

INFORME EJECUTIVO: SITUACION DEL SECTOR PRIVADO DE CLINICAS Y SANATORIOS CON CONTRATO CON PAMI.

El presente ha sido elaborado para su presentación a las autoridades nacionales por las entidades representativas de clínicas, sanatorios y establecimientos privados de salud que integran INTERCÁMARAS, que brindan atención a afiliados del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), a fin de documentar la profunda crisis económico-financiera que atraviesa actualmente el sector y el riesgo de sostenibilidad sobre la capacidad asistencial instalada.

INDICE:

- 1- DIMENSION DEL SECTOR PRIVADO EN EL SISTEMA DE SALUD**
- 2- CONVENIO PAMI MALGASTO PRESTACIONAL EN EL SECTOR PUBLICO**
- 3- CONVENIO PAMI AFECTACIÓN ECONÓMICA**
- 4- CONVENIO PAMI AFECTACIÓN FINANCIERA**
- 5- CONVENIO PAMI INVIABILIDADES OPERATIVAS**
- 6- PETITORIO**

///

1- DIMENSION DEL SECTOR PRIVADO EN EL SISTEMA DE SALUD



Tal como se puede observar en los Gráficos 1 y 2, el sector privado cumple un rol estructural dentro del sistema sanitario argentino. Hoy representa aproximadamente el 51% de los establecimientos de salud con internación y concentra cerca del 56% del total de camas disponibles, constituyéndose en un componente esencial de la red de atención, internación, diagnóstico, tratamiento y resolución de la demanda asistencial en todo el país.

Gráfico 1: Establecimientos con internación

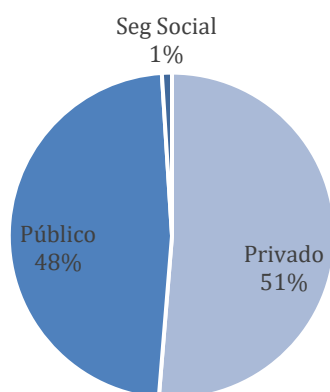
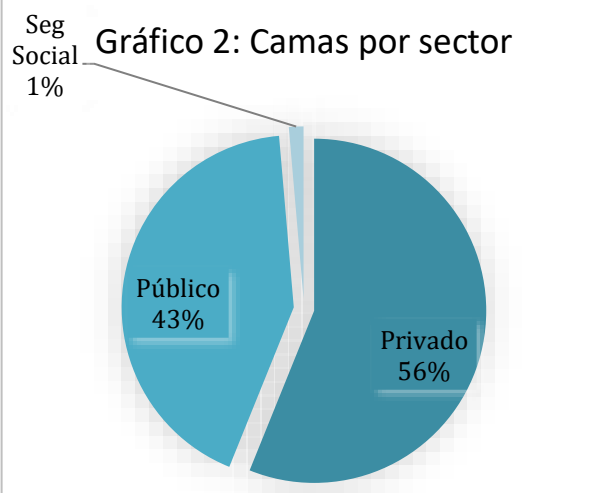


Gráfico 2: Camas por sector



Fuente: elaboración propia. Datos de REFES, 2026

Esto determina que su debilitamiento impacta en toda la población, como también que jamás podría ser absorbida su respuesta por el sistema público.

De allí la relevancia de la sostenibilidad del sector privado de salud.

Es necesario destacar que se trata de un sector de mano de obra intensiva que según la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC, en el 2025 emplea un total de 1.135.404 trabajadores con la siguiente estructura: 33% Asalariado Privado formal, 30% Empleado Público Formal, 15% cuentapropista profesional, 15% asalariado privado informal, 3% cuentapropista no profesional, 2% empleador 2% empleado público informal. Es decir el 68% del total de trabajadores corresponde al sector privado.

Del mismo modo la actividad económica que despliega genera interrelaciones con diversos proveedores de insumos médicos, medicamentos, tecnología médica, servicios y alimentación entre muchos otros.

La medicina privada es una actividad de alto gasto fijo. La dotación de médicos, enfermeras, mucamas, personal de apoyo, insumos y equipamiento médico en funcionamiento (muchos de alta tecnología, como la terapia intensiva o la imagenología) que requieren ser mantenidos operativos, independientemente de si están en uso o no, representan entre el 70% - 80% del gasto operativo corriente de un prestador médico.

Cualquier afectación sobre la sustentabilidad económica de clínicas, sanatorios y establecimientos privados repercute de manera inmediata sobre la disponibilidad real de servicios de salud, especialmente respecto de poblaciones de alta demanda asistencial, como los afiliados y afiliadas a PAMI. Pero además como los sanatorios son una de las empresas más complejas por la diversidad de actividades y la permanencia de sus servicios y generan una actividad económica de relevancia en su entorno. Su afectación también tiene impacto en la actividad económica.

///

2- CONVENIO PAMI MALGASTO PRESTACIONAL EN EL SECTOR PUBLICO



Otro punto central es la diferencia entre el valor que PAMI reconoce por día de internación y los montos que los entes provinciales de recupero facturan a los financiadores por prestaciones equivalentes.

	PAMI (Prestadores Privados)	REFORSAL (Mendoza)	FACOEP (CABA)
DIA CAMA	\$ 74.242,00	\$ 391.000,00	\$ 456.083,00
UTI	\$ 278.501,00	\$ 388.700,00	\$ 754.109,00

Actualmente, el Instituto abona por el Módulo 12 un valor de \$74.242 por día de internación. En contraste, el nomenclador REFORSAL de la Provincia de Mendoza reconoce un valor de \$391.000, mientras que FACOEP, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, establece un valor de \$456.109.

La brecha entre el valor reconocido por PAMI y los valores de referencia alcanza aproximadamente un 426,7% respecto de REFORSAL y un 514,4% respecto de FACOEP.

Expresado de otro modo, REFORSAL reconoce un valor 5,3 veces superior al que abona PAMI, mientras que FACOEP reconoce un valor 6,1 veces superior. En promedio, estos entes facturan aproximadamente 5,7 veces más que el valor actualmente abonado por el Instituto a sus prestadores.

Esta situación pone en evidencia una contradicción económica relevante. Si los afiliados de PAMI dejan de ser atendidos por clínicas y sanatorios privados y deben recurrir al sistema público, el propio Instituto deberá afrontar costos considerablemente más altos en aquellas jurisdicciones que cuentan con sistemas de recupero de fondos.

Es decir, si las instituciones que integran la red prestacional de PAMI reducen prestaciones, suspenden servicios o directamente dejan de operar por la inviabilidad económica del esquema vigente, la demanda asistencial se trasladará inevitablemente al sistema público.

Ello generaría una presión adicional sobre hospitales provinciales y municipales que, además y como ya se ha señalado, no cuentan con capacidad operativa suficiente para absorber esa demanda.

En consecuencia, sostener valores prestacionales desactualizados no solo compromete la sustentabilidad de la red privada contratada, sino que también puede derivar en un mayor costo para el propio Instituto y en una sobrecarga del sistema público de salud.

Esto se agudiza si se tiene en cuenta que en los últimos años han cerrado cientos de clínicas en todo el país principalmente en Córdoba, Provincia de Buenos Aires y CABA.

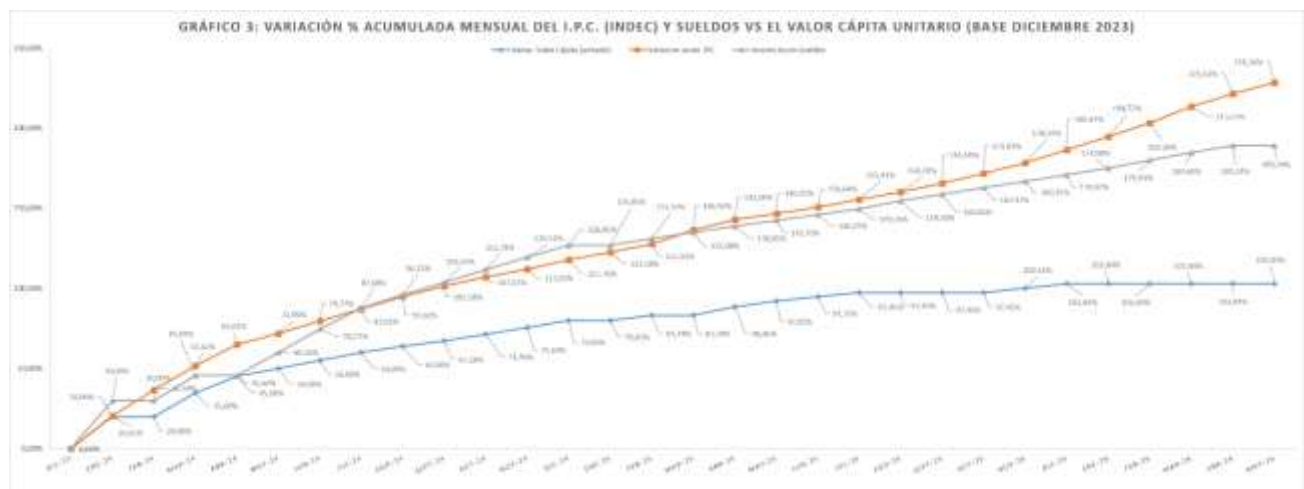
///

3- CONVENIO PAMI AFECTACIÓN ECONÓMICA



El PAMI cuenta con diversos modelos retributivos, divididos en primer, segundo y tercer nivel de atención.

El segundo nivel se encuentra mayoritariamente en el régimen capitado. A su respecto se advierte la siguiente evolución de precio respecto de IPC.



Fuente: elaboración propia.

En el Gráfico 3, se evidencia que tomando como base diciembre de 2023, el valor de la cápita del módulo 69 del segundo nivel de atención, registra a mayo de 2026 un incremento acumulado de 102,84%. En el mismo período, el Índice de Precios al Consumidor acumuló una variación de 228,36%, mientras que los salarios del sector registraron incrementos acumulados de 189,24%.

La brecha acumulada entre la actualización de la cápita y la evolución del IPC alcanza actualmente 125,52 puntos porcentuales.

Es decir, la evolución del valor reconocido por el Instituto no ha acompañado el incremento de los principales componentes de costo del sector. Cada prestación realizada bajo este módulo 69 exige a las instituciones absorber una proporción creciente del costo real, lo que afecta directamente en el equilibrio operativo.

Aun si se tomara como referencia específica la evolución de la división Salud del IPC, el atraso del valor reconocido por PAMI continúa siendo significativo. Entre diciembre de 2023 y mayo de 2026, el IPC Salud acumuló una variación aproximada de 217,94%. Esto implica una brecha de 115,10 puntos porcentuales entre la evolución de los precios vinculados al sector salud y la actualización reconocida por el Instituto, agravando la insuficiencia del financiamiento prestacional.

Como surge del cuadro siguiente, la evolución de los costos asociados a la internación muestra un incremento muy superior al IPC y demuestra una presión directa sobre la estructura económica de clínicas y sanatorios.

Mientras el IPC acumuló una variación del 322,8% entre agosto y , insumos críticos para la prestación sanitaria registraron aumentos aún mayores. Los residuos patogénicos aumentaron 959%, la bolsa de sangre 697%, la solución fisiológica 642% y el oxígeno medicinal 506%.

A su vez, las paritarias del personal de enfermería de piso acumularon una suba del 421%, dato especialmente relevante por tratarse de una actividad intensiva en recursos humanos.

Estos incrementos impactan directamente sobre el costo real de sostener una cama de internación operativa las 24 horas. En este contexto, los valores reconocidos por PAMI resultan insuficientes para cubrir la evolución efectiva de los costos básicos del funcionamiento sanatorial.

Gráfico 4: Variación de precios.

	Aumentos de 12/23 al 12/24			Aumento 2025		Aumento 2026		Total
	ago. 23	dic. 24		dic. 25		may. 26		
IPC			322,8%		31,5%		12,3%	
Paritarias Enf Piso	\$ 239.902	\$ 910.052	279,3%	\$ 1.086.862	19,4%	\$ 1.250.387	15,0%	421,2%
Bolsas de sangre	\$ 9.715	\$ 14.756	51,9%	\$ 67.945	360,5%	\$ 77.400	13,9%	696,7%
Oxígeno	\$ 291	\$ 919	215,8%	\$ 1.172	27,5%	\$ 1.763	50,4%	505,8%
Residuos patógenicos	\$ 3.700	\$ 27.500	643,2%	\$ 35.310	28,4%	\$ 39.200	11,0%	959,5%
Sol. Fisiológica sachet 500ml	\$ 336	\$ 960	185,7%	\$ 1.400	45,8%	\$ 2.493	78,1%	642,0%

Fuente: Elaboración propia.

De todo lo expuesto se deduce que, en relación al modelo retributivo por cápita del segundo nivel de atención médica, para una población aproximada de 5.000.000 de afiliados y una cápita actual del módulo 69 de \$13.800, el pago mensual que afronta el Instituto asciende a aproximadamente \$69.000 millones.

Sobre esa base, el atraso de la cápita es equivalente a una detracción a los prestadores de \$86.250 millones mensuales. Lo que representa más de un mes completo de financiamiento prestacional, alcanzando aproximadamente 1,25 cápitales mensuales, y en el año un aproximado de **\$1.020.600.000.000** (un billón veinte mil seiscientos millones de pesos) lo que equivale a **USD 729.000.000 (setecientos veintinueve millones de dólares) retenidos a los prestadores.**

En materia de anestesia, el costo de la práctica representa, en la mayoría de los casos, una proporción significativa del módulo quirúrgico reconocido por PAMI, llegando incluso a absorber el 50% del valor total abonado por el Instituto. Sin embargo, en determinadas prestaciones, el valor correspondiente a la anestesia resulta considerablemente superior al monto que el Instituto reconoce por la totalidad del módulo quirúrgico.

A modo de ejemplo, pueden mencionarse los siguientes casos:

PRÁCTICA	% de incidencia
HERNIA DE DISCO CERVICAL MAS ARTRODESIS INSTRUMENTAL	103%
APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA	111%
COLOCACION DE DOBLE J	122%
HISTEROSCOPIA C/POLIPECTOMIA	137%
CPRE	139%
AMPUTACION DEDO	141%
ESFINTEROTOMIA	167%
RECTOSIMOIDEOSCOPIA	240%
FIBROBRONCOSCOPIA	328%
FIBROBRONCOSCOPIA	328%
QUISTE DERMOIDEO SACROCOXIGEO	893%
ABSCESO/QUISTE DRENAJE	1139%

///

4- CONVENIO PAMI AFECTACIÓN FINANCIERA



Además del grave retraso expuesto, el Instituto arrastra una deuda que hoy significan más de \$200.000 a \$400.000 millones mensuales por el pago tardío de la facturación, en diferentes periodos.

Se realizan pagos a las jurisdicciones en etapas distintas, por lo que la afectación financiera es variable pero desde hace más de 7 meses sigue el atraso en mayor o menor medida.

A su vez, durante los últimos meses se han realizado débitos sin justificación alguna por prestaciones efectivamente realizadas y validadas por PAMI hasta hace un año atrás.

Dicho débito genera una deuda de \$70.000 Millones adicionales.

La mora en los pagos no solo genera una deuda nominal, sino que traslada a los prestadores el costo financiero de sostener la prestación.

En un contexto de tasas activas elevadas, cada mes de atraso implica una pérdida adicional que no es reconocida por el Instituto y que deteriora aún más el capital de trabajo de las instituciones, la cadena de pagos de nuestros proveedores y la viabilidad de las empresas de salud privadas.

///

5- CONVENIO PAMI INVIABILIDADES OPERATIVAS



La complejidad y diversidad de los modelos retributivos y prestacionales del Instituto atentan a su inviabilidad operativa, agudizan los inconvenientes económicos y financieros.

Desde noviembre de 2025 se soportan topes en la prestación del primer nivel de atención de especialistas; y desde entonces el PAMI está gestionando un cambio de modelo, cuya Resolución 375/2026 se dictó en febrero de 2026 y aún no logra ponerla en ejecución real. Por ello se siguen padeciendo los topes, que impiden que atendamos a los afiliados con turnos dados, por cuanto no se informa con antelación cuales son esos topes.

Esto también generó graves problemas con los médicos especialistas de nuestros equipos, que concurren y se enteran que desde el día 15 por ejemplo, ya no podrán atender por PAMI en nuestros establecimientos. Esto impide tener una agenda organizada lo que hace inviable la prestación de servicios por sola ineficacia en la gestión operativa del Instituto.

Igual reproche en la gestión merecen los débitos injustificados por supuestos fuera de rango que se mencionaron en el apartado anterior, ya que no tienen causa son indebidos y ni siquiera existe un procedimiento ágil para su recupero.

Existen diversas y permanente cuestiones operativas que en el presente solo se sintetizan, pero hemos transmitido a las autoridades en las reuniones mantenidas previamente.

///

6- PETITORIO

Por todo lo expuesto, y con el fin de evitar el colapso del sistema sanitario y poder garantizar las prestaciones, se le solicita a las autoridades:

- **ECONOMICO:** Actualización del 50% del valor de la cápita al mes de mayo del 2026 que se adiciona al reconocimiento de junio y julio. Actualización automática del valor cápita por IPC o IPC Salud, a partir del mes de agosto.
- **FINANCIERO:** Pago de la deuda. Reversión inmediata de los débitos injustificados. Adelanto de un mes de cápita.
- **MODELOS RETRIBUTIVOS PRESTACIONALES:** Simplificación de los modelos prestacionales y retributivos. Cese de topes y umbrales. Asunción del pago de anestesia por el INSSJP.

Buenos Aires, 24 de junio de 2026