



LA SUSTRACCIÓN COMO MÉTODO

*Determinación social de la salud de los jubilados y las personas mayores en la Argentina,
Santa Fe y Rosario*

Jorge Andrés Kohen

Documento para la Secretaría de Jubilados y Jubiladas de la CTA Rosario

Con datos actualizados a agosto de 2026

PARTE I

El modelo de análisis

1. Presentación

Ninguna de las medidas adoptadas por el gobierno de Javier Milei, analizadas en este documento redujo explícitamente un haber jubilatorio ni derogó formalmente una prestación de salud. Hubo, es cierto, decisiones frontales: el veto a la ley de recomposición previsional, la derogación de la fórmula de movilidad, el congelamiento nominal del bono. Cada una concentró sobre sí el conflicto político y obligó al gobierno a sostener públicamente una decisión impopular, ningunear y reprimir metódicamente la movilización de los Movimientos de Jubilados. Precisamente por eso fueron la excepción.

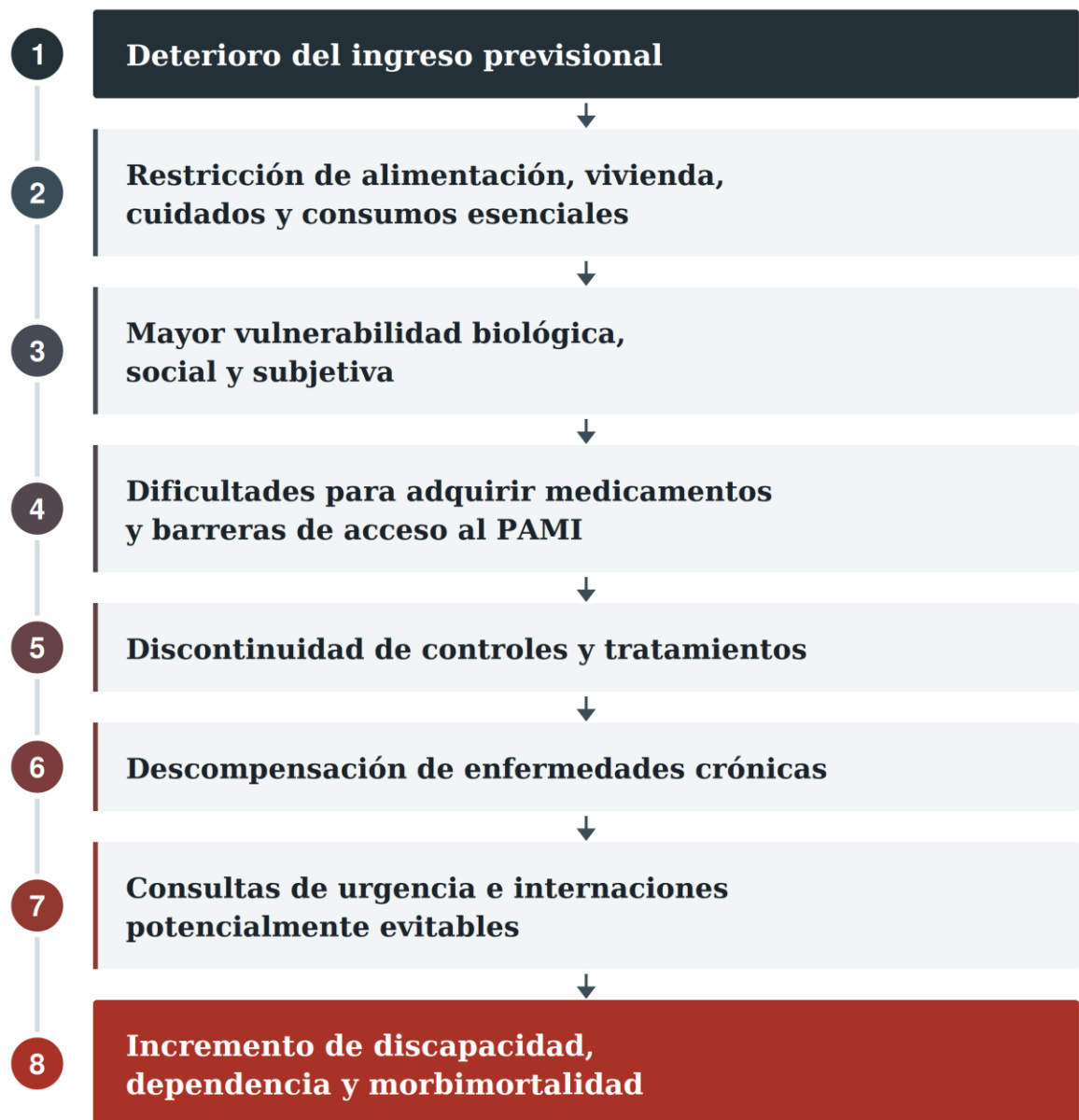
El grueso del ajuste avanzó por otra vía: retirando financiamiento, cerrando la puerta de entrada, angostando la cobertura y trasladando el costo hacia abajo. La vía frontal exige capital político y lo consume; la sustracción no cuesta nada y rinde de manera acumulativa. Lo que la excepción vuelve legible es la regla.

La decisión metodológica de partida consiste en estudiar la situación de las personas de 65 años y más a partir de una cadena de determinación social del proceso salud-enfermedad-atención, antes que como una sumatoria de patologías o como una discusión limitada al monto del haber. **La hipótesis central sostiene que las condiciones económicas, previsionales y asistenciales se acumulan hasta transformar vulnerabilidad social en enfermedad, descompensación, internación y mortalidad.**

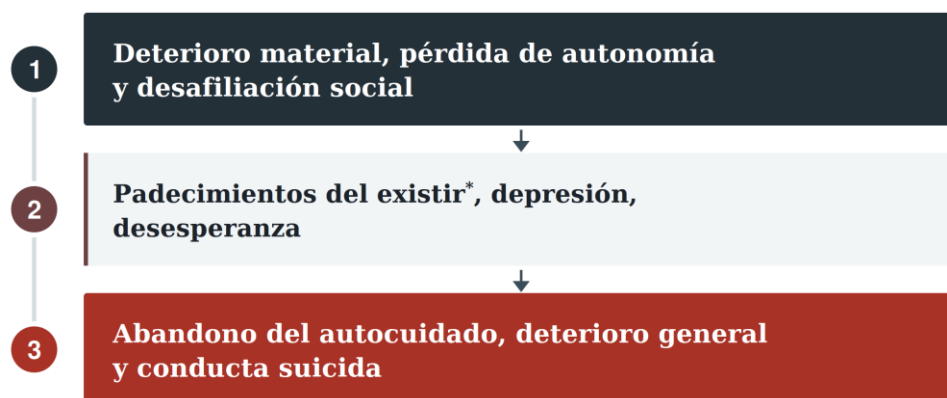
Esa decisión tiene una consecuencia práctica inmediata para la organización sindical. *Una discusión centrada exclusivamente en el monto de la jubilación acepta el terreno que propone el adversario, donde la respuesta consiste en exhibir la actualización mensual. Una discusión centrada en la cadena completa obliga a mostrar qué ocurre entre el haber que se cobra y el cuerpo que enferma.*

LA CADENA DE DETERMINACIÓN

La secuencia general que proponemos verificar es la siguiente.



A esta secuencia corresponde incorporar una segunda vía, particularmente importante al analizar la mortalidad por suicidio en varones mayores.



Ambas vías comparten el mismo origen estructural y se diferencian en las mediaciones. La primera atraviesa el cuerpo por la vía de la enfermedad crónica y la discontinuidad terapéutica.

La segunda lo atraviesa por la vía del padecimiento subjetivo y la ruptura de los vínculos sociales. En la vejez, ambas suelen recorrerse simultáneamente.

** Definición de Padecimientos del Existir Conjunto de manifestaciones subjetivas en las cuales el modo de organización del trabajo inmaterial invade y reorganiza la totalidad de la existencia del trabajador, disolviendo las fronteras entre tiempo de trabajo y tiempo de vida, entre espacio laboral y espacio doméstico, entre exigencia productiva e identidad personal. Su expresión inaugural es la angustia, condición afectiva que precede a toda categorización nosológica y que, sostenida en el tiempo, deriva hacia configuraciones clínicas nominadas como depresión, fobia o crisis de pánico. (Colovini, Kohen)*

Los tres niveles del análisis

Nivel	Contenido
General o estructural	Política económica, inflación, política previsional, financiamiento del PAMI, política farmacológica y organización del sistema sanitario
Particular o colectivo	Modos de vivir y de envejecer: haber mínimo o haberes medios; propietarios o inquilinos; personas solas o con convivencia familiar; cobertura PAMI u otras; centro o periferias de Rosario; mujeres o varones; con redes sociales o sin ellas
Singular	Hipertensión descompensada, diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, caídas, fracturas, depresión, padecimientos del existir, suicidio, muerte

La singularidad biológica aparece de este modo como resultado de una historia socialmente determinada, sin resultar nunca completamente reductible a ella. El documento afirma determinación social y evita el determinismo mecánico.

2. Una población especialmente expuesta

La Argentina constituye un país envejecido dentro del contexto latinoamericano: el 11,9% de su población tiene 65 años o más. Rosario presenta un envejecimiento considerablemente más marcado. El informe oficial municipal basado en el Censo 2022 contabiliza 192.268 personas de 60 años o más en hogares particulares, equivalentes al 18,7% de la población de la ciudad, con una composición del 58,9% de mujeres y el 41,1% de varones.

Ámbito	Población mayor	Proporción
Argentina	Personas de 65 años y más	11,9% de la población total
Provincia de Santa Fe	Más de 642.000 personas de 60 años y más	17,7% de la población provincial
Rosario	192.268 personas de 60 años y más en hogares particulares	18,7% de la población de la ciudad

Ámbito	Población mayor	Proporción
Rosario	Aproximadamente 131.628 personas de 65 años y más (estimación 2023)	Alrededor del 13% de la población

Consecuencia sanitaria de la estructura demográfica

Rosario y Santa Fe poseen una población comparativamente envejecida y, por esa razón, especialmente sensible a cualquier reducción del acceso efectivo a tratamientos crónicos, medicamentos, rehabilitación y cuidados. Una medida nacional de alcance uniforme produce en este territorio un efecto superior al promedio del país. Esta desproporción constituye un argumento federal para el reclamo.

El envejecimiento rosarino presenta además una marcada feminización que se intensifica con la edad. En el distrito Centro, entre las personas de 85 años y más, se estimaban 1.609 varones y 5.249 mujeres. La vejez avanzada es mayoritariamente femenina, y la mortalidad por suicidio en la vejez es mayoritariamente masculina. Ambos datos configuran perfiles de riesgo diferenciados por género que el análisis debe sostener por separado.

PARTE II

La cadena de determinación de como el cuerpo se enferma, eslabón por eslabón

3. PRIMER ESLABÓN: EL INGRESO PREVISIONAL

3.1. Los montos

Concepto	Diciembre 2022	Agosto 2026
Haber mínimo	\$50.124	\$419.775,93
Bono o refuerzo	\$10.000	\$70.000, congelado desde marzo de 2024
Ingreso total de la mínima	\$60.124	\$489.775,92
Haber máximo	sin dato comparable	\$2.824.694,49
PUAM	80% de la mínima	≈ \$335.850 (+ bono)
PNC invalidez y vejez	70% de la mínima	\$293.842,15 (+ bono)
Haber medio del sistema	\$69.970 por beneficio	\$614.992 por beneficio del SIPA
Mediana del haber	\$50.124: coincide con la mínima	no publicada

Concepto	Diciembre 2022	Agosto 2026
Fórmula de actualización	Ley 27.609 (recaudación y RIPTE)	DNU 274/24: IPC con dos meses de rezago

Diciembre 2022: ANSES, Boletín Previsional 2022. Agosto 2026: resoluciones de movilidad. Haber medio de 2026: Informe de Estadísticas de la Seguridad Social, I Trimestre.

El dato decisivo se encuentra en la estructura del ingreso. El haber contributivo se actualiza todos los meses y el bono permanece nominalmente idéntico desde marzo de 2024, es decir, veintinueve meses. La movilidad opera por lo tanto sobre una porción decreciente del ingreso efectivo, y el aumento real percibido resulta sistemáticamente inferior al porcentaje anunciado.

3.2. La pirámide previsional real

La discusión sobre jubilaciones suele apoyarse en promedios. El promedio, aquí, describe a casi nadie. En diciembre de 2022 el haber medio era de \$69.970 y la mediana de \$50.124, que coincidía exactamente con el haber mínimo. Pero el dato central es otro: el 54,6% de los beneficios se ubicaba en el haber mínimo exacto. No cerca del mínimo: en el valor. El sistema no distribuye alrededor de una media, se apila contra un piso legal.

Tramo de haber	Dic. 2022	%	Mar. 2026	%
Menos de 1 haber mínimo — PUAM y PNC	1.513.908	17,7%	—	—
Exactamente 1 haber mínimo	4.655.777	54,6%	—	—
Subtotal hasta 1 mínima	6.169.685	72,3%	6.405.302	69,3%
Entre 1 y 2 mínimas	1.249.078	14,6%	1.471.789	15,9%
Más de 2 mínimas	1.110.903	13,0%	1.372.348	14,8%
Total de beneficios	8.529.666	100%	9.249.439	100%

Diciembre 2022: reconstrucción propia sobre el Cuadro 2 del Anexo del Boletín Previsional. Verifica contra las cifras publicadas: arroja 72,3% donde ANSES informa 72%, y 64,8% de mujeres donde informa 65%. La unidad es el beneficio liquidado, no la persona: en marzo de 2026 hay 9.249.439 beneficios y 7.912.331 beneficiarios.

La base no mejoró: dejó de llenarse

La proporción que cobra hasta un haber mínimo bajó de 72,3% a 69,3%. Leído sin contexto parece una mejora distributiva. No lo es. El propio informe de ANSES contiene la explicación: las altas mensuales de jubilaciones por moratoria pasaron de 33.488 en el promedio de 2023 a 8.183 en enero de 2026, 8.212 en febrero y 6.791 en marzo. La caída alcanza el 79,7%.

Cerrar la puerta de entrada, documentado

La base de la pirámide se achica porque dejó de entrar gente, no porque quienes estaban hayan subido de tramo. La moratoria no fue derogada: caducó por vencimiento del plazo, y el efecto

se lee en la serie de altas del propio organismo. Ésta es la forma más pura de la sustracción: el derecho conserva su enunciado y desaparece su puerta de acceso.

Dos padrones dentro del mismo sistema

El corte no es por edad ni por provincia: es por forma de acceso. Entre quienes accedieron por moratoria, el 64% cobra hasta la mínima; entre los contributivos puros, el 19%. En el otro extremo, el 55% de los no moratoria supera las dos mínimas, contra el 11% de los de moratoria.

Y ese corte tiene sexo. El 73% de las beneficiarias mujeres accedió por moratoria, contra el 47% de los varones. Del total de beneficiarios por moratoria, el 73% son mujeres. La brecha de haberes resultante alcanza el 15,2%: \$812.231 los varones y \$705.225 las mujeres. El tramo que absorbió el congelamiento del bono es el mismo que accedió por moratoria, y es mayoritariamente femenino.

3.3. La diferenciación interna del universo pasivo

Entre noviembre de 2023 y abril de 2026, según el IARAF (Instituto Argentino de Análisis Fiscal. Centro de estudios privado con sede en Córdoba) sobre datos de ANSES e INDEC, quienes perciben tres haberes mínimos registraron una mejora real del 7,8% y quienes cobran la mínima con bono sufrieron una caída real del 10,3%. Medido en ingresos mensuales acumulados, los primeros ganaron el equivalente a 1,1 haberes y los segundos perdieron el equivalente a 1,8 haberes completos.

La cifra, sin embargo, mide sólo el haber, y el haber no es el ingreso. Quien cobra la mínima perdió por el bono congelado. Quien cobra tres mínimas perdió por otra vía: el subsidio social que garantiza la cobertura farmacológica total está condicionado a percibir menos de 1,5 haberes mínimos, de modo que ese tramo quedó excluido por diseño. Ninguno de los dos tramos mejoró su situación material; lo que cambió es la vía por la que cada uno perdió, y el hecho de que sólo una de las dos queda registrada en las estadísticas previsionales.

Por qué esta diferenciación importa sanitariamente

La población ubicada en la base de la pirámide previsional es también aquella con menor capacidad para sustituir prestaciones públicas mediante gasto privado. Quien cobra tres haberes mínimos paga una consulta particular cuando el turno del PAMI demora. Quien cobra la mínima con bono resuelve en la guardia del hospital público, o posterga. El diseño de la movilidad concentró la pérdida exactamente en el grupo con menor capacidad de compensación privada: efecto sanitario máximo, costo fiscal mínimo.

3.4. Una categoría necesaria: el ingreso previsional sanitario disponible

Proponemos incorporar al análisis el **Ingreso Previsional Sanitario Disponible**, definido como el haber previsional más las transferencias, menos los gastos esenciales no sanitarios, menos el gasto sanitario de bolsillo. Debe considerar alimentos, vivienda, servicios y transporte; medicamentos, consultas y copagos; prótesis, ayudas técnicas y rehabilitación; odontología, cuidadores y dependencia funcional.

La categoría permite nombrar una figura que la tasa oficial de pobreza no registra: **el jubilado sanitariamente pobre**. Una persona formalmente por encima de la línea de pobreza que debe elegir entre gastos igualmente indispensables: medicamentos o alimentos, tratamientos o servicios domiciliarios, rehabilitación o transporte, cuidadores o vivienda.

3.5. La brecha frente a la canasta de la vejez

En la canasta específica del adulto mayor, el rubro de mayor peso relativo es farmacia y medicamentos con el 28%, por encima de la alimentación con el 23% y de la vivienda con el 20%. El medicamento es, simultáneamente, política sanitaria y política de ingresos.

Con el haber mínimo de marzo de 2026 en \$369.600,88 y la canasta en \$1.824.682, el cociente arroja el dato que ordena el análisis: la canasta de la vejez equivale a 4,94 haberes mínimos. El tramo más alto que publica ANSES empieza en dos.

Tramo de haber, sin refuerzo	Beneficiarios	% del padrón	Ingreso con refuerzo	Cobertura de la canasta
No contributivos — PUAM y PNC	1.641.624	20,7%	\$372.136	20,4%
SIPA, hasta 1 haber mínimo	2.979.840	37,7%	\$439.601	24,1%
SIPA, entre 1 y 2 mínimas	1.003.568	12,7%	\$554.401	30,4%
SIPA, igual a 2 mínimas	587.003	7,4%	\$739.202	40,5%
SIPA, mayor a 2 mínimas	1.700.296	21,5%	sin apertura	más de 40,5%
Total de beneficiarios	7.912.331	100%		

La línea de la canasta no cruza la pirámide. No se trata de que la mayoría no llegue: se trata de que el instrumento estadístico oficial no está construido para registrar quién llega. Corresponde solicitar a ANSES la apertura de la distribución por encima de las dos mínimas, en cortes de 3, 4, 5 y más. El dato existe, porque sin él no podría liquidarse el padrón.

Advertencia sobre la serie: la canasta pasa de \$1.824.682 en marzo a \$1.639.508 en junio de 2026, una caída nominal del 10,1% en un trimestre de inflación positiva. Lo más probable es un cambio metodológico de la Defensoría de la Tercera Edad. Corresponde informar la cobertura como un rango de 24% a 27% y confirmar la metodología antes de encadenar ambos valores.

4. SEGUNDO ESLABÓN: LOS MEDICAMENTOS

4.1. La situación de referencia

En 2023 el propio Instituto informaba que nueve de cada diez afiliados recibían al menos un medicamento gratuito, que cuatro de cada diez recibían la totalidad de su medicación, y que la política **representaba un ahorro promedio equivalente al 20% del ingreso de sus afiliados**.

Esa afirmación puede ahora medirse directamente. El ranking de medicamentos consumidos publicado por el INSSJP en 2020 informaba, producto por producto, el porcentaje de cobertura y la proporción de dispensas realizadas al 100%. Veintitrés de los productos de aquel listado coinciden por código Alfabeta con los más dispensados de 2026 y representan el 59,2% de las unidades actuales.

Grupo terapéutico	Productos cruzados	Cobertura base 2020	Dispensa al 100% en 2020
Tiroides — levotiroxina	3	80,0%	30,5%
Cardiovascular	12	68,1%	41,3%
Oftalmología	1	60,0%	53,3%
Psicofármacos	5	50,0%	38,4%
Analgésicos y AINE	1	50,0%	20,0%
Suplementos	1	50,0%	0,0%
Promedio ponderado por unidades de 2026	23	65,5%	36,9%

En 2020, el 36,9% de las dispensas de los productos más consumidos se realizaba al 100%.

La cobertura base de esos mismos productos era del 65,5%: sobre ese piso, el vademécum gratuito agregaba una capa que llevaba al 100% más de un tercio de las dispensas. Un ahorro del 20% del ingreso no es una política sanitaria: es una transferencia monetaria indirecta de magnitud comparable a un aumento previsional.

4.2. La modificación de 2024 y el esquema vigente

Período	Criterio de acceso a la gratuidad
2022–2023	Condición de afiliado + necesidad terapéutica
2024–2026	Afiliado + necesidad terapéutica + evaluación socioeconómica, con ingreso inferior a 1,5 haberes mínimos y copago publicado por producto

Nada fue derogado: se agregó un término a la ecuación.

La operación no consistió en bajar el porcentaje de cobertura de cada producto, que en buena medida se mantiene. Consistió en retirar la capa del vademécum gratuito que se superponía sobre ese porcentaje. El resultado, para el afiliado, es la diferencia entre pagar cero y pagar el 20, el 35 o el 50 por ciento del precio. Y no existe estadística previsional que registre esa diferencia.

La arquitectura de las bandas

El portal institucional del PAMI **comunica «descuentos de hasta el 100% en medicamentos»**. **La palabra decisiva es hasta**. La banda del 100% contiene doce categorías: diabetes, oncológicos, oncohematológicos, hemofilia, VIH y hepatitis B y C, trasplantes, trastornos hematopoyéticos, artritis reumatoidea, enfermedades fibroquísticas, oftalmológicos intravítreos, osteoartritis, insuficiencia renal crónica e hiperparatiroidismo.

Todo lo demás cae en la banda de 50% a 80% para patologías crónicas y agudas, con un piso de 40% para uso eventual.

De las doce categorías protegidas al máximo, sólo la diabetes corresponde a una patología crónica de alta prevalencia en personas mayores. Las restantes son de baja prevalencia y alto costo unitario, u oncológicas. **Es una arquitectura que protege del gasto catastrófico y deja al afiliado pagando el gasto cotidiano**. Además, la lista está organizada por patología y no por medicamento: el acceso depende de que la prescripción quede encuadrada administrativamente en una de esas doce categorías. La barrera administrativa está en la estructura misma de lo que el organismo pública.

4.3. Qué consumen realmente los afiliados

La Gerencia de Medicamentos del INSSJP publica el listado de los cincuenta productos más dispensados entre abril y junio de 2026, que suman 9.506.511 unidades. Ese listado permite reemplazar la canasta hipotética por el consumo efectivo.

Grupo terapéutico	Unidades	% del total	Banda de cobertura
Cardiovascular — HTA, insuficiencia cardíaca, dislipemia, antiagregación	4.596.974	48,4%	50 a 80%
Tiroides — levotiroxina	1.170.251	12,3%	50 a 80%
Diabetes — metformina, insulinas, tiras reactivas	1.084.309	11,4%	100%
Analgésicos y antiinflamatorios	869.919	9,2%	50 a 80% o 40%
Psicofármacos — benzodiacepinas e hipnóticos	741.422	7,8%	50 a 80%
Oftalmología — glaucoma y lágrimas	498.526	5,2%	50 a 80%
Urológico, articular y suplementos	335.623	3,5%	50 a 80% o 40%
Antibiótico	107.528	1,1%	50 a 80%
Digestivo — inhibidor de bomba de protones. Acido Clorhídrico del estomago	101.959	1,1%	50 a 80%

El cruce decisivo

El 88,6% de las unidades efectivamente dispensadas a los afiliados queda fuera de la banda del 100%.

El grupo cardiovascular concentra el 48,4% y corresponde a la primera causa de muerte en personas de 75 a 84 años y de 85 y más. La levotiroxina sola, con 1.170.251 unidades, representa más que todo el conjunto de la diabetes: es de administración continua, su interrupción produce hipotiroidismo sintomático y está en la banda de descuento parcial. La arquitectura de bandas no protege el consumo efectivo de la población mayor.

Los diez productos más dispensados

#	Producto y presentación	Principio activo	Unidades	%
1	ASPIRINA PREVENT — comp.cub.enterica x 50	acetilsalicílico,ác.	1.051.339	11,1%
2	TAFIROL 1 G — comp.ran.x 50	paracetamol	548.030	5,8%
3	CORBIS — 5 mg comp.rec.x 30	bisoprolol	418.123	4,4%
4	ACCU-CHEK GUIDE — tiras reactivas x 50	tiras reactivas	392.637	4,1%
5	T4 MONTPELLIER 100 — 100 mcg comp.x 50	levotiroxina	367.870	3,9%
6	LOTRIAL — 10 mg comp.x 60	enalapril	362.424	3,8%
7	LOSACOR — 50 mg comp.rec.x 30	losartán	359.352	3,8%
8	LOSACOR — 50 mg comp.rec.x 60	losartán	253.751	2,7%
9	T4 MONTPELLIER 50 — 50 mcg comp.x 50	levotiroxina	252.233	2,6%
10	T4 MONTPELLIER 75 — 75 mcg comp.x 50	levotiroxina	227.163	2,4%

4.4. La traducción en unidades: qué compra el haber mínimo

La expresión porcentual de la pérdida admite discusión metodológica permanente sobre índices y períodos de base.

La traducción del haber en unidades de medicamento efectivamente adquiribles elimina esa discusión.

Medicamento	Septiembre 2023	Marzo 2026	Variación
Daflon 500	18 unidades	8	-55,6%
Lasix	25	11	-56,0%
Micardis	22	10	-54,5%
Trapax	20	9	-55,0%
Promedio	21,3	9,5	-55,3%

La magnitud: el haber mínimo perdió algo más de la mitad de su capacidad de compra de medicamentos crónicos en treinta meses. La homogeneidad: las cuatro variaciones se ubican entre 54,5% y 56%, de modo que la pérdida no obedece al comportamiento de un laboratorio ni de un producto, sino al desacople entre la evolución del haber y la del precio del medicamento como categoría. La clínica: los cuatro corresponden a tratamientos de administración continua.

4.5. La vía de la venta libre

La Disposición ANMAT 4714/2026 desregula el expendio de un conjunto de principios activos, que pasan de venta bajo receta a venta libre. Sobre la cobertura el efecto es indirecto pero completo: **el PAMI cubre medicamentos prescritos, y un producto de venta libre queda fuera del circuito por definición, sin que ninguna norma del Instituto lo excluya.**

#	Producto	Principio activo	Unidades	% del total
1	Aspirina Prevent	ácido acetilsalicílico	1.051.339	11,1%
2	Tafirol 1 g	paracetamol	548.030	5,8%
34	Geniol 1 g	paracetamol	113.397	1,2%
41	Actron 600	ibuprofeno	107.629	1,1%
50	Sertal Compuesto	propinox + clonixinato de lisina	100.863	1,1%
	Subtotal expuesto		1.921.258	20,2%

Una quinta parte de las unidades dispensadas corresponde a productos de venta libre o candidatos a serlo. El primero del ranking es el más expuesto: la Aspirina Prevent, con 1.051.339 unidades en el trimestre, es antiagregante de prevención secundaria post-infarto y post-accidente cerebrovascular, y su interrupción aumenta el riesgo trombótico en las semanas posteriores.

Dos operaciones distintas, dos responsables distintos

El condicionamiento de la cobertura corresponde al INSSJP y se ejecuta por resolución del Instituto. El pasaje a venta libre corresponde a la ANMAT y se ejecuta por disposición del organismo regulador. Producen el mismo efecto sobre el bolsillo del afiliado y no deben informarse juntas: cada una tiene su norma, su fecha y su firma.

4.6. La pregunta epidemiológica correcta

La pregunta no es cuánto aumentó el precio de los medicamentos, sino qué proporción de los tratamientos crónicos indicados se interrumpe, se espacia o se fracciona, y con qué consecuencias clínicas. Proponemos vigilar tres indicadores: la proporción de afiliados que declara haber suspendido o espaciado un tratamiento crónico por razones económicas en los últimos seis meses; el copago efectivo de los diez productos más dispensados, relevado en farmacias de Rosario con fecha y comprobante; y la relación entre unidades retiradas y unidades prescriptas.

5. TERCER ESLABÓN: LA ACCESIBILIDAD AL PAMI

Señal registrada en 2026	Contenido
Conflicto con prestadores	Abril de 2026: huelga de aproximadamente 8.500 médicos y 3.200 odontólogos de cabecera por la modificación del esquema de pagos y por atrasos
Restricción de turnos	Junio de 2026: suspensiones o restricciones en la asignación de nuevos turnos para consultas, estudios y procedimientos programados
Gasto prestacional	Caída real del 41,3% en el primer trimestre de 2026 respecto de igual período del año anterior; giros del Tesoro: -57,7%
Deuda con prestadores	Superior a \$500.000 millones con alrededor de 17.000 prestadores, entre farmacias, clínicas y sanatorios

Estos hechos no demuestran por sí mismos un deterioro sanitario: son señales de alerta que corresponde medir. El indicador crítico no es el gasto agregado del Instituto **sino el tiempo transcurrido entre la necesidad de atención y la prestación efectiva.**

La secuencia a verificar es: demora de turnos, pérdida de seguimiento, retraso diagnóstico, descompensación, urgencia, internación. El organismo no publica ese tiempo por especialidad ni por región, y corresponde reclamarlo.

6. CUARTO ESLABÓN: EL FINANCIAMIENTO Y EL FONDO DE ASISTENCIA LABORAL

La Ley 27.802 del 27 de febrero de 2026, en su Título II, crea el Fondo de Asistencia Laboral. El Decreto 408/2026 del 1 de junio lo reglamenta y fija su vigencia a partir del 1 de noviembre

de 2026. Se financia con una contribución obligatoria de entre el 1% y el 2,5% sobre la nómina, con topes de 1,5% y 3%.

El artículo 24 del Decreto 408/2026

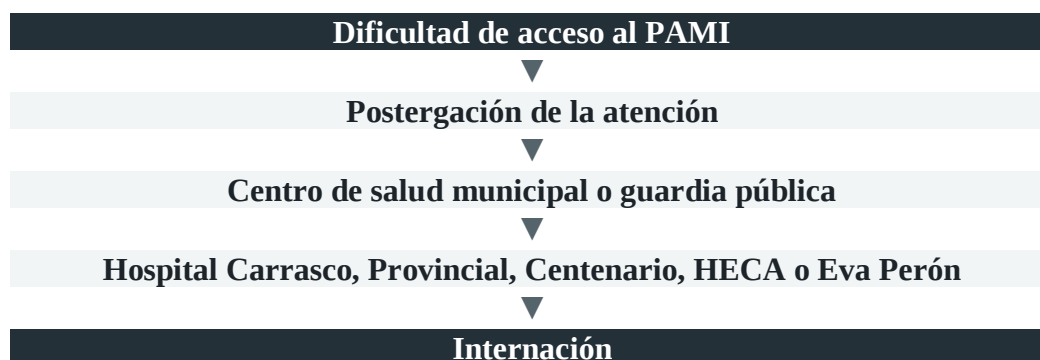
«Los empleadores detraerán mensualmente la alícuota de contribución al Fondo de aquella que les corresponda [...] con destino a los subsistemas regidos por las Leyes N.º 19.032, 24.013, 24.241 y 24.714». La Ley 19.032 es el PAMI. El Fondo no crea un aporte nuevo: descuenta el suyo de los que ya existían.

Cada peso que un empleador aporta al Fondo es un peso que deja de ingresar, en la proporción correspondiente, a las jubilaciones, al seguro de desempleo, a las asignaciones familiares y a la cobertura de salud de las personas mayores. Se estima que la detracción compromete entre el 5% y el 14% del financiamiento contributivo de la seguridad social por relación laboral. El organismo que acumula una deuda superior a \$500.000 millones y cuyo gasto prestacional cayó 41,3% verá reducida su base contributiva desde noviembre de 2026.

La seguridad social financia la ruptura del contrato de trabajo. Lo que se comunica públicamente es que el instrumento agiliza el pago de indemnizaciones. Ambas cosas son ciertas simultáneamente; sólo una se comunica.

7. QUINTO ESLABÓN: LA MIGRACIÓN HACIA LOS EFECTORES PÚBLICOS

El desfinanciamiento no elimina la demanda: la desplaza. Sobre 69.000 afiliados al PAMI del Gran Rosario, más de 43.400 resuelven su atención en el sistema público local ante la falta de turnos, prestaciones o derivaciones. **Casi dos tercios del padrón.** Las autoridades sanitarias locales lo definen como un subsidio indirecto e involuntario, y no existe mecanismo de recupero.



La estructura merece nombrarse con precisión: la Nación retiene los aportes con destino a la Ley 19.032, reduce la prestación efectiva, y el costo asistencial se traslada al presupuesto provincial y municipal, que lo absorbe sin compensación. El recurso se centraliza y el gasto se descentraliza. **Proponemos denominarlo PRIVATIZACIÓN INVERTIDA y construir la tasa de transferencia PAMI–sistema público como indicador centinela:** personas de 65 años y más afiliadas al PAMI atendidas o internadas en efectores públicos, sobre el total de pacientes de 65 y más en esos mismos efectores, serie 2022–2026.

PARTE III

Los resultados

8. Mortalidad y causas sensibles a la continuidad asistencial

Las estadísticas nacionales consolidadas llegan hasta 2024. La Dirección de Estadísticas e Información de la Salud informó 376.405 defunciones en la Argentina durante ese año, de las cuales 284.798 correspondieron a personas de 65 años y más: aproximadamente el 75,7% del total. Este dato no representa por sí mismo un exceso de mortalidad; su importancia reside en que pequeñas modificaciones de las tasas en las edades avanzadas producen un efecto considerable sobre la mortalidad general.

8.1. De qué mueren las personas mayores

65 a 74 años	75 a 84 años	85 años y más
Tumores malignos: 16.758	Enfermedades del corazón: 23.426	Enfermedades del corazón: 27.067
Enfermedades del corazón: 15.737	Tumores malignos: 15.352	Neumonía e influenza: 16.390
Neumonía e influenza: 6.621	Neumonía e influenza: 12.441	Tumores malignos: 6.917
Septicemia: 4.057	Septicemia: 5.539	Septicemia: 4.459
Enf. cerebrovasculares: 3.925	Enf. cerebrovasculares: 5.512	Enf. cerebrovasculares: 4.332

Por qué este perfil confirma la pertinencia del modelo

Entre los 65 y los 84 años aparecen simultáneamente cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, neumonía y septicemia. **Gran parte de estas causas requiere control continuado, medicación sostenida, atención temprana, vacunación, rehabilitación y cuidados domiciliarios:** es el conjunto de condiciones más sensibles a las interrupciones del proceso de atención. **Y son, precisamente, las que la arquitectura de bandas del PAMI deja fuera de la cobertura al 100%.** El estudio no debe buscar un aumento indiscriminado de todas las muertes, sino la mortalidad potencialmente sensible a la continuidad asistencial.

8.2. Las internaciones potencialmente evitables

La variable que permite verificar la cadena antes de que aparezca en las estadísticas de mortalidad son las **HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES** por condiciones sensibles a la atención ambulatoria. **Para adultos mayores proponemos vigilar: insuficiencia cardíaca; crisis hipertensivas; diabetes descompensada; EPOC; neumonía; infecciones urinarias; insuficiencia renal; accidente cerebrovascular; caídas y fractura de cadera.**

Permiten identificar deterioro sanitario sin esperar a que aumente la mortalidad: son indicadores anteriores en el tiempo.

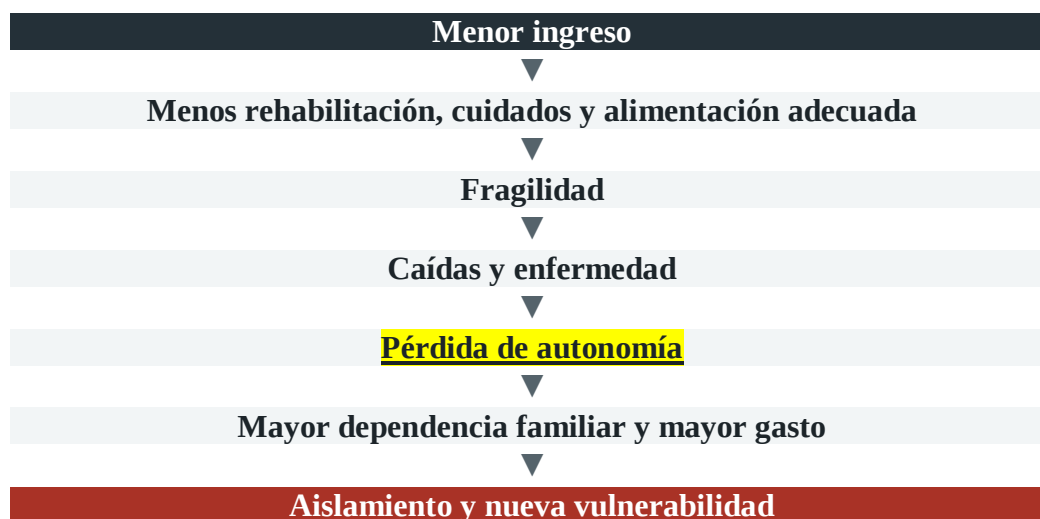
8.3. Una advertencia sobre la salida de la pandemia

Rosario registró 13.838 defunciones en 2020, 15.474 en 2021, 14.090 en 2022 y 12.620 en 2023. La caída entre 2021 y 2022 alcanza el 8,9% y entre 2022 y 2023 el 10,4%. Una disminución de la mortalidad en esos años representa fundamentalmente la retirada del exceso extraordinario relacionado con la pandemia, y su lectura como mejoría sanitaria constituiría un error. La periodización del estudio debe tomar 2022 y 2023 como línea de base pospandémica.

9. LA SEGUNDA VÍA: AUTONOMÍA, PADECIMIENTOS DEL EXISTIR Y SUICIDIO

El deterioro de las condiciones de vida opera también por una vía que no atraviesa primariamente el cuerpo enfermo. Esta vía requiere ser incorporada dentro del modelo y no tratada como un capítulo separado.

9.1. La autonomía funcional en el centro



Aquí aparece un circuito de retroalimentación. La enfermedad genera gastos, y esos gastos reducen todavía más la capacidad material para afrontar la enfermedad. El proceso se acelera sobre sí mismo, lo que explica el deterioro rápido observable clínicamente en personas mayores que sufren un episodio agudo en condiciones materiales precarias.

9.2. Padecimientos del existir



La categoría de padecimientos del existir nombra aquellas formas del sufrimiento que resultan irreductibles al diagnóstico psiquiátrico y que remiten a la posición del sujeto jubilado, jubilada, *frente a un mundo que dejó de ofrecerle un lugar. En la vejez esa posición se agrava por la conjunción de la pérdida del rol laboral, la reducción del ingreso, la muerte de los pares y la pérdida progresiva de autonomía corporal.*

El ranking de dispensa aporta aquí un indicio que corresponde vigilar sin sobreinterpretar: las benzodiacepinas y los hipnóticos representan el 7,8% de las unidades dispensadas, con seis productos entre los cincuenta más consumidos. Esa magnitud puede leerse en dos direcciones opuestas —expresión del padecimiento o problema de calidad de prescripción— y sólo un relevamiento propio permite distinguirlas.

9.3. El suicidio como evento centinela

En 2024 la Argentina registró 3.614 suicidios, de los cuales 2.892 correspondieron a varones y 720 a mujeres. El predominio masculino resulta muy marcado y se acentúa en las edades avanzadas. Para la próxima etapa corresponde separar los grupos de 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 a 84 y 85 años y más, y analizar para cada uno el número de suicidios, las tasas por cien mil habitantes, el sexo, el mecanismo, la provincia y el dato específico de Rosario.

Una precisión indispensable

El suicidio debe concebirse como un posible evento centinela de padecimiento subjetivo y desafiliación social. Corresponde evitar afirmar que la pobreza o los bajos haberes causan el suicidio. La hipótesis epidemiológica es más compleja y más sólida: determinadas condiciones de vida acumulan procesos de vulnerabilidad que, junto con dimensiones clínicas, familiares, biográficas y subjetivas, incrementan el riesgo. Sostener esta formulación protege al análisis de la impugnación fácil y honra la singularidad de cada historia.

PARTE IV

Síntesis y programa

10. El hallazgo estructural

Lo que cayó	Lo que quedó intacto
El acceso al sistema para quienes no reúnen treinta años de aportes: las altas por moratoria cayeron 79,7%	La declaración del derecho previsional como derecho universal
El valor real del bono, congelado desde marzo de 2024	La actualización mensual del haber por índice de precios

Lo que cayó	Lo que quedó intacto
La cobertura farmacológica universal: el 36,9% de las dispensas era al 100% en 2020	La existencia formal del vademécum y del Programa Médico Obligatorio
La base contributiva de los cuatro subsistemas de la seguridad social	La estructura institucional de ANSES, PAMI y asignaciones
La capacidad prestacional efectiva del PAMI: -41,3% en el primer trimestre de 2026	El padrón de afiliados y la obligación legal de cobertura
El tiempo entre la necesidad de atención y su prestación efectiva	La cartilla de prestadores y la afiliación nominal
Las columnas de cobertura y dispensa al 100% en las estadísticas del Instituto	La publicación del ranking de medicamentos más dispensados

La columna izquierda contiene condiciones materiales de existencia. La columna derecha contiene enunciados.

El superávit del organismo previsional pasó de \$1,2 billones en 2023 a \$4,2 billones en 2025. Se construyó reduciendo el valor real de cada prestación individual. El ajuste existe y fue absorbido por los jubilados.

11. SINTESIS

1. La vejez argentina se determina socialmente antes de expresarse biológicamente.
2. El ingreso previsional es una variable sanitaria y debe medirse como tal. La canasta de la vejez equivale a 4,94 haberes mínimos.
3. El medicamento gratuito era una transferencia de ingreso: su condicionamiento es un recorte previsional encubierto. El 88,6% de las unidades dispensadas queda hoy fuera de la banda del 100%.
4. El indicador crítico del PAMI es el tiempo entre la necesidad de atención y la prestación efectiva.
5. El Fondo de Asistencia Laboral retira financiamiento de la Ley 19.032: la reforma laboral se paga con la salud de los viejos.
6. La migración hacia efectores públicos es una privatización invertida y funciona como indicador centinela regional.
7. Los padecimientos del existir y el suicidio en varones mayores constituyen la segunda vía de la misma determinación social.
8. La sustracción es el método, y la interrupción de la producción del dato es su cuarto momento.

12. EL PROGRAMA DE VIGILANCIA: CINCO ÍNDICES

Índice	Contenido
IPP — Protección Previsional	Ingreso real, bono, posición en la pirámide y relación con la canasta específica del adulto mayor
IAF — Accesibilidad Farmacológica	Medicamentos necesarios, cobertura nominal, copago efectivo y unidades retiradas sobre prescriptas, construido sobre los cincuenta productos más dispensados
IAA — Accesibilidad Asistencial	Turnos, especialistas, prácticas y demoras
IUSC — Utilización Sanitaria Crítica	Guardias, internaciones potencialmente evitables y descompensaciones
IRS — Resultado Sanitario	Mortalidad por causas seleccionadas, discapacidad, dependencia y suicidio

IPP ↓ → IAF ↓ → IAA ↓ → IUSC ↑ → IRS ↑

Establecer empíricamente ese orden temporal sería el hallazgo epidemiológico de mayor relevancia del estudio. La secuencia en el tiempo es lo que transforma una correlación en un argumento.

13. PROPUESTAS DE RECLAMOS Y ACCIONES PARA LA SECRETARÍA DE JUBILADOS Y JUBILADAS

Pedidos de acceso a la información pública

- A ANSES: apertura de la distribución de beneficiarios por tramo de haber más allá de las dos mínimas, en cortes de 3, 4, 5 y más, con desagregación por sexo y jurisdicción.
- Al INSSJP: reincorporación de las columnas de porcentaje de cobertura y proporción dispensada al 100% en el listado de medicamentos, y serie histórica de ambas variables entre 2020 y 2026.
- Al INSSJP: tiempos de espera por especialidad y por región, publicados con periodicidad regular.
- A la Defensoría de la Tercera Edad: nota metodológica sobre la variación de la canasta entre marzo y junio de 2026.

Plano nacional

- Impugnar el artículo 24 del Decreto 408/2026, con legitimación propia de las organizaciones de jubilados.
- Actualización del bono e incorporación al haber, de modo que la movilidad opere sobre la totalidad del ingreso.

- Restablecimiento de la cobertura farmacológica sin condicionamiento por nivel de haber, sobre el fundamento de que el 88,6% de las unidades dispensadas queda fuera de la banda del 100%.
- Restitución de un régimen de regularización de aportes que reabra la puerta de entrada al sistema.

Plano provincial y municipal

- Instrumentar el recupero de costos: que el PAMI reintegre lo que hoy absorben la provincia y el municipio.
- Publicación periódica de las prestaciones brindadas a afiliados del PAMI en efectores públicos, con costeo y residencia del paciente.
- Defender la Caja de Jubilaciones de Santa Fe, cuya mínima de \$575.387 en abril de 2026 superaba en un 37% a la nacional.

Producción propia de información

- Observatorio de la salud de las personas mayores, en conjunto entre la CTA Y LAS ORGANIZACIONES DE JUBILADOS
- Índice de Costo Farmacológico del Jubilado construido sobre los cincuenta productos efectivamente dispensados, con relevamiento del copago en farmacias de Rosario, con fecha y comprobante.
- Relevamiento propio de la experiencia de acceso, y Mapa de Vulnerabilidad Sanitaria de las Personas Mayores de Rosario a partir de los indicadores.
 1. IPP — Protección Previsional
 2. IAF — Accesibilidad Farmacológica
 3. IAA — Accesibilidad Asistencial
 4. USC — Utilización Sanitaria Crítica
 5. RS — Resultado Sanitario

15. PARA LA DISCUSIÓN

Cada pieza aislada admite defensa. El recorrido entero no la admite. La moratoria caducó por vencimiento del plazo. El bono se mantuvo en su valor nominal. El vademécum conserva su existencia formal con requisitos de acceso más estrictos. Las contribuciones patronales se reducen mediante una detracción compensatoria. El derecho a la salud sigue siendo universal, y por eso el hospital público atiende. Y las columnas que permitirían medir todo esto dejaron de publicarse.

La tarea consiste en reconstruir públicamente ese recorrido, y puede enunciarse como una secuencia de preguntas: cuánto recibe el jubilado, qué puede comprar y sostener, qué medicamentos obtiene efectivamente, cuánto espera para ser atendido, dónde termina siendo atendido, por qué enfermedades se interna y por qué causas muere.

Nombrarla con precisión: con la norma en la mano, con la cifra verificada y con el testimonio de quien no consigue el turno ni el remedio.

Los cuatro reclamos donde coinciden las organizaciones de Jubilados

- recomposición de la pérdida consolidada.
- equiparación del haber mínimo con la canasta del adulto mayor.
- reconocimiento de la estructura de gasto específica de la vejez.
- rechazo a los vetos y decretos— discuten todos, sin excepción, el ingreso.

Este documento los mide.

La equiparación con la canasta significa, en cifras de marzo de 2026, multiplicar la mínima por 4,94. La quita de la cobertura farmacológica significa que el 88,6% de las unidades efectivamente dispensadas quedó fuera de la banda del 100%, cuando en 2020 el 36,9% de las dispensas de los productos más consumidos se realizaba sin costo.

El cierre de la moratoria significa una caída del 79,7% en las altas mensuales.

Pero el aporte principal no consiste en cuantificar lo que ya se reclama, sino en mostrar dónde conviene dar la discusión.

Mientras el reclamo permanece en el terreno del monto, el gobierno y la derecha responde exhibiendo la actualización mensual y la conversación se agota.

Trasladada al terreno del acceso efectivo —qué medicamentos obtiene el afiliado, cuánto espera un turno, dónde termina siendo atendido, por qué se interna—, la discusión encuentra un terreno donde las cifras existen, provienen del propio Estado y no admiten esa respuesta.

Proponemos, por eso, incorporar un quinto punto al pliego: el acceso efectivo a medicamentos y prestaciones, con los indicadores que este documento propone construir.

16. Nota sobre fuentes

ANSES, Boletín Previsional 2022 (Cuadros 1 y 2 del Anexo). ANSES, Informe de Estadísticas de la Seguridad Social, I Trimestre 2026 (Gráficos 1, 2 y 5; Cuadros 3 y 4). INSSJP, Ranking de medicamentos consumidos 2020. INSSJP, Gerencia de Medicamentos, Listado de los cincuenta medicamentos más dispensados, abril–junio de 2026. Portal institucional del PAMI, sección Medicamentos, consulta del 19 de agosto de 2026. Defensoría de la Tercera Edad, canasta específica del adulto mayor. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, 2024. INDEC, Censo 2022 e índice de precios al consumidor. IARAF sobre datos de ANSES e INDEC. Boletín Oficial: Ley 27.802, Decreto 408/2026, Disposición ANMAT 4714/2026, DNU 274/24.