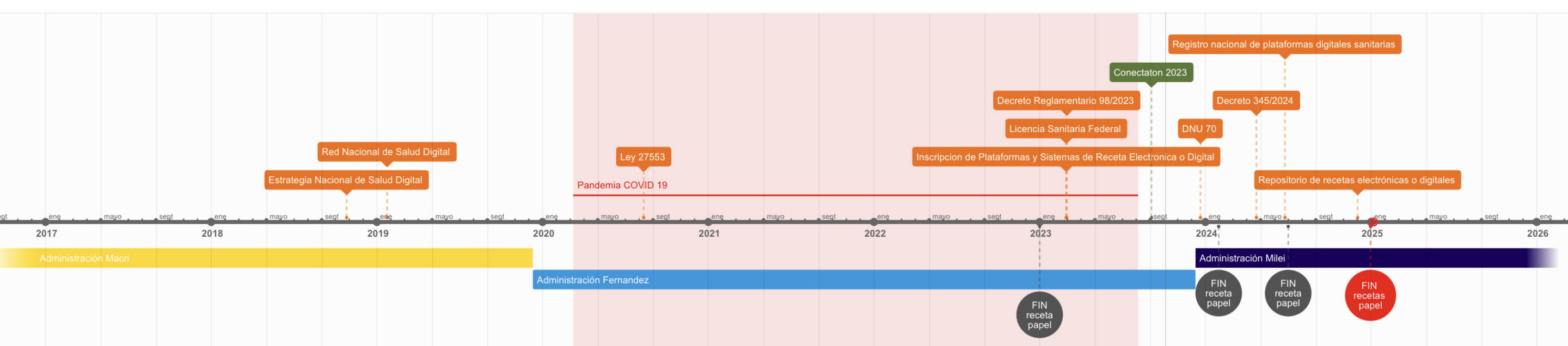
- 01** Implementación obligatoria de la receta electrónica a partir de 2025
- 02** Exhibición de medicamentos de venta libre en góndolas
- 03** La libre elección entre Obras Sociales (OS) y Prepagas (EMP)

01 RECETA ELECTRÓNICA

A partir del 1 de enero de 2025, la receta electrónica será la única modalidad vigente para la prescripción de medicamentos. Pero esta no es la primera vez que se intenta implementar esta medida.

En 2019 mediante la resolución ministerial número [115/2019](#) sobre la Red Nacional de Salud Digital, se nombró por primera vez el intercambio de recetas electrónicas entre los diferentes actores del proceso de prescripción y dispensa de medicación.

En 2020 se promulgó una ley que se reglamentó en febrero de 2023 y se publicaron varios decretos y resoluciones hasta la fecha como puede observarse en la siguiente línea de tiempo.



Para garantizar la dispensa en todas las farmacias del país, el Ministerio de Salud de la Nación dispuso que los sistemas informáticos por los cuales se validan, almacenan y despachan las recetas electrónicas o digitales deben estar disponibles para todas las plataformas digitales de prescripción.

El 3 de diciembre de 2024, a menos de un mes de la obligatoriedad de la receta electrónica, se publicó la [resolución ministerial 5744/2024](#) denominada “Repositorios de Recetas Electrónicas o Digitales- Acceso” donde, según consta en su articulado, los repositorios de recetas electrónicas o digitales deberán:

- Permitir el acceso a las recetas que se almacenen por parte de cualquier farmacia del territorio nacional donde el paciente requiera su dispensa.
- Permitir que todos los sistemas de prescripción puedan almacenar las recetas que emitan mediante la disposición de APIs públicas.



¿Qué es una API?

Una API, o interfaz de programación de aplicaciones es un conjunto de reglas y protocolos que permiten que diferentes programas de software se comuniquen entre sí.

DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA

Persisten aún algunas dudas sobre conceptos que no se encuentran claramente definidos en la normativa hasta el momento y quedan a la libre interpretación de los implementadores de sistemas de prescripción y dispensa de medicamentos.

Aunque la normativa busca modernizar el sistema de prescripción de medicamentos, aún presenta varios puntos poco claros que generan dudas y desafíos prácticos:

01. Pacientes con recetas en papel

No se especifica cómo deberían proceder las farmacias si un paciente llega con una receta en papel. Esto podría impedir que acceda a su tratamiento habitual, dejando al paciente en una situación vulnerable.

02. Datos obligatorios de la receta

Se establece que las recetas electrónicas deben incluir un “código de barras,” pero no se detalla su contenido. Podría tratarse de un identificador único, un enlace al repositorio digital, información para acceso electrónico, o una combinación de estos elementos.

Sobre la “firma digital” del profesional, según la ley 25.506 de 2001, esta debe ser certificada por una entidad certificante que hoy no existe para salud. A partir de esto, muchos interpretan como “firma digital” el garabato escaneado, lo que carece de valor legal.

03. Interoperabilidad limitada

Actualmente, no existe un estándar definido para el intercambio de recetas electrónicas que permita que los ciudadanos accedan a sus recetas desde cualquier sistema. Sin este estándar, lograr que los sistemas sean interoperables parece inviable.

04. Psicotrópicos y estupefacientes

La normativa no aborda cómo manejar la prescripción y dispensa de este tipo de medicamentos, que son casos frecuentes en la práctica y requieren un tratamiento especial (libros de registro en farmacia, recetas oficiales, etc.).

05. Fallas tecnológicas

No se contemplan soluciones para casos en los que el sistema falle, lo que podría impedir que las farmacias accedan a las recetas electrónicas y, en consecuencia, que los pacientes obtengan sus medicamentos.

06. Uso único de recetas

No se explica cómo garantizar que una receta electrónica no sea utilizada más de una vez, un procedimiento clave para evitar errores o abusos en la dispensa de medicamentos.

IMPACTO EN LOS USUARIOS

- **Beneficios:** mayor seguridad y trazabilidad en las prescripciones, disminución de errores por legibilidad y acceso más eficiente a los medicamentos.
- **Desafíos:** ausencia de definición de conceptos fundamentales del proceso y posibles barreras tecnológicas para sectores con limitada conectividad o acceso a dispositivos digitales.

CONCLUSIÓN

Si bien la receta electrónica representa un avance significativo hacia la modernización y eficiencia del sistema de salud, su éxito dependerá de la correcta implementación tecnológica y la integración con los actores del sistema sanitario. El escenario actual plantea más dudas que certezas y deja librado a la interpretación de los actores (prescriptores, financiadores, farmacias, desarrolladores de aplicaciones, etc.) muchos conceptos fundamentales del proceso.

Recursos:

[Resolución 5744/2024](#)

https://www.instagram.com/minsalud_ar/reel/DDR4c4yo9Qj/

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/317625/20241203>

<https://time.graphics/es/line/958247>



02 ACCESO A LOS MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE EN GÓNDOLAS

El decreto 1024/2024 habilita la exhibición de medicamentos de venta libre en góndolas en farmacias y otros negocios. Este cambio busca facilitar la comparación de precios y promover la autonomía de los consumidores en la elección de productos, en línea con prácticas comunes en otros países.

DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

01. Compatibilidad con normativas provinciales:

No existe información disponible sobre cómo se implementará esta medida de manera uniforme en las 24 jurisdicciones del país.

02. Manejo y almacenamiento:

Garantizar que las condiciones de exhibición conserven las propiedades fisicoquímicas de los medicamentos.

03. Acceso a información clara:

Aunque la exhibición en góndolas puede fomentar la transparencia de precios, no necesariamente asegura que los consumidores dispongan de información completa y acceso a una mayor diversidad de productos para comparar y elegir, incentivando una reducción de precios.

CONCLUSIÓN

La intención de implementar esta medida es auspiciosa, ya que podría, a mediano plazo, promover una mayor transparencia en el mercado y abrir oportunidades para mejoras en la accesibilidad a medicamentos. Por ejemplo, podría impulsar el desarrollo de un verdadero mercado de genéricos igualmente efectivos pero más baratos, en lugar de limitarse a los “genéricos de marca” que predominan en Argentina.

En países con mercados de genéricos consolidados, una política como esta fomenta la competencia y reduce los precios. Sin embargo, en el contexto argentino, su impacto podría ser limitado. En particular, para los medicamentos de venta libre que no requieren receta médica, los pacientes con cobertura de obra social o prepaga deben asumir el 100% del Precio de Venta al Público (PVP), ya que estos productos no cuentan con descuentos ni subsidios por parte de los financiadores.

Dado que los precios de los medicamentos en Argentina son significativamente más altos que en otros países, no es posible garantizar que esta medida beneficie de manera inmediata a los consumidores. Estas limitaciones subrayan las incertidumbres y retos que enfrenta la implementación de esta normativa, cuyo objetivo final debe ser equilibrar el acceso y la seguridad en la dispensa de medicamentos de venta libre en el país.

Recursos:

CEPA: Informe sobre los medicamentos más consumidos por las Personas Mayores – noviembre 2024.

<https://centrocepa.com.ar/informes/578-informe-sobre-los-medicamentos-mas-consumidos-por-las-personas-mayores-noviembre-2024>

Observatorio de Costos de la Salud de la Unión Argentina de la Salud (UAS): <https://uas.com.ar/observatorio-de-costos-de-la-salud/>

Los medicamentos en Argentina son más caros que en España y Estados Unidos: los precios varían hasta más del 1.000%:

<https://www.infobae.com/sociedad/2024/09/29/los-medicamentos-en-argentina-son-mas-caros-que-en-espana-y-estados-unidos-los-precios-varian-hasta-mas-del-1000/>

CESA, Informe de precios de medicamentos:

<https://cesa.org.ar/informe-de-precios-de-medicamentos/>

03 LOS BENEFICIARIOS PODRÁN ELEGIR ENTRE OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS

Los decretos 170/23 y 171/24, emitidos el 20 de diciembre de 2023 y febrero de 2024, respectivamente, avanzan en la reglamentación del derecho a elegir libremente entre Obras Sociales nacionales (OSN) y Empresas de Medicina Prepaga (EMP).

¿QUÉ CAMBIA?

- Los beneficiarios podrán elegir libremente entre OSN y EMP.
- Ya no deberán permanecer obligatoriamente un año en la OS de su actividad al ingresar a un nuevo empleo.
- Los beneficiarios podrán elegir una OS o EMP -que se registre para tal fin- al comenzar un nuevo empleo, sin ningún tipo de intermediación. Esto elimina la figura de las OS conocidas como “sellos de goma”, que actuaban como intermediarias para derivar los aportes a EMP.
- Los beneficiarios podrán ejercer el derecho de libre elección una vez al año, en cualquier momento desde el inicio de la relación laboral.
- Las EMP se encuentran obligadas a aportar al Fondo Solidario de Redistribución, al igual que las demás OSN, el 15% del total de los aportes y contribuciones que reciben, exceptuando el plan superador, que es la diferencia entre los aportes y el total de la cuota que reciben por parte del beneficiario.” Comunicación oficial:
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/reglamentacion-del-dnu-7023>



EL ROL DE LAS OBRAS SOCIALES (OS) Y LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA (EMP)

El sistema de salud argentino está segmentado en tres subsistemas: público, seguridad social y privado.

El público brinda cobertura universal, pero en la práctica atiende principalmente a los sectores más vulnerables; el de seguridad social, compuesto por las Obras Sociales (OS), cubre a trabajadores formales y jubilados; y el privado, formado por Empresas de Medicina Prepaga (EMP), está orientado a sectores de ingresos medios y altos. Tanto las OSN (no las provinciales ni el PAMI) como las EMP están reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud y deben garantizar la cobertura mínima establecida en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

Las OSN son entidades creadas para garantizar la cobertura de salud a trabajadores formales y sus familias. Se financian mediante aportes y contribuciones obligatorias de empleados y empleadores. Estos aportes son proporcionales al salario del trabajador y su afiliación es de carácter obligatorio.

Las EMP son instituciones privadas que ofrecen servicios de salud y funcionan bajo un esquema de contratación voluntaria en 2 modalidades: 1) Hasta ahora, 2/3 partes de los aproximadamente 7 millones de afiliados a las EMP, son beneficiarios de las OS que contrataban una EMP a partir de un convenio entre esta y una OS intermediaria; 2) sólo 2 millones provienen de la afiliación voluntaria de individuos o empresas y su financiamiento es a partir de las cuotas mensuales que abonan directamente los afiliados, las cuales varían según el plan contratado.

A diferencia de las EMP, el sistema de OSN se basa en un modelo solidario de financiamiento colectivo, donde los aportes proporcionales al ingreso de los trabajadores forman un fondo común que garantiza mayor equidad en el acceso a los servicios de salud, independientemente de la capacidad contributiva. Sin embargo, enfrenta desafíos como la fragmentación y las desigualdades estructurales del sistema, que dificultan una cobertura uniforme y aumentan los costos administrativos, incluso con mecanismos como el Fondo Solidario de Redistribución.

MARCHAS Y CONTRAMARCHAS DEL DERECHO A ELEGIR LIBREMENTE: ¿QUÉ TIENE DE DIFERENTE ESTA VEZ?

El derecho a la libre elección de OS experimentó varias modificaciones desde la década de los noventa. El decreto 1141/1996 permitió por primera vez que los trabajadores eligieran su OS, estableciendo el derecho a opción de cambio. Este fue reglamentado en 1998 (Decreto N° 504/98) donde se impuso un período de permanencia de un año en la OS de la actividad antes de poder ejercer esta opción. Más tarde, en los años 2000, el sistema se flexibilizó (Decreto N° 1400/01), eliminando dicha restricción y permitiendo a los trabajadores optar por un cambio desde el inicio de la relación laboral. La pandemia de COVID-19, en 2020, impulsó la digitalización de los trámites, simplificando el ejercicio de este derecho. Sin embargo, en 2021 (Decreto N° 438/21) se reintrodujo la permanencia mínima de un año y limitó el cambio a una sola vez al año.

En 2023, el Decreto N° 70/23 volvió a modificar el esquema al permitir nuevamente que los trabajadores eligieran su OS desde el inicio de la relación laboral. La novedad más destacada fue la ampliación del alcance de la Ley N° 23.660 a las Empresas de Medicina Prepaga (EMP), habilitándolas como opciones elegibles siempre que cumplieran con los requisitos y la inscripción correspondiente. A inicios de 2024, los Decretos N° 170/24 y 171/24 reglamentaron estas reformas.

Estas modificaciones reflejan una tensión persistente entre garantizar la libertad de elección de los beneficiarios y asegurar la sostenibilidad financiera de las obras sociales, un equilibrio que el sistema aún no ha logrado resolver plenamente.



QUÉ BUSCA RESOLVER: ARGUMENTOS A FAVOR

Desde el gobierno y quienes apoyan la medida manifiestan que se busca resolver tres problemas del subsector:

- La falta de libertad para elegir la mejor opción en un contexto de instituciones que brindan servicios de calidad muy desigual. Se busca brindar mayor libertad a los trabajadores que quedaban atados a OS que no siempre cumplían con sus expectativas o necesidades.
- La falta de competitividad. La obligatoriedad de permanencia redujo los incentivos para que muchas OS mejoren sus prestaciones. Al permitir la libre elección desde el ingreso al empleo, la medida fomenta la competencia, incentivando tanto a OS como a EMP a mejorar la calidad y eficiencia de sus servicios.
- La intermediación de las OSN que actúan como “sellos de goma”. La desregulación de las obras sociales en los noventa generó un fenómeno en el que algunas OSN dejaron de operar como prestadoras efectivas de servicios de salud y se limitaron a actuar como intermediarias administrativas. Éstas derivaban los aportes de los afiliados a EMP, cobrando un porcentaje como comisión sin brindar servicios o asumir responsabilidades en la prestación de salud. Como resultado, se convirtieron en figuras pasivas, desvirtuando su función original y afectando la transparencia y la eficiencia del sistema “El Gobierno busca que el dinero que hoy reciben obras sociales sindicales que actúan de “intermediarias” pase a “pertenecer a los aportantes” en beneficio de la cuota que pagan. El objetivo es optimizar la circulación del dinero entre las prepagas, obras sociales y beneficiarios del sistema de seguridad social.”¹



¹ <https://www.infobae.com/salud/2024/02/21/obras-sociales-y-prepagas-9-respuestas-sobre-como-sera-la-desregulacion-y-a-quienes-afecta/>

POTENCIALES RIESGOS: ARGUMENTOS QUE ADVIERTEN

Si bien esta nueva reglamentación representa un avance para algunos beneficiarios, también hay quienes señalan que puede generar desafíos para la equidad y sustentabilidad del sistema. Entre los principales riesgos se identifica la profundización del efecto descreme, que hace referencia a cuando los afiliados con mayores ingresos o con menores riesgos de salud (es decir, jóvenes, sanos o con bajo uso de servicios médicos) eligen migrar hacia entidades que ofrecen mejores servicios o planes más atractivos, como las EMP.

Esto genera:

- Un impacto en el financiamiento solidario: Las OS pierden aportes significativos de afiliados con ingresos más altos, quienes solían financiar las prestaciones de los afiliados con menores recursos. Esto debilita el principio de solidaridad, base del sistema, donde los que ganan más y los más sanos contribuyen para cubrir a los más vulnerables.
- Un aumento de la carga económica: La salida de afiliados con menores riesgos incrementa la proporción de personas con mayores necesidades de atención en las OS, aumentando los costos operativos y financieros para estas entidades.
- Una mayor segmentación del sistema: Se crea una brecha entre quienes pueden pagar una prepaga de mejor calidad y quienes quedan relegados a OS debilitadas económicamente, afectando la equidad en el acceso. Es decir, el derecho a elegir quedará supeditado para quienes puedan pagarlo.



EXPERIENCIAS INTERNACIONALES: QUÉ NOS ENSEÑAN

Sistemas similares existen en países como Alemania y Países Bajos, pero también en algunos países de América Latina que enfrentan desafíos y características similares a los de Argentina.

El sistema de salud alemán permite a los ciudadanos elegir entre aseguradoras estatales y privadas, manteniendo un esquema de financiamiento solidario. Este modelo garantiza que todos los ciudadanos tengan acceso a un nivel básico de atención, financiado por aportes proporcionales a los ingresos.



En los Países Bajos, todos los ciudadanos deben contratar un seguro básico obligatorio ofrecido por aseguradoras privadas reguladas por el gobierno. Este sistema combina la libre elección con subsidios para los sectores más vulnerables, asegurando tanto el acceso como la sostenibilidad.

Ambas experiencias ofrecen lecciones interesantes para la Argentina, como implementar regulaciones que equilibren competencia y equidad, establecer subsidios para proteger a los sectores de menores ingresos y garantizar una cobertura básica universal.

En América Latina, Chile y Colombia ofrecen ejemplos interesantes. El sistema de salud chileno combina un sistema público (FONASA) con aseguradoras privadas (ISAPRES). Los ciudadanos pueden elegir entre estas dos opciones. Aunque este modelo ha fomentado la competencia, también ha generado problemas de segmentación, con diferencias significativas en la calidad del servicio entre ambos sistemas.

El sistema colombiano, por su parte, se basa en aseguradoras públicas y privadas (EPS) que administran los recursos del sistema. Los ciudadanos tienen la opción de elegir su aseguradora, lo que ha incentivado la competencia. Sin embargo, este sistema enfrenta desafíos relacionados con la sostenibilidad financiera y la equidad en el acceso.

Los casos de América Latina destacan la necesidad de regular para evitar segmentación extrema, garantizar la sostenibilidad financiera del sistema público y promover la integración de servicios para reducir desigualdades en la atención.

¿QUIÉNES SOMOS?

Centro de Implementación e Innovación en Políticas de Salud (CIIPS) perteneciente al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)

Somos un equipo diverso y multidisciplinario, integrado por profesionales de la salud, ciencias políticas, sociales y económicas. Con una sólida experiencia en el sector público, ONGs, academia y sector privado, nos especializamos en la creación y gestión de programas y políticas de salud.

Director: **Adolfo Rubinstein**

Coordinadora: **Cintia Cejas**

Investigadores que colaboraron en este informe: **Martín Díaz Maffini y Sofía Olaviaga.**

 iecs.org.ar/ciips

 linkedin.com/company/ciips

 [ciips_ok](https://www.instagram.com/ciips_ok)

 [ciips_ok](https://twitter.com/ciips_ok)