

# PANORAMA SANITARIO MUTUAL

Mayo 2026 | Edición N° 1 | Centro de Estudios y Servicios (CES)

## FONDO DE ASISTENCIA

### LABORAL (FAL)

Análisis del impacto

## SALUD MENTAL EN

### ARGENTINA:

Incidencia, determinantes sociales,  
marcos normativos del mutualismo

## LAS NUEVAS REGULACIONES SANITARIAS:

Ratifican la conveniencia de  
adoptar estrategias de compra  
consolidada de medicamentos

## DISCAPACIDAD:

Análisis de la Ley 22.431 de  
Discapacidad vs. Proyecto  
"Contra el Fraude de  
Pensiones por Invalidez"



**INGRESA A LA  
HEMEROTECA DIGITAL**

**CONSULTAS  
TÉCNICAS**

CLIC AQUÍ

**SERVICIO EXCLUSIVO  
ENTIDADES FAMSA**

# SUMARIO

**2**

## **Editorial**

Palabras del presidente de la Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA)

**13**

## **Fondo de Asistencia Laboral (FAL)**

Análisis del impacto

**3**

## **Salud Mental en Argentina:**

Incidencia, determinantes sociales, marcos normativos y rol del mutualismo

**17**

## **Discapacidad:**

Análisis de la Ley 22.431 de Discapacidad vs. Proyecto "Contra el Fraude de Pensiones por Invalidez"

**10**

## **Las nuevas regulaciones sanitarias:**

Ratifican la conveniencia de adoptar estrategias de compra consolidada de medicamentos

# Editorial

Juan Pivetta (\*)

## Estimados lectores:

En el camino firme y constante de FAMSA y tras la creación de su Centro de Estudios y Servicios (CES), hoy damos un paso más con la presentación del primer número del Boletín Técnico que tendrá salida en forma mensual. Este nuevo canal de comunicación está elaborado por reconocidos profesionales y pensado para quienes todos los días sostenemos el sistema de salud desde las entidades solidarias y necesitamos permanentemente información técnica, transparente y útil para la toma de decisiones.

Las mutuales ocupamos un rol clave pero poco visibilizado brindando servicios asistenciales de salud con lógica de solidaridad en un mercado cada vez más complicado y lo hacemos en un sistema tensionado por los costos, regulaciones y nuevas demandas de los asociados.

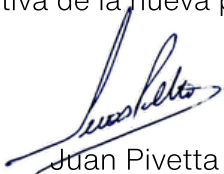
Este boletín nace para aportar datos, análisis y herramientas concretas. Así, en este primer número abordaremos temas relacionados a la Salud Mental, su impacto sobre la calidad de vida, los costos de los servicios y analizaremos también el nuevo proyecto de ley de modificación de la actual norma. También abordaremos los alcances de la flexibilización regulatoria para las compras consolidadas, especialmente de medicamentos.

Seguiremos con el dimensionamiento del Fondo de Asistencia Laboral, contemplados en la Reforma aprobada recientemente y finalmente, un tema por demás sensible socialmente como el proyecto de ley contra el fraude que apuntaría a resolver la falta de transparencia en el tratamiento de las coberturas de la discapacidad en nuestro país.

Aspiramos a que esta publicación sea una verdadera referencia técnica y a su vez un espacio de intercambio, por lo que pedimos sean partícipes planteando temas para el abordaje, pudiendo así construir respuestas efectivas a las necesidades reales en las gestiones de las organizaciones, ya que la salud solidaria se construye a través de verdaderas redes de diálogos y conocimientos colectivos.

Además de la información para la gestión operativa, de la misma manera, el conocimiento para la defensa política institucional en los diferentes ámbitos dónde se toman las determinaciones que otros ejecutamos, allí el CES cumple un rol fundamental a través de los datos certeros, diagnósticos reales y propuestas viables, ya que el conocimiento técnico y la estrategia política son centrales para nuestra organización.

Gracias por sumarse desde este primer número y los invitamos a ser parte activa de la nueva propuesta.



Juan Pivetta



(\*) **Presidente de la Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA)**

# SALUD MENTAL EN ARGENTINA

## Incidencia, determinantes sociales, marcos normativos y rol del mutualismo

### Introducción

---

Ante datos que duelen en Argentina y en el mundo sobre el estado de la salud mental, el mutualismo analiza, opina y propone acciones, avalados por la determinación institucional de FAMSA aprobada a finales del año 2025. Este documento surge de esa convicción: la ayuda mutua y la organización solidaria son parte constitutiva de la respuesta comunitaria que la salud mental requiere.

A nivel global, la evidencia es contundente. Según los informes World Mental Health Today y Atlas de Salud Mental 2024, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en septiembre de 2025, más de mil millones de personas viven con un trastorno mental en todo el mundo. Los trastornos de ansiedad y depresión son los más frecuentes, con prevalencias del 14,8% en mujeres y del 13% en hombres. En términos de carga de enfermedad, las perturbaciones mentales constituyen la segunda causa de discapacidad prolongada a nivel global; solo la depresión representa el 9% de la discapacidad mundial, más que cualquier otra condición de salud. La pérdida de productividad derivada de la depresión y la ansiedad le cuesta a la economía mundial aproximadamente un billón de dólares estadounidenses por año.

Estos datos deben leerse con una distinción conceptual: el aumento de la prevalencia diagnosticada no equivale necesariamente a un aumento de igual magnitud en la incidencia real de los trastornos mentales. Ambos fenómenos son reales y coexisten. La incidencia —esto es, la aparición de casos nuevos— ha crecido de manera genuina, impulsada por determinantes sociales como la pobreza, la violencia, la precariedad laboral y los efectos de la pandemia de COVID-19. Pero parte del crecimiento visible en los registros se explica también por una mayor capacidad diagnóstica, una menor estigmatización, que promueve la consulta, y —en menor medida— una tendencia internacional a ampliar las categorías clínicas del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) y del CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima edición, de la OMS).[2]

*Nota metodológica: El DSM y el CIE-11 son los dos sistemas clasificatorios de referencia para el diagnóstico en salud mental. El DSM es elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría. El CIE-11 es la herramienta de codificación estadística de la OMS para enfermedades y problemas relacionados con la salud. Ambos incluyen los trastornos del neurodesarrollo (TEA, TDAH, discapacidad intelectual). Las revisiones recientes de estos sistemas han incorporado factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes —no como criterios diagnósticos en sí mismos—, lo que refleja una visión más integral del sufrimiento mental.*

Esta distinción importa porque orienta las políticas públicas de manera diferente. Si se asume que todo el crecimiento es real, la respuesta lógica es ampliar la oferta de servicios y la cobertura farmacológica. Si se asume que parte es sobrediagnóstico, la respuesta implica además revisar los criterios de intervención y fortalecer los enfoques psicosociales. Ciertamente, según la evidencia disponible, es que ambas dimensiones coexisten y requieren respuestas específicas: más recursos y mejor uso de ellos.

## **Dimensión epidemiológica: los datos que fundamentan la urgencia**

---

Los problemas de salud mental en Argentina atraviesan transversalmente a todas las generaciones. Más allá de la multifactorialidad —biológica, psicológica, social, institucional y ambiental— es posible identificar patrones predominantes en cada franja etaria.

### **Niñez**

En la niñez, los determinantes más relevantes son el contexto familiar —con la violencia intrafamiliar, el abuso y el consumo problemático de sustancias por parte de los adultos de referencia—, el contexto económico (60% de los niños argentinos vive en situación de pobreza), como estresante crónico—, el entorno escolar —donde el bullying y las exigencias inadecuadas generan sufrimiento sostenido— y la exposición creciente a pantallas y redes sociales.

Sobre este último punto, existe evidencia sólida sobre la relación entre el uso intensivo de redes sociales y el incremento de la ansiedad en adolescentes tempranos, en particular por los mecanismos de validación social y comparación que estas plataformas promueven. La investigación al respecto es profusa, y pareciera adecuado referirse a su uso compulsivo o problemático más que a una adicción en sí misma, aunque al respecto, los consensos son aún parciales.[3]

En términos de recursos, la inversión estatal en salud mental infanto-juvenil es claramente insuficiente. El presupuesto nacional para salud mental en su conjunto representa apenas el 1,42% del presupuesto total de la función salud en 2026, muy por debajo del 10% que manda el artículo 32 de la Ley 26.657. La inversión específica en atención comunitaria de salud mental infantil es prácticamente marginal, ya que más del 99% del escaso presupuesto total se concentra en la SEDRONAR y en los dos hospitales monovalentes nacionales.[4]

### **Adolescencia**

En la adolescencia, los factores predominantes incluyen la presión identitaria ejercida a través de las redes sociales —con impacto en la imagen corporal y la autoestima—, el ciberacoso, el consumo de alcohol y drogas, la ausencia de referentes adultos estables y la desesperanza respecto al futuro laboral y vital.

En materia de suicidio —el indicador más severo de la crisis de salud mental adolescente— los datos son preocupantes y exigen precisión. Según el Ministerio de Seguridad de la Nación, en 2023 se registraron en Argentina 4.195 suicidios en total, un 6% más que el año anterior. De ese total, 394 corresponden a adolescentes (menores de 20 años), con un promedio de edad de 17 años, y la tendencia es de leve alza sostenida.[5]

Es importante precisar que el suicidio constituye la segunda causa de muerte entre niños - niñas - adolescentes de 10 a 19 años, siendo la primera los accidentes de tránsito —en ocasiones asociados al consumo de sustancias—. Adicionalmente, entre abril de 2023 y abril de 2025, el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria registro 15.807 intentos de suicidio en todo el país —un promedio de 22 episodios diarios—, aunque el informe del INECO advierte que no es posible distinguir cuanto de ese incremento responde a mayor detección y cuanto a un aumento real de eventos.[5][6]

En cuanto a las internaciones por consumo problemático de sustancias, es relevante aclarar que la enorme mayoría de las asistencias ocurren en forma ambulatoria o en dispositivos especializados, con datos registrales posiblemente subestimados. Los egresos psiquiátricos hospitalarios en CABA y AMBA representan una fracción del universo total de atenciones, y no constituyen el indicador apropiado para dimensionar el problema en su totalidad. Según el informe del Observatorio de Psicología Social Aplicada (OPSA) de la UBA, entre un 6,5% y un 9% de los argentinos presenta riesgo de trastorno mental, con mayor concentración en jóvenes de 18 a 29 años.[7]

### **Adultez**

En la adultez, los patrones predominantes son el estrés económico vinculado al desempleo y la precariedad, la sobrecarga de cuidados —que recae desproporcionadamente sobre las mujeres—, la violencia de género —con un femicidio cada 30 horas según datos del INDEC y organizaciones de monitoreo— y las barreras de acceso a tratamiento. Un informe de la UBA indica que el 43,4% de quienes necesitan tratamiento no accede al mismo por motivos económicos.[7]

Estudios del Ministerio de Salud de la Nación y la OPS estiman que el 16,4% de los adultos argentinos presenta trastornos de ansiedad y un 8,7% depresión. El alcohol y los psicofármacos sin receta entre varones de 15 a 49 años configuran la principal causa de años de vida saludable perdidos por discapacidad (AVAD) en ese grupo etario.[7][8]

### **Adultos mayores**

En los adultos mayores, los determinantes más frecuentes son las pérdidas múltiples —jubilación, viudez, deterioro físico, pérdida de autonomía—, la situación económica —con jubilaciones que en muchos casos no alcanzan a cubrir necesidades básicas—, el aislamiento social —el 33% vive solo— y el ageísmo, es decir, la discriminación por edad que lleva a naturalizar el sufrimiento psíquico en esta etapa de la vida. En ese sentido es importante señalar que la tristeza situacional *no* es sinónimo de depresión clínica; la distinción es relevante tanto para no patologizar el duelo normal como para no subestimar cuadros depresivos que requieren tratamiento.

Según el Observatorio de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, entre el 15% y el 20% de los mayores de 65 años sufre depresión clínicamente significativa, cifra que podría ascender al 30% considerando los casos no detectados (su diagnóstico). Los trastornos de ansiedad afectan al 12-18% de este grupo etario; los trastornos cognitivos y demencias al 8-12% en mayores de 65 años y al 30% en mayores de 85. La tasa de suicidio en mayores de 70 años alcanza los 15,2 cada 100.000 personas. Finalmente, según el Observatorio Humanitario de la Cruz Roja Argentina, el 66,6% de las personas mayores no accede a ningún tipo de terapia ni tratamiento vinculado a salud mental.[9]

### **Dimensión territorial: el caso de la Provincia de Santa Fe**

---

Los datos por jurisdicción confirman la gravedad del problema. Un informe de la fiscalía general del Ministerio Público de la Acusación de la Provincia de Santa Fe, presentado ante la Legislatura provincial, determinó que en 2025 se registraron **448 suicidios** en esa provincia, representando casi la mitad del total de muertes violentas en el territorio. Este dato ilustra la magnitud del problema en términos locales y la necesidad de respuestas provinciales específicas.[10]

### **Recursos humanos y acceso a la atención**

---

Si bien el abordaje de la salud mental no compete exclusivamente a la psiquiatría —e involucra equipos interdisciplinarios de psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas y otros profesionales—, la disponibilidad de psiquiatras es un indicador relevante de la capacidad de respuesta del sistema. Argentina cuenta con aproximadamente 14 psiquiatras cada 100.000 habitantes, frente a la recomendación de 20 que fija la OMS. Sin embargo, la distribución geográfica es sumamente desigual: el 70% de los especialistas se concentra en CABA y el Área Metropolitana de Buenos Aires, con 16 provincias que cuentan con una sola persona a cargo de la psiquiatría infanto-juvenil. Esto no significa que no haya otros trabajadores de salud mental actuando en esos territorios, pero refleja una brecha severa de especialización médica en el interior del país. [11]

### **El debate por la reforma de la Ley de Salud Mental**

---

En este contexto, el gobierno nacional presentó en el Congreso un proyecto de ley que pretende modificar la actual Ley 26.657, vigente desde 2010. La discusión que este proyecto habilitó no es sólo técnica es, ante todo, ideológica, y tiene implicancias económicas y de acceso que resultan inseparables del análisis clínico.

### **El rol del equipo interdisciplinario vs. la jerarquía psiquiátrica**

La reinstalación de la jerarquía psiquiátrica por sobre los equipos interdisciplinarios en el seguimiento de tratamientos y en las evaluaciones de internación representa, en primera instancia, un retroceso respecto al paradigma vigente. Es cierto que la falta de un responsable clínico claramente definido puede generar problemas de conducción terapéutica que las familias y la comunidad experimentan concretamente. Pero también lo es que la interacción entre psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y otros profesionales ha demostrado generar resultados efectivos, y que el modelo de atención comunitaria requiere por definición un enfoque interdisciplinario.

### **La reformulación del criterio de internación involuntaria**

Uno de los puntos más sensibles del debate es la ampliación del criterio de riesgo que habilita la internación involuntaria. La Ley 26.657 establece el criterio de riesgo 'cierto e inminente', que en la práctica fue interpretado de manera tan restrictiva que dejó sin cobertura a personas con riesgo evidente, pero sin manifestación aguda en el momento de la evaluación. El proyecto propone incorporar una 'evaluación retrospectiva' —que considera episodios previos— y una 'evaluación prospectiva' —que estima el riesgo futuro sin tratamiento—, ampliando significativamente el umbral de habilitación.

*"El peligro de ampliar el criterio sin fortalecer simultáneamente la revisión judicial y los recursos ambulatorios es real: genera riesgo de internaciones innecesarias motivadas por la conflictividad social o familiar, y no por la clínica."*

Esta tensión —entre el derecho a la atención oportuna y el derecho a no ser internado sin justificación clínica sólida— es el núcleo del debate. Una reforma responsable debería resolver ambas dimensiones: ampliar la cobertura de quienes quedan fuera del sistema, y robustecer simultáneamente los mecanismos de revisión judicial y los recursos ambulatorios que hacen que la internación no sea la única respuesta disponible.

### **Los hospitales monovalentes**

La Ley 26.657 prohibía la creación de nuevos hospitales psiquiátricos monovalentes y establecía la sustitución progresiva de los existentes por dispositivos comunitarios. El nuevo proyecto elimina esa prohibición y habilita hospitales especializados en psiquiatría, públicos o privados.

La experiencia internacional es inequívoca en señalar que las internaciones de larga estadía generan cronicidad y dependencia institucional, no recuperación. Sin embargo, un diagnóstico honesto exige reconocer que Argentina desinstitucionalizó sin haber construido previamente la red comunitaria sustitutiva. El resultado concreto —personas en situación de calle, familias agotadas sin apoyo y guardias hospitalarias colapsadas— es un fracaso real que la ley vigente no pudo resolver en 15 años, fundamentalmente por falta de financiamiento.

La alternativa correcta no es volver al modelo asilar ni habilitar manicomios privados de internación prolongada —ese es el riesgo concreto del proyecto—, sino construir la red comunitaria que la ley prometió y nunca financió. Existen modelos internacionales que funcionan y que no requieren la reinstalación de lógicas asilares para resolver las crisis agudas.

### **El desfinanciamiento como dimensión central del problema**

La Ley 26.657 establece en su artículo 32 que el presupuesto nacional debe destinar un mínimo del 10% del gasto total en salud a salud mental. Ese mandato nunca fue cumplido por ninguna administración: en los últimos 10 años, el porcentaje nunca superó el 2,66%. En 2023 se ubicaba en el 4,1%. Para 2026, según el análisis presupuestario de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), se destinará apenas el 1,42% del presupuesto total de la función salud, con una reducción del 91,6% en la actividad de 'Apoyo y Promoción de la Salud Mental' —la única línea del Ministerio de Salud orientada a fortalecer los abordajes comunitarios—, que contará con apenas 48 millones de pesos para todo el año.[4][12]

Es importante distinguir, además, que el problema de financiamiento no se agota en el porcentaje asignado: más del 99% del escaso presupuesto en salud mental se concentra en la SEDRONAR y en los dos hospitales monovalentes nacionales, mientras que las políticas de base comunitaria —casas de medio camino, viviendas asistidas, talleres de inclusión sociolaboral— están prácticamente desfinanciadas. El debate sobre la nueva ley es inseparable de esta realidad: una reforma que habilite nuevas instituciones sin garantizar el financiamiento de la red comunitaria reproducirá el mismo ciclo de vaciamiento que hoy se critica.[4]

*Este desfinanciamiento tiene consecuencias directas y mensurables. Según el informe OPSA-UBA, solo el 29,15% de quienes necesitan tratamiento psicológico están en tratamiento; entre quienes no acceden, el 50,05% considera que lo necesitaría, con la barrera económica como el principal obstáculo (43,44% de los casos).*

## **Conclusión: el lugar del mutualismo**

---

Por todo lo expuesto, reconocer la gravedad del problema sin minimizarlo es urgente, pero insuficiente. Se requieren políticas públicas concretas, financiamiento adecuado y la articulación de múltiples actores institucionales y comunitarios.

La discusión sobre la reforma de la Ley Nacional de Salud Mental no puede limitarse a un cambio de domicilio de la atención ni a una mera reorganización de las internaciones. Es la oportunidad para debatir institucional, social y científicamente el contenido de una nueva ley con mirada federal, con los Estados como protagonistas excluyentes y con inversión real de recursos económicos y humanos. Como lo expresa el autor del proyecto original de la ley, Leonardo Gormaz: lo que se necesita no es modificar el texto, sino implementarlo con el financiamiento que requiere.

En este contexto, el mutualismo fue, es y será acción a partir de una necesidad social. Sostenemos que 'la solidaridad y la ayuda mutua curan'. Desde FAMSA, entendemos que la verdadera solución no está en la etiqueta diagnóstica, sino en el vínculo, y que la prescripción adecuada —ni minimizada ni sobredimensionada— es parte constitutiva de esa respuesta. La conformación de Grupos de Ayuda, los Espacios de Escucha y las acciones solidarias son formas concretas de integración comunitaria que no reemplazan los tratamientos, sino que los complementan y los sostienen en el tiempo.

Si la evidencia internacional indica que cada peso invertido en salud mental se multiplica en bienestar y productividad, nuestra responsabilidad social es garantizar que esa inversión llegue a la persona, no sólo al síntoma. Desde FAMSA convocamos a todo el mutualismo a la acción, porque en nuestras mutuales no atendemos patologías de manual; acompañamos historias de vida.

## Referencias

---

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). World Mental Health Today Y Atlas de Salud Mental 2024. Publicados el 2 de septiembre de 2025. Disponibles en: [who.int/es/news/item/02-09-2025](https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025). OPS/OMS: 'Mas de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: urge ampliar los servicios', septiembre 2025.
  - [2] Asociacion Americana de Psiquiatria. Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR). Washington DC, 2022. Organizacion Mundial de la Salud. Clasificacion Internacional de Enfermedades, 11.a edicion (CIE-11). Ginebra, 2019.
  - [3] Twenge JM et al. 'Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time'. Clinical Psychological Science, 2018. Haidt J. The Anxious Generation. Penguin Press, 2024.
  - [4] Asociacion Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ). 'Inversion en salud mental: sin recursos para cumplir la ley'. Buenos Aires, octubre 2025. Disponible en: [acij.org.ar](https://acij.org.ar). Idem: 'El presupuesto 2026 desfinancia un programa clave para la promocion y apoyo de la salud mental comunitaria', octubre 2025.
  - [5] Sistema Nacional de Informacion Criminal (SNIC), Ministerio de Seguridad de la Nacion. Informe de suicidios 2023: 4.195 casos. Presentado en agosto de 2024. Informe de suicidios 2024: 4.249 casos. Ministerio de Seguridad. UNICEF Argentina / Javier Quesada: datos de suicidio adolescente 2023 (394 casos, menores de 20 anos).
  - [6] INECO (Instituto de Neurologia Cognitiva). 'Informe sobre intentos de suicidio en el pais: cuales son los grupos mas vulnerables'. Junio 2025. Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS): 15.807 intentos de suicidio notificados entre abril 2023 y abril 2025.
  - [7] Observatorio de Psicologia Social Aplicada (OPSA), Facultad de Psicologia, Universidad de Buenos Aires. Informe sobre riesgo de trastorno mental en Argentina, 2024-2025. Disponible en: [psicologia.uba.ar](https://psicologia.uba.ar).
  - [8] Ministerio de Salud de la Nacion / Organizacion Panamericana de la Salud (OPS). Prevalencia de trastornos de ansiedad (16,4%) y depresion (8,7%) en adultos argentinos. Datos del Estudio de Epidemiologia Psiquiatrica en Argentina, publicado en Vertex. Revista Argentina de Psiquiatria, 2018.
  - [9] Observatorio de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nacion. Datos sobre prevalencia de depresion, ansiedad, demencias y suicidio en adultos mayores. Observatorio Humanitario, Cruz Roja Argentina: 66,6% de personas mayores sin acceso a terapia.
  - [10] Fiscalia General del Ministerio Publico de la Acusacion (MPA), Provincia de Santa Fe. Informe presentado por Cecilia Vianicich ante la Legislatura provincial. Santa Fe, 2025: 448 suicidios registrados en el año.
  - [11] Distribucion de medicos especialistas en Argentina. Ministerio de Salud de la Nacion. 14 psiquiatras cada 100.000 habitantes; 70% concentrados en CABA y AMBA. OMS: recomendacion de 20 psiquiatras cada 100.000 habitantes.
  - [12] Ley Nacional de Salud Mental N 26.657. Articulo 32: mandato de destinar el 10% del presupuesto de salud a salud mental. Buenos Aires, 2010. Chequeado: 'Que se sabe sobre la modificacion de la Ley de Salud Mental que impulsa el gobierno de Javier Milei', abril 2026.
-

# **LAS NUEVAS REGULACIONES SANITARIAS:** Ratifican la conveniencia de adoptar estrategias de compra consolidada de medicamentos

Análisis del impacto de la flexibilización regulatoria sanitaria (ANMAT) y de propiedad intelectual (INPI) sobre el mercado farmacéutico, y la ratificación de la compra consolidada como herramienta estratégica necesaria para los financiadores ante la desregulación y la ausencia de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS).

## **Las nuevas regulaciones sanitarias ratifican la conveniencia de adoptar estrategias de compra consolidada de medicamentos**

Ante los cambios suscitados en el último tiempo en el marco regulatorio de los medicamentos, deviene necesario analizar su impacto en el mercado farmacéutico y, particularmente, sobre los financiadores que deberán asumir los costos de la provisión. De tal análisis, cabe concluir que, actualmente, existen aún mayores incentivos para la implementación de estrategias de compra consolidada.

Resulta conocido que el actual gobierno nacional tiene una fuerte visión “desreguladora” o “flexibilizadora” de las funciones estatales, con la convicción de que deben ser los actores privados y su libre interacción en el mercado quienes se “autoregulen”.

El mercado de la Salud, y particularmente el de los medicamentos, presenta algunos matices (por la necesidad de garantizar un estándar mínimo de seguridad a través de la injerencia estatal), pero tampoco resulta ajeno a dicha lógica.

La reciente evolución del marco regulatorio farmacéutico, a partir de la Disposición ANMAT N° 7998/2025 (B.O. 28/10/2025) y la Resolución Conjunta N° 1/2026 del INPI, el Ministerio de Economía y el Ministerio de Salud (B.O. 18/3/2026), en un marco en el que se encuentra en discusión el Acuerdo de Comercio e Inversiones Recíprocas entre Argentina y los Estados Unidos (en adelante, “ARTI”, AGREEMENT ON RECIPROCAL TRADE AND INVESTMENT), revela una tendencia hacia la flexibilización de requisitos, tanto de registro sanitario como de propiedad intelectual<sup>1</sup>.

La Disposición ANMAT N° 7998/2025 introdujo criterios más ágiles para la aprobación de medicamentos, relajando exigencias relativas a equivalencia terapéutica, reconocimiento de registros extranjeros y documentación. Esto implica una reducción en la profundidad del análisis técnico local, trasladando la confianza regulatoria a agencias extranjeras. En particular, se recepta como válido el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación (BPF) otorgado por autoridades sanitarias de países de alta vigilancia.

Por su parte, la Resolución Conjunta N° 1/2026 eliminó las restricciones que en materia de patentabilidad estaban vigentes por la Resolución Conjunta del entonces Ministerio de Industria N° 118/12, del Ministerio de Salud N° 546/12 y del INPI N° 107/12, otorgando mayor discrecionalidad este último para la decisión en cada caso.

Ello implica la liberalización de los criterios patentarios en pos de admitir la protección por vía de exclusividad a mayor cantidad de moléculas y/o usos de ellas, pudiendo dar lugar al denominado “evergreening” o patentamiento secundario.

Si bien la norma deja a salvo los derechos de titulares de productos farmacéuticos “copia” ya comercializados en el país, una mayor protección patentaria para las nuevas moléculas implicaría un mayor plazo de explotación exclusiva (oferente monopólico), lo que permitiría al titular determinar el precio sin muchas restricciones y derivar en un mayor costo para los financiadores que deban absorber la demanda.

En este contexto, la ausencia de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que establezca criterios homogéneos de costo-efectividad, priorización y cobertura, alineando decisiones de financiamiento con evidencia científica y capacidad económica, resulta particularmente crítica. Valga recordar que el gobierno anunció como un hecho consumado la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Financiamiento de Tecnologías Sanitarias (ANEFITS), tanto por un Comunicado Oficial<sup>2</sup> como a través del entonces vocero oficial, pero a la fecha aún no se encuentra operativa.

Sin esta instancia, las decisiones de compra y cobertura quedan dispersas entre múltiples actores y jurisdicciones (Nación, Provincias, Obras Sociales, Entidades de Medicina Prepaga), cada una con capacidades técnicas y poder de negociación disímiles. El resultado es un sistema atomizado, con duplicación de esfuerzos, inequidades en el acceso y precios heterogéneos para un mismo producto.

Es precisamente en este escenario donde las estrategias de compra consolidada adquieren relevancia estructural. Ésta permite agregar demanda, aumentar el poder de negociación frente a la industria farmacéutica y obtener economías de escala. En un entorno donde la (des)regulación tiende a facilitar el incremento de la oferta monopólica u oligopólica, la consolidación de la demanda es el complemento necesario para compensar los efectos de esa concentración.

Si bien, especialmente para los medicamentos de alto precio o ultra alto precio destinados a una escasa cantidad de pacientes (enfermedades poco frecuentes), la mejor estrategia pareciera ser unificar la demanda nacional en una estrategia estatal bajo la rectoría del Ministerio de Salud (sin perjuicio de establecer financiamientos compartidos con los agentes del Sistema), parece claro que dichas estrategias no se condicen con el paradigma privatista, desregulador y antiestatal explícitamente predicado por el gobierno actual.

Ante tal panorama, la adopción de una estrategia de consolidación de demanda coordinada por los financiadores privados, deviene tan conveniente como necesaria.

La combinación de flexibilización regulatoria y ausencia de ETS podría, en principio, aumentar la presión sobre el gasto si no se acompaña de instrumentos que disciplinen precios y prioricen intervenciones costo-efectivas. La compra consolidada aparece, entonces, como una herramienta pragmática para cerrar esa brecha institucional.

---

<sup>1</sup>En éste, se postula que Argentina tome medidas de carácter expeditivo para resolver inconvenientes identificados por EE.UU., entre los que expresamente se incluyó la derogación de la Resolución Conjunta de 2012, así como elaborar un informe que analice las causas de demora en los procesos de otorgamiento de patentes, evaluar la posibilidad legal de extender los plazos de patentes en casos de demoras irrazonables y reducir significativamente los plazos en pedidos de patentes pendientes.

<sup>2</sup> El comunicado, de fecha 27/3/2025, aún se encuentra publicado en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobiernocrea-la-agencia-nacional-de-evaluacion-de-financiamiento-de-tecnologias>.

# FONDO DE ASISTENCIA LABORAL (FAL): Análisis del impacto

Análisis del impacto del **Fondo de Asistencia Laboral (FAL)** creado por la Ley 27.802 (B.O. 27/02/2026), que introduce un esquema orientado a asistir en el cumplimiento de determinadas obligaciones e indemnizaciones vinculadas con la extinción de la relación laboral. Su diseño se apoya en cuentas individuales por empleador, administradas por entidades habilitadas, y en un sistema de aportes mensuales obligatorios a cargo de empleadores del sector privado.

## **Alcance del artículo 58: obligaciones y pagos comprendidos**

El artículo 58 remite a distintos supuestos de extinción del vínculo laboral o de imposibilidad de continuidad de la relación. Aquí se sintetizan los conceptos alcanzados y el tipo de obligación o pago que cada remisión puede involucrar.

### Preaviso y despido

**Art. 232:** omisión o insuficiencia de preaviso → indemnización sustitutiva de preaviso;

**Art. 233:** despido sin preaviso en fecha no coincidente con el último día del mes → integración del mes de despido;

**Art. 245:** despido sin justa causa → indemnización por antigüedad o despido;

**Art. 246:** despido indirecto → indemnizaciones cuando el trabajador se considera despedido

### Plazo fijo y acuerdos extintivos

**Art. 95:** ruptura anticipada del contrato a plazo fijo → consecuencias indemnizatorias derivadas de la extinción antes del vencimiento;

**Art. 241:** extinción por mutuo acuerdo → pagos derivados de la extinción acordada entre las partes;

**Art. 250:** vencimiento del contrato a plazo fijo → indemnización prevista para ese supuesto.

### Incapacidad y continuidad del vínculo

**Art. 212, párrafos 2º, 3º y 4º:** disminución definitiva de la capacidad laboral, imposibilidad de asignar tareas o incapacidad → pagos e indemnizaciones vinculados con esos supuestos;

**Art. 254:** inhabilidad o incapacidad sobreviniente → efectos indemnizatorios derivados de esa situación.

### Supuestos especiales

**Art. 247:** fuerza mayor o falta o disminución de trabajo no imputable al empleador → indemnización reducida;

**Art. 248:** muerte del trabajador → indemnización a favor de los derecho habientes.

La lógica del régimen parte de una premisa central: los recursos no pueden utilizarse libremente, sino que quedan afectados a fines concretos. Su aplicación se limita a ciertos supuestos expresamente previstos por el artículo 58 de la ley, entre ellos preaviso, integración del mes de despido, despido sin causa, despido indirecto, fuerza mayor, muerte del trabajador, contratos a plazo fijo e incapacidad o inhabilidad sobreviniente.

***El FAL no sustituye ni modifica el régimen indemnizatorio vigente; no elimina la obligación del empleador ni reemplaza el marco legal actual.***

### Cómo se financia el sistema

El financiamiento del esquema se estructura mediante una contribución mensual obligatoria calculada sobre las remuneraciones que sirven de base para las contribuciones patronales al Sistema Integrado Previsional Argentino. La alícuota prevista es del **1% para grandes empresas y del 2,5% para Micro, Pequeñas y Medianas Empresas**, con posibilidad de incrementarse hasta el **1,5%** y el **3%**, respectivamente, en los términos que prevé el texto.

El ingreso de esos fondos se canaliza a través de la **Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA)**, que actúa como agente de derivación.

La norma aclara, sin embargo, que esa intervención no traslada a ARCA ni al Estado nacional responsabilidad por la falta de pago o por la eventual insuficiencia de la cuenta individual.

### Aporte nuevo, pero con reducción equivalente

La idea que surge del régimen es que el nuevo aporte al FAL venga acompañado por una disminución equivalente en las contribuciones patronales con destino a la seguridad social respecto de las relaciones laborales alcanzadas. Esa reducción, de todos modos, no opera cuando se trate de relaciones comprendidas en el **Régimen de Incentivo a la Formalización Laboral (RIFL)** mientras ese esquema siga produciendo efectos. En los hechos, esto implica que una relación laboral ya alcanzada por ese régimen promocional no contaría además con la reducción prevista en el artículo 76 mientras dure ese beneficio.

### Solo para trabajadores registrados

La cobertura no es general. **Solo alcanza a trabajadores registrados con una antelación mínima de doce meses a la fecha de extinción de la relación laboral y excluye, de manera absoluta, a los trabajadores no registrados.** Esa delimitación muestra que el FAL no se proyecta como una solución universal frente a toda desvinculación, sino como un régimen acotado y condicionado.

### **No reemplaza el régimen indemnizatorio**

Hay una aclaración central para interpretar el sistema: el FAL **no sustituye ni modifica el régimen indemnizatorio vigente**; no elimina la obligación del empleador ni reemplaza el marco legal actual. Su función es la de asistir en el cumplimiento de ciertos pagos bajo condiciones determinadas.

### **El fondo no opera desde el primer aporte**

Uno de los puntos relevantes del régimen es que **el FAL no respondería de manera inmediata frente a las extinciones comprendidas**. A efectos de su capitalización y de la estabilidad financiera del sistema, el texto prevé una **carencia mínima de seis períodos mensuales de contribuciones**. Es decir, el fondo no comenzaría a responder hasta después de haber recibido, al menos, esos seis aportes. Además, se contempla que el Poder Ejecutivo nacional pueda establecer un plazo mayor cuando así lo aconsejen las características del sector económico o del mercado laboral.

Esto refuerza la idea de que **el sistema no solo depende del ingreso de aportes, sino también de un período previo de acumulación que le permita operar con cierto respaldo**.

### **La responsabilidad del empleador sigue intacta**

La existencia de fondos en la cuenta puede facilitar la cobertura de determinadas obligaciones, pero su falta o insuficiencia no reduce ni altera la responsabilidad principal del empleador. En otras palabras, aun cuando no existan recursos suficientes, el empleador sigue obligado al pago íntegro de las sumas que correspondan.

### **Recursos del FAL: Reglas para su utilización**

- **Si la relación laboralextinguidaestuvoregistrada** , los recursos de la cuenta podrán aplicarse al pago de las obligaciones y montos comprendidos en el artículo 58;
- **Si la relación laboral fue registrada de modo deficiente**, los recursos solo podrán utilizarse considerando exclusivamente los datos de la relación registrada;
- **Si hay fondos suficientes en la cuenta**, el empleador podrá optar por aplicarlos total o parcialmente al pago de la obligación;
- **Si los fondos son insuficientes**, esa insuficiencia no limita ni reduce la responsabilidad del empleador por el pago íntegro de la obligación;
- **Si no existen fondos en la cuenta**, la falta de recursos no altera la obligación del empleador de afrontar íntegramente el pago correspondiente;
- **Si el empleador decide no usar los fondos**, podrá mantener los recursos en la cuenta y no aplicarlos a ese caso concreto;
- **Si el empleador decide usar solo una parte**, podrá efectuar una aplicación parcial, manteniendo el resto en la cuenta.

### Un régimen más amplio que un simple fondo

El texto también regula distintos aspectos operativos que exceden la mera creación de una cuenta con destino específico. Establece reglas sobre la administración de los fondos, la registración y trazabilidad de los movimientos, las condiciones para aplicar los recursos, el tratamiento en materia de Ganancias e IVA, el procedimiento de pago, las sanciones por incumplimiento y la intervención de organismos de control. En ese sentido, no se limita a prever una fuente de financiamiento para ciertos supuestos, sino que diseña una estructura normativa más amplia, con pautas de administración, verificación y responsabilidad.

Varios aspectos relevantes de su funcionamiento efectivo todavía quedan sujetos a reglamentación. Esa dependencia no es menor, porque de ella se derivan cuestiones prácticas vinculadas con la operatividad del sistema, sus condiciones de aplicación y su articulación concreta con el resto del esquema laboral y previsional.

**La entrada en vigencia del FAL está prevista para el 1º de junio de 2026**, con posibilidad de prórroga de hasta seis meses. Por eso, más allá del diseño legal proyectado, su alcance real dependerá también de la reglamentación y de las normas de instrumentación que terminen de completar el esquema. El Fondo de Asistencia Laboral propone una herramienta nueva para asistir en ciertas contingencias derivadas de la extinción del vínculo laboral. Su estructura combina aportes obligatorios, cuentas individualizadas por empleador, intervención operativa de ARCA, una eventual reducción equivalente en contribuciones patronales y límites expresos de cobertura.

Pero, al mismo tiempo, **conserva intacta la responsabilidad principal del empleador, no reemplaza el régimen indemnizatorio vigente y deja varios aspectos de su funcionamiento pendientes de reglamentación.**

### **Observación final:**

Si bien el FAL es hoy una norma legalmente vigente, las diferentes alternativas que recorrió desde su sanción hace que al presente no esté aún implementada. Su situación reglamentariamente incompleta y judicialmente cuestionada en sede federal sin resolución de fondo hace que el escenario más probable sea que el 1º de junio llegue sin reglamentación completa y el Ejecutivo use la prórroga de seis meses, desplazando la entrada en vigencia efectiva hacia fines de 2026 —precisamente cuando vencería también el período de carencia mínimo de seis meses de contribuciones para los primeros despidos cubiertos.

# DISCAPACIDAD:

## Análisis de la Ley 22.431 de Discapacidad vs. Proyecto "Contra el Fraude de Pensiones por Invalidez"

*Lo que hay que saber:*

### Contexto y alcance

El 18 de abril de 2026, el Poder Ejecutivo Nacional ingresó al Senado el proyecto de ley denominado "Contra el Fraude de Pensiones por Invalidez", impulsado por el Ministerio de Salud y la Secretaría de Discapacidad. La iniciativa se presenta en un contexto de incumplimiento judicial de la Ley de Emergencia en Discapacidad N° 27.793 y busca derogar sus artículos 5, 8, 9, 14 y 20 — los que garantizan la universalidad del sistema.

### Diferencias estructurales: cuadro comparativo

Dimensión	Sistema vigente (Ley 22.431 / 24.901 / 27.793)	Proyecto oficial 2026
<b>Definición de beneficiario</b>	Criterio amplio: modelo biopsicosocial (CDPD, Ley 27.044, jerarquía constitucional). Art. 1° Ley 22.431 y Art. 1° Ley 24.901.	Retorno al concepto de "invalidez laboral". Reduce el universo de beneficiarios a la pérdida de capacidad productiva.
<b>Universalidad de prestaciones</b>	Art. 4° Ley 24.901 y Arts. 5, 9 Ley 27.793: cobertura integral garantizada con independencia de capacidad económica.	Deroga Arts. 5, 8, 9, 14 y 20 de la Ley 27.793. El acceso queda sujeto a la disponibilidad de recursos del Estado.

<b>Pensiones no contributivas</b>	Monto con adicionales por zona geográfica desfavorable y grado de invalidez. Actualización trimestral automática por IPC.	Fija el monto en 70% del haber mínimo jubilatorio. Elimina adicionales territoriales y la actualización automática por IPC.
<b>Reempadronamiento</b>	No existe requisito de reempadronamiento con sanción automática. Conversión de oficio sin trámite presencial (régimen vigente desde sept. 2025).	Reempadronamiento obligatorio en 90 días (+ 30 de prórroga). Suspensión automática del beneficio ante incumplimiento o inconsistencia documental.
<b>Compatibilidad laboral</b>	Permite trabajo formal hasta cierto umbral de ingresos. Promueve cupos y programas de inclusión (Arts. 8 y ss. Ley 22.431).	Incompatibilidad absoluta con cualquier empleo formal o inscripción en regímenes laborales. Elimina programas de reconocimiento a empresas.
<b>Nomenclador de prestaciones</b>	Nomenclador nacional (Resolución 428/1999 y actualizaciones): piso homogéneo de calidad y aranceles. Actualización trimestral por IPC.	Eliminación virtual del nomenclador. Convenios descentralizados Nación-provincias. Desregulación de la negociación con obras sociales y prepagas.

### Impacto sanitario y social estimado

Los cambios propuestos tendrán efectos en cascada sobre tres niveles del sistema de salud:

#### Personas con discapacidad

- Más de 1.200.000 beneficiarios de pensiones deberán reempadronarse bajo amenaza de corte inmediato — una barrera desproporcionada para quienes tienen dificultades de movilidad o acceso digital.
- La incompatibilidad laboral absoluta crea una trampa de pobreza: trabajar implica perder la cobertura, desincentivando la inclusión formal.
- La eliminación de adicionales territoriales afecta especialmente a zonas de alto costo de vida (Patagonia, NOA, NEA).

### **Prestadores y sistema de rehabilitación**

- La eliminación del nomenclador pulverizará el piso arancelario. Terapeutas, centros de rehabilitación y escuelas especiales quedarán expuestos a negociaciones desiguales con obras sociales.
- La fragmentación provincial generará acceso a prestaciones de calidad diferenciada según jurisdicción, no según necesidad clínica.

### **Familias y sociedad**

- Las familias cuidadoras —en su mayoría mujeres— absorberán el costo de las prestaciones que dejen de financiarse, incrementando la carga de cuidados informales no remunerados.
- La evidencia comparada indica que recortes en rehabilitación generan mayor demanda de internación y atención hospitalaria de urgencia en el mediano plazo, aumentando el gasto total.

### **Evidencia internacional**

El antecedente más documentado de una reforma de "control del fraude" en discapacidad es el del Reino Unido (2010-2016). El Comité de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad determinó que la iniciativa generó "violaciones graves y sistemáticas" de derechos, afectó desproporcionadamente a los beneficiarios y los estigmatizaron como dependientes o fraudulentos — exactamente la retórica que estructura el proyecto argentino. El resultado a largo plazo fue mayor mortalidad en el colectivo de discapacidad mental severa y aumento del gasto hospitalario.

En contraste, Australia desarrolló el National Disability Insurance Scheme (NDIS) articulando prestaciones con empleo registrado — no como condiciones incompatibles — logrando mayor participación laboral y reducción de costos institucionales en el largo plazo. Alemania y España mantienen nomencladores nacionales con actualización obligatoria, garantizando equidad territorial.

### **Conclusión**

Existen problemas reales en el sistema argentino de discapacidad que requieren atención: prestadores que facturan sin brindar servicios, CUD otorgados sin reevaluación periódica, aranceles desactualizados. Pero la respuesta técnicamente correcta es auditar con criterio clínico y epidemiológico, no dismantelar el sistema universal.

El proyecto oficial viola el principio de no regresividad establecido en el artículo 4° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad — que tiene jerarquía constitucional en Argentina desde la Ley 27.044 — y contradice los artículos 19, 26 y 27 de la misma Convención (vida independiente, habilitación y rehabilitación, trabajo y empleo).

---

***Una política pública de discapacidad que nombra a sus beneficiarios como "fraudulentos" en el título de la ley, que elimina la universalidad, prohíbe el trabajo formal y suprime el piso arancelario nacional, no es una reforma sanitaria: es un ajuste fiscal que transfiere su costo a quienes menos pueden asumirlo.***

---

---

REFERENCIAS:

Fuentes: Ley 22.431, Ley 24.901, Ley 27.793, Ley 27.044 (CDPD), texto del proyecto oficial ingresado al Senado el 18/04/2026, informes del Comité CDPD de la ONU (2016, 2017), Australian NDIS Review (2023) y fuentes periodísticas verificadas



# Centro de Estudios y Servicios (CES)

[CES@FAMS.ORG.AR](mailto:CES@FAMS.ORG.AR)