




Percepciones de cirujanos y financiadores sobre barreras de acceso a la cirugía bariátrica y metabólica en Argentina: estudio cualitativo exploratorio

Paulina Siciliani^a , Mariana Glancszpigel^a , Daniela Paredes^{b*} 

^a3Eff SA, Buenos Aires, Argentina; ^bMedtronic Conglomerado de Países de América Sur, Santiago, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN La cirugía bariátrica y metabólica es un método seguro y eficaz para tratar la obesidad clínicamente grave. En Argentina, la Ley 26 396 y sus modificatorias establecen el marco normativo para su cobertura. Sin embargo, barreras administrativas, regulatorias y financieras limitan su acceso efectivo, persistiendo vacancias en su alcance y comprensión. El objetivo del documento es explorar percepciones de cirujanos y financiadores respecto a la implementación de la cirugía bariátrica y metabólica en Argentina, en el marco de la referida ley identificando barreras que influyen en el acceso efectivo y oportuno.

MÉTODOS Estudio cualitativo exploratorio basado en 16 entrevistas en profundidad, virtuales, a ocho médicos cirujanos especialistas en cirugía bariátrica y metabólica y a ocho financiadores del sistema de salud argentino entre noviembre y diciembre de 2024. El muestreo fue intencional. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas. Se realizó un análisis temático y recursivo que permitió abordar categorías emergentes.

RESULTADOS Identificamos múltiples barreras y desafíos en la implementación efectiva de la cirugía bariátrica y metabólica en Argentina. Entre ellos destacan desigualdades geográficas, heterogeneidad en los acuerdos de los módulos quirúrgicos, restricciones administrativas y burocráticas relacionadas con la variabilidad en la interpretación de la ley y sus requisitos, altos costos e imposición de cupos que retrasan el acceso oportuno, entre otros.

CONCLUSIONES La implementación de la cirugía bariátrica y metabólica presenta desafíos estructurales y funcionales, que afectan el acceso equitativo y oportuno. Si bien la Ley 26 396 y sus reglamentaciones posteriores establecieron un marco normativo para su cobertura, las tensiones entre actores del sistema de salud y características geográficas han generado una aplicación heterogénea de la normativa. Dicha aplicación enfrenta barreras administrativas y financieras que impactan en su práctica efectiva y oportuna. Destacamos la necesidad de fortalecer la articulación entre médicos y financiadores, promoviendo instancias de diálogo que permitan optimizar los procesos de autorización y financiamiento.

KEYWORDS Morbid obesity, Argentina, Bariatric surgery, Delivery of health care, Surgeons, Health policy, Perception

INTRODUCCIÓN

La obesidad severa representa un problema creciente de salud pública mundial, con consecuencias para la salud individual, sistemas sanitarios y economía [1]. En los últimos datos oficiales disponibles, la prevalencia de obesidad en Argentina fue estimada en 25,3% en la 4° Encuesta Nacional de Factores

de Riesgo, en el último trimestre de 2018, reportando un incremento del 21,6% respecto al quinquenio anterior [2].

La cirugía bariátrica ha demostrado ser una intervención efectiva para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades [3–6]. Estudios realizados en Europa y América Latina han demostrado que es costo-efectiva frente al tratamiento médico en pacientes con obesidad y enfermedades metabólicas. Estos análisis de costo-efectividad y costo-utilidad desde la perspectiva del financiador, reportan consistentemente resultados favorables en términos de eficiencia [7–15].

En Argentina, esta cirugía fue incluida en el Programa Médico Obligatorio, que es el conjunto de prestaciones básicas que deben ser garantizadas obligatoriamente por financiadores privados y seguridad social [14] a través de la Ley 26 396 de Trastornos Alimentarios [16]. Recientemente, la Resolución 1420/2022 actualizó las prestaciones básicas del Programa Médico Obligatorio, incorporando técnicas quirúrgicas

* Autor de correspondencia daniela.m.paredes@medtronic.com

Citación Siciliani P, Glancszpigel M, Paredes D. Percepciones de cirujanos y financiadores sobre barreras de acceso a la cirugía bariátrica y metabólica en Argentina: estudio cualitativo exploratorio. Medwave 2025;25(11):e3154

DOI 10.5867/medwave.2025.11.3154

Fecha de envío Aug 12, 2025, **Fecha de aceptación** Nov 5, 2025,

Fecha de publicación Dec 9, 2025

Correspondencia a 532 Rosario Norte, Piso 12, Las Condes, Santiago, Chile

IDEAS CLAVE

- La obesidad severa es un problema creciente de salud pública mundial, con consecuencias para la salud individual, sistemas sanitarios y economía.
- La cirugía bariátrica ha demostrado ser una intervención costo-efectiva para el tratamiento médico en pacientes con obesidad y enfermedades metabólicas.
- Este estudio contribuye a ampliar el campo de discusión internacional al introducir una mirada atenta a marcos legales, desajustes administrativos, y disputas en torno a la ley, respecto de la cobertura y acceso efectivo a la cirugía bariátrica y metabólica.
- Este trabajo presenta limitaciones propias de su diseño cualitativo exploratorio. La muestra fue intencional y orientada a la obtención de discursos en profundidad, sin pretensión de representatividad estadística.

y adaptando la normativa a la evidencia científica disponible sobre el tratamiento de la obesidad [17]. La inclusión de la cirugía bariátrica y metabólica en dicho programa implica su reconocimiento como una intervención necesaria y respaldada por evidencia, que busca asegurar cobertura integral y disponibilidad para las personas con indicación médica, independientemente de su condición socioeconómica. La Tabla 1, detalla condiciones y requisitos médicos necesarios para la cobertura [17].

No obstante, la existencia de un marco normativo no garantiza su implementación efectiva. Además, la incorporación de nuevas tecnologías, como los fármacos agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), reconfigura el escenario terapéutico y genera nuevos desafíos para la toma de decisiones clínicas y de cobertura. En el presente estudio cualitativo exploramos las percepciones y experiencias de médicos cirujanos y financiadores del sistema de salud argentino sobre la implementación de la cirugía bariátrica. El objetivo de este trabajo es caracterizar la implementación de la cirugía bariátrica en Argentina en el marco de la Ley de Trastornos Alimentarios, mediante la exploración de percepciones y experiencias de médicos especialistas, unido a las de financiadores del sistema de salud. Además, se busca identificar barreras en la aprobación, financiamiento y acceso efectivo; junto al análisis de la relación entre la normativa vigente, la práctica médica y toma de decisiones de financiadores.

MÉTODOS

Para este reporte, se emplean los criterios COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*). El diseño de estudio es cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo basado en entrevistas semiestructuradas individuales, modalidad virtual, realizadas entre noviembre y diciembre de 2024. El instrumento se aplicó a 16 referentes del campo de la cirugía bariátrica y metabólica: ocho médicos cirujanos y ocho representantes de financiadores, pertenecientes a los sectores privado y seguridad social. Las entrevistas, con duración promedio de una hora, se realizaron previa firma del consentimiento informado garantizando anonimato y confidencialidad de datos sensibles. Las mismas fueron moderadas, y luego codificadas, por una socióloga especializada en investigación

cualitativa, con asesoramiento y revisión de un médico con experiencia temática y un tercero veedor. No existía relación previa entre moderadora y entrevistados.

La selección de casos se realizó mediante muestreo intencional, orientado a identificar informantes clave. Los criterios de inclusión para cirujanos fueron: especialistas en cirugía bariátrica y metabólica, referentes a nivel nacional y/o internacional, con más de diez años de experiencia quirúrgica. Se priorizó la diversidad geográfica. En el caso de los financiadores se incluyeron: médicos auditores o especialistas en gestión sanitaria, con desempeño en obras sociales y/o prepagas nacionales y/o provinciales, con decisión activa sobre la cobertura, conocimiento de la ley y contar con al menos diez años de experiencia en gestión y/o auditoría médica. En ambos casos, establecimos como criterios de exclusión la negativa a otorgar el consentimiento. Se verificó el cumplimiento de estos criterios sobre la base de los antecedentes profesionales curriculares, confirmados por medio de consulta telefónica. Se proporcionó información sobre las características del estudio, política de privacidad y requerimiento de firma del consentimiento. Tanto cirujanos como financiadores podían desempeñarse en más de una institución (Tabla 2 y Tabla 3).

El período de recolección de información fue de noviembre a diciembre de 2024. Utilizamos una guía de entrevista semiestructurada, diseñada *ad hoc* para cada segmento de entrevistados. Su construcción siguió el recorrido esperado de acceso a la cirugía bariátrica, desde la indicación clínica hasta la cobertura y realización efectiva. Las preguntas se organizaron en seis dimensiones (perfil profesional, experiencia en cirugía bariátrica y metabólica, barreras percibidas, relación entre la ley y la práctica, financiamiento y reflexiones), orientadas a explorar las percepciones de ambos grupos: médicos y financiadores. Las guías fueron revisadas por un médico especialista y por el demandante del estudio.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Basados en la guía de entrevista semiestructurada, diseñamos la codificación de la información en diez ejes:

1. Percepciones generales de los cirujanos y financiadores.
2. Experiencia en el abordaje interdisciplinario y gestión del tratamiento de la obesidad.

Tabla 1. Criterios de elegibilidad para tratamiento quirúrgico.

Podrán acceder a tratamiento quirúrgico las personas que cumplan los siguientes criterios de inclusión:
Edad de 18 a 70 años.
IMC mayor de 40 kg/m ² (con o sin comorbilidades) o mayor a 35 kg/m ² con al menos una de las siguientes comorbilidades (los IMC considerados corresponden a los previos al descenso de la preparación preoperatoria): diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, apnea o SAHOS, o enfermedad articular con gran limitación funcional.
Riesgo quirúrgico aceptable, es decir, tener controladas las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA.
Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para el control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por doce meses, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento el contacto de al menos una vez por mes con equipo interdisciplinario o consultas individuales con médico/a o licenciado/a en nutrición más psicoterapia, en forma ininterrumpida.
Consentimiento informado: aceptación y deseo del procedimiento, siendo esta una decisión informada y consensuada con el equipo tratante, con compromiso de los requerimientos por el equipo multidisciplinario, valorándose expectativas y evaluando las posibilidades de efectuar el correcto seguimiento.
Estabilidad psicológica.

IMC: índice de masa corporal. SAHOS: hipopnea obstructiva del sueño. ASA: American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale.
Fuente: elaborada por las autoras a partir de la Resolución 1420/2022 [18].

Tabla 2. Distribución geográfica de cirujanos.

Provincias	Número (n)
Córdoba	1
Corrientes	1
Provincia de Buenos Aires	1
Tucumán	1
Rosario	3
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4

Fuente: elaborada por las autoras a partir de datos del estudio.

Tabla 3. Distribución de financiadores por subsector y alcance.

Tipo de financiador	Alcance	Número (n)
Privado	Nacional	3
OSN	Nacional	5
OSP	Provincial	2

OSN: Obra Social Nacional. OSP: Obra Social Provincial.
Fuente: elaborada por las autoras a partir de datos del estudio.

3. Relación entre equipos quirúrgicos, instituciones y financiadores.
4. Influencia de la zona geográfica en la implementación efectiva de la cirugía bariátrica y metabólica.
5. Valoración de las suturas mecánicas para la toma de decisiones.
6. Aspectos regulatorios, de gestión y de financiación.
7. Influencia de los nuevos fármacos disponibles para el tratamiento de la obesidad.
8. Barreras para la implementación efectiva y oportuna de la cirugía bariátrica y metabólica.
9. Relación entre la Ley 26 396 y la práctica.
10. El futuro de la cirugía bariátrica y metabólica.

Se realizó análisis temático de tipo recursivo, en tres niveles complementarios: individual (discurso de cada participante), grupal (regularidades y divergencias dentro de cada segmento), y de síntesis interpretativa (conclusiones provisionarias, tensiones, convergencias y emergentes del cruce entre perspectivas). No se repitieron entrevistas y se alcanzó la saturación.

RESULTADOS

Eje de percepciones generales de cirujanos y financiadores

Los cirujanos perciben un acceso limitado a la cirugía por barreras burocráticas, criterios disímiles para interpretar la ley y existencia de cupos restringidos (número máximo de cirugías por cirujano y por mes). Destacan la importancia de un abordaje interdisciplinario y enfatizan la necesidad de mayor flexibilidad para priorizar criterios clínicos por sobre restricciones presupuestarias o administrativas, sin alero en la reglamentación.

“...hay que hacer informes mensuales para luego cumplir a los doce meses en hacer un informe anual (...) tenemos ahí un cupo (...) listas de espera... Entonces, si vos no tenés un mes lo de psicología o no lo envías, te lo congelan [refiere al trámite]” (médico cirujano),

Los financiadores reconocen la efectividad del procedimiento, pero plantean que los controles y restricciones son necesarios para la sustentabilidad del sistema.

“Sin estos controles, corremos el riesgo de autorizar cirugías a pacientes que podrían no estar realmente preparados” (financiador de Obras Sociales).

“Esto genera tensiones porque debemos equilibrar el acceso con la sostenibilidad del sistema...” (financiador Obra Social Provincial).

Eje de experiencia en abordaje interdisciplinario y gestión del tratamiento de obesidad

Ambos segmentos reconocen que, si bien el abordaje interdisciplinario tiene una alta relevancia para los resultados clínicos, existen dificultades en la articulación entre especialidades debido a desigualdades en la disponibilidad de recursos económicos, gestiones administrativas complejas y demoras en las autorizaciones de los financiadores. Esto es particularmente relevante cuando los especialistas no pertenecen al mismo centro.

“El problema es que muchas obras sociales no quieren cubrir el trabajo del equipo interdisciplinario, solo la cirugía. Eso limita el tratamiento integral” (médico cirujano).

Eje de relación entre equipos quirúrgicos, instituciones y financiadores

El análisis de las entrevistas reveló discrepancias en la negociación de módulos quirúrgicos (contrato de pago predefinido que agrupa los costos más relevantes asociados a cirugías en un único valor total considerando honorarios, insumos, días de internación, etc.). La inclusión o exclusión de materiales quirúrgicos, como suturas mecánicas, varía según los acuerdos. La percepción de los cirujanos es que los honorarios profesionales bajos se compensan con incrementos en el valor de las suturas. Adicionalmente, señalan restricciones impuestas desde los financiadores que limitan su autonomía: cupos de cirugías por mes, cambios de profesionales tratantes, escasa disponibilidad de quirófano y/o camas para el procedimiento, exigencia de tiempos de preparación prequirúrgica prolongados, entre otros.

"Incluso si el paciente está dentro de la norma, rechazan. De cada 10 pacientes que rechazan, saben que seis no vuelven más. Es un *modus operandi*, un formato de desgaste" (médico cirujano).

"El paciente necesita hacerse todos los estudios, tener el ok del equipo... Ahí ingresa los trámites y ahí empieza la lotería de la obra social" (médico cirujano).

"Me dijeron que le diga al paciente que tiene que esperar hasta el año que viene, pero eso no es mi trabajo ni es ético" (médico cirujano).

"Te autorizan la cirugía, pero te dicen que podés operar dos por mes. Eso limita nuestra capacidad y genera listas de espera innecesarias" (médico cirujano).

Eje de influencia de zona geográfica en implementación efectiva de cirugía bariátrica y metabólica

Los testimonios reflejan diferencias entre grandes centros urbanos y regiones periféricas.

"En Córdoba, por ejemplo. Yo veo (que) estamos atrasados con Brasil, estamos atrasados con Chile en nuestros países vecinos en volumen, en técnica, en legislación. Estamos atrasados un montón" (médico cirujano).

"En algunas provincias no hay ni siquiera un equipo multidisciplinario completo para el seguimiento de los pacientes" (financiador Obra Social Provincial).

La falta de infraestructura se combina con una concentración de profesionales especializados en zonas urbanas.

"Los pacientes del interior tienen que venir a la capital para poder operarse, porque no hay cirujanos especializados en sus provincias" (financiador Obra Social Provincial).

Las particularidades geográficas no solo condicionan el acceso a la cirugía bariátrica y metabólica, también configuran desigualdades en la habilitación de centros y profesionales, dadas las disparidades en infraestructura y recursos humanos especializados.

Eje de valoración de suturas mecánicas para toma de decisiones

Los cirujanos destacan la importancia en la elección de las suturas mecánicas, pero remarcan que esta elección no siempre queda bajo su control. En muchos casos, las instituciones financiadoras definen las compras por licitación.

"En el hospital yo no tengo decisión sobre qué materiales se usan (...) tengo que operar con la que es indistinta, digamos, ahí no depende de mi decisión" (médico cirujano).

Las entrevistas revelan divergencias en opiniones sobre las suturas mecánicas. Sin embargo, existe una percepción compartida sobre la sobrefacturación de insumos, ya sea por parte de los cirujanos o los proveedores, que contribuye significativamente al aumento de costos.

"El material pasa de mano en mano y cada intermediario aumenta el precio. El material no debería ser una ganancia ni para el cirujano ni para la clínica, más allá de una mínima ganancia administrativa" (médico cirujano).

"El desafío es encontrar un equilibrio entre la calidad de los insumos y la sostenibilidad financiera" (financiador Obras Sociales).

Eje de aspectos regulatorios, de gestión y financiación

Los cirujanos perciben que las diferencias de interpretación de la ley por financiadores afectan la planificación quirúrgica, aumentan la carga documental y la exigencia de requisitos prequirúrgicos que no responden a criterios clínicos, sino a procedimientos burocráticos que obstaculizan la atención de pacientes. La imposición de cupos injustificados limita la disponibilidad de atención y prolonga la espera, afectando la adherencia.

"El mayor obstáculo no es la cirugía en sí, sino todo el proceso burocrático que tiene que atravesar el paciente para que la obra social lo autorice" (médico cirujano).

"...Tenemos ahí un cupo, un cupo mensual y (en) esa obra social tenemos lista de espera porque se ha ido llenando tanto que tenemos en espera a 400 o 500 pacientes" (médico cirujano).

Si bien los financiadores reconocen los derechos contemplados por ley, advierten que esta no viene acompañada de los mecanismos de financiamiento que aseguren su sustentabilidad. El fenómeno de los cupos, por tanto, se interpreta como parte de un entramado de desafíos vinculados a la sostenibilidad del sistema sanitario. Afirman que la falta de un criterio homogéneo en la interpretación de la ley genera inequidades. Ello contribuye a que algunos pacientes recurran a la vía judicial. Adicionalmente, señalan que los tiempos de autorización también dependen de factores como la disponibilidad de turnos quirúrgicos y capacidad operativa de los centros.

"La ley dice que tienen que cubrir, pero cada obra social la interpreta a su manera. Algunas ponen más trabas que otras" (financiador de Obras Sociales).

Eje de influencia de nuevos fármacos disponibles para tratamiento de obesidad

Del discurso surge la idea de complementariedad en el uso combinado de fármacos y cirugía para optimizar resultados.

"Nosotros creemos que fármacos y cirugía es una combinación excelente. No es una competencia para la cirugía" (médico cirujano).

Este enfoque se extiende tanto a la preparación preoperatoria, como al manejo de la ganancia de peso postquirúrgica:

"Lo usamos como potenciadores de la cirugía" (médico cirujano).

Sin embargo, también expresan dudas respecto a los efectos colaterales a largo plazo. Ambos segmentos concuerdan en que, el precio y la falta de cobertura, limitan el acceso a fármacos.

Algunos financiadores consideran que se requerirá pago de bolsillo o copago como incentivo para la adherencia al tratamiento.

"Parte del esfuerzo tiene que tener un copago por parte del paciente. Eso incluso ayuda a valorar el tratamiento" (financiador de Obras Sociales).

Identificamos un desplazamiento discursivo desde el enfoque de la "obesidad" hacia la "enfermedad metabólica", que refleja una estrategia argumentativa utilizada por cirujanos para legitimar la cirugía como una intervención que va más allá de la pérdida de peso.

"Cuando hablamos de estos fármacos, siempre volvemos a la idea de que la cirugía no es solo para la obesidad, es una cirugía metabólica que impacta en la diabetes, la hipertensión..." (médico cirujano).

Eje de barreras para implementación efectiva y oportuna de cirugía bariátrica y metabólica

Los entrevistados coinciden en que las barreras burocráticas representan uno de los principales obstáculos para la implementación efectiva de la cirugía bariátrica y metabólica.

"Cada obra social tiene sus propios requisitos. Lo que te aprueban rápido en un lugar, en otro puede tardar meses" (médico cirujano).

El acceso a la cirugía bariátrica y metabólica se ve condicionado por factores financieros y estrategias de contención de costos de los financiadores (cupos). La Tabla 4 resume las principales barreras.

Eje de relación entre Ley 26 396 y práctica

La principal diferencia de interpretación entre médicos y financiadores sobre la relación entre la ley y la práctica radica en cómo se perciben y aplican los requisitos prequirúrgicos. Los cirujanos consideran que la exigencia de tratamientos prequirúrgicos prolongados (Tabla 1) burocratiza el proceso y no contribuye a mejorar los resultados clínicos, generando un impacto negativo en la salud mental y emocional. En contraste, los financiadores defienden estos requisitos como mecanismos necesarios para garantizar que accedan solo los pacientes que "realmente" necesitan la cirugía. Según su perspectiva, estas

medidas actúan como filtros para asegurar la adherencia al tratamiento y responsabilidad en el uso de recursos, advirtiendo sobre la falta de recursos económicos suficientes para garantizar su implementación efectiva (Tabla 5).

"La falta de diálogo entre médicos y auditores es un problema. Muchas veces se pierden semanas en idas y vueltas que podrían resolverse con una llamada" (financiador de Obras Sociales)

"Hoy en día no hay diálogo entre los prestadores y los pagadores, y si tuviéramos diálogo, podríamos generar un criterio de prioridades para los pacientes" (médico cirujano)

Eje de futuro de la cirugía bariátrica y metabólica

Los cirujanos y financiadores coinciden en que la cirugía bariátrica y metabólica continuará desempeñando un rol central en el manejo de la obesidad. Sin embargo, expresan preocupaciones por los desafíos estructurales del sistema. Remarcan la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios más especializados e integrar este procedimiento a una estrategia para la mejora de comorbilidades.

"La cirugía debería ser un subcomponente de un programa de diabetes y obesidad que pueda capturar la complejidad del problema sanitario, cultural y económico" (financiador Obra Social Nacional y Prepaga)

DISCUSIÓN

Este estudio realizado en Argentina aporta una perspectiva situada sobre las barreras de acceso a la cirugía bariátrica y metabólica, presentando la intersección entre dimensiones administrativas, regulatorias, presupuestarias y simbólicas. Desde el análisis de entrevistas a cirujanos y financiadores, se reconstruye un escenario donde los conflictos cotidianos en la implementación de la Ley 26 396 se ven atravesados por condiciones estructurales del sistema sanitario, como la fragmentación institucional, desajustes entre actores, y ausencia de criterios uniformes.

Diversos estudios internacionales han identificado obstáculos similares, pero en contextos de mayor integración institucional. Hlavin (2023) [19] señala cómo factores logísticos, económicos y de desinformación afectan el acceso a la cirugía bariátrica y metabólica en poblaciones vulneradas en Estados Unidos, pese a contar con seguros de salud. En Argentina, existen complejidades similares por la coexistencia de múltiples subsistemas de cobertura, cada uno con interpretaciones de la normativa y procedimientos de autorización propios. Esta heterogeneidad abre márgenes de discrecionalidad con efectos en el acceso.

Los hallazgos de Majstorovic *et al* (2025) [20] y Majstorovic *et al* (2024) [21], exponen tensiones entre la lógica médica y administrativa. La indagación argentina evidencia cómo las exigencias burocráticas, las diferencias en los circuitos de autorización, y dificultades en la cobertura de insumos específicos, afectan la continuidad del proceso quirúrgico. Endicho país, estas tensiones se ven potenciadas por la falta de

Tabla 4. Principales barreras para acceso efectivo a cirugía bariátrica y metabólica.

Barreras	Descripción
Barreras legales y regulatorias	Interpretación variable de la Ley 26 396 entre financiadores. Desigualdades en la aplicación de la ley según región del país. Necesidad frecuente de pacientes por judicializar sus casos para acceder a la cobertura.
Barreras administrativas y burocráticas	Demoras en la aprobación de autorizaciones por parte de obras sociales y prepagas. Excesiva carga documental para equipos clínicos y falta de unificación de criterios administrativos. Falta de comunicación y coordinación entre médicos, auditores y áreas administrativas. Complejidad en la gestión interna de los centros de salud.
Barreras geográficas	Desigualdad en la disponibilidad de centros especializados según la región. Habilitación de centros quirúrgicos condicionada por infraestructura insuficiente en algunas provincias. Falta de auditores y controles periódicos en regiones con menor acceso. Dificultades logísticas y costos de traslado para pacientes del interior del país. Limitaciones en la cobertura de obras sociales para traslados y alojamiento de pacientes que requieren la cirugía.
Barreras financieras	Generación de cupos y limitaciones en la cantidad de cirugías autorizadas anualmente sin amparo en la ley. Impacto del costo de insumos como las suturas mecánicas en la cobertura del procedimiento.

Fuente: elaborada por las autoras a partir de datos del estudio.

Tabla 5. Percepciones de cirujanos y financiadores sobre la Ley 26 396 y su aplicación práctica.

Criterio	Cirujanos	Financiadores
Valoración general	La ley representa un avance para formalizar el acceso.	La ley actúa como marco normativo.
Factores limitantes	Requisitos legales desalineados con la práctica médica. Burocratiza el proceso sin mejora en resultados.	Experimentan presión económica por obligatoriedad de cobertura. Complejidad administrativa para cumplir los requisitos.
Plazos impuestos en los requisitos	Influyen negativamente en salud mental, motivación, calidad de vida y salud de los pacientes	Son necesarios para demostrar adherencia y cambio en el estilo de vida vinculados al éxito a largo plazo de la cirugía.
Requisitos prequirúrgicos	Innecesarios y percibidos como barrera de acceso.	Necesarios para selección adecuada de candidatos.

Fuente: elaborada por las autoras a partir de datos del estudio.

transparencia en la negociación de módulos y escasa regulación sobre qué insumos se incluyen.

Este estudio permite observar estrategias adaptativas por parte de los equipos médicos frente a estos obstáculos. Una de ellas, menos desarrollada en la literatura internacional, es la búsqueda de recursos alternativos frente a demoras o negativas en la autorización. El recurso judicial aparece como una opción utilizada en ciertos casos (tal como se ha documentado también en otras intervenciones sanitarias en Argentina), aunque su uso no es específico del acceso a la cirugía bariátrica y metabólica. Más bien, expresa un síntoma del desajuste entre el derecho formalmente reconocido y las barreras de acceso.

Un hallazgo relevante del estudio argentino, no reportado en los artículos internacionales revisados, es la identificación del desplazamiento discursivo desde la obesidad hacia la enfermedad metabólica como marco legitimador. Este desplazamiento, que redefine el lenguaje médico y las estrategias argumentativas frente a financiadores, habilita nuevas formas de encuadre legal y clínico para la cirugía bariátrica y metabólica. En un contexto donde el reconocimiento de la obesidad como enfermedad no siempre alcanza para garantizar el acceso, la categoría de “enfermedad metabólica” opera como un facilitador simbólico. Este hallazgo permite pensar cómo las categorías diagnósticas no solo ordenan la práctica médica, sino

que también actúan como facilitadores de acceso o exclusión en sistemas segmentados.

Funk *et al* (2022) [22] y Rubin *et al* (2016) [23] señalan la necesidad de integrar mejor los equipos de atención y reducir las exigencias prequirúrgicas que terminan desalentando a los pacientes. En Argentina, el peso de estas exigencias es significativo, combinándose con restricciones presupuestarias que afectan a pacientes y profesionales.

Este estudio contribuye a ampliar el campo de discusión internacional al introducir una mirada atenta a marcos legales, desajustes administrativos, y disputas en torno a la ley. La fragmentación del sistema, aparece como una condición estructurante de las barreras de acceso. Al mismo tiempo, los hallazgos muestran que el derecho a la cirugía bariátrica y metabólica, aunque formalmente garantizado, se encuentra mediado por interpretaciones variables, asimetrías entre financiadores, y formas diversas de negociación institucional y profesional.

El estudio aporta elementos que enriquecen el debate internacional desde una perspectiva situada: muestra cómo los problemas de acceso no solo responden a limitaciones individuales o clínicas, sino que emergen de las configuraciones locales del sistema de salud. Su principal contribución radica en visibilizar los efectos concretos de esa configuración en la

implementación de una política sanitaria que, si bien reconocida legalmente, enfrenta obstáculos en su aplicación.

Este estudio presenta limitaciones propias de su diseño cualitativo exploratorio. La muestra fue intencional y orientada a la obtención de discursos en profundidad, sin pretensión de representatividad estadística. Tanto cirujanos como financiadores son actores institucionales cuyas posiciones están atravesadas por marcos regulatorios, criterios organizacionales y obligaciones legales que condicionan sus relatos. En un contexto en el que la cirugía bariátrica debe ser cubierta por ley, ante correcta indicación, los discursos sobre restricciones o negativas pueden presentarse con sesgos estratégicos. Para contrarrestar estas limitaciones, el análisis se apoyó en el contraste sistemático entre segmentos y se propone, como línea futura de investigación, ampliar la triangulación de perspectivas mediante el estudio de experiencias y percepciones de pacientes.

CONCLUSIONES

La implementación de la cirugía bariátrica y metabólica en Argentina se encuentra limitada por barreras estructurales, administrativas, regulatorias y financieras que afectan la equidad y oportunidad en el acceso.

Los patrones discursivos permitieron identificar algunas de estas barreras y la existencia de divergencias entre cirujanos y financiadores, en un contexto de limitación de recursos sanitarios. Los relatos dan cuenta de una aplicación heterogénea y discrecional de la ley, con desigualdades en el acceso efectivo y oportuno.

A la luz de los hallazgos, se requieren estrategias que disminuyan las brechas en la accesibilidad. Del mismo modo, se deben construir instancias de diálogo entre los actores del sistema de salud que permitan optimizar los procesos de autorización, así como un financiamiento sostenible y estratégico.

Autoría PS: conceptualización, diseño metodológico, trabajo de campo, análisis formal, redacción del informe y redacción original del manuscrito. Aprobó la versión final y respalda la integridad del trabajo en su totalidad. **MG:** planificación del estudio, gestión de aspectos regulatorios, redacción, revisión y edición del manuscrito. Aprobó la versión final y respalda la integridad del trabajo en su totalidad. **DPF:** conceptualización del estudio, redacción, revisión y edición del manuscrito. Aprobó la versión final y respalda la integridad del trabajo en su totalidad.

Conflictos de intereses DPF se desempeña profesionalmente en Medtronic en la función técnica de economía de la salud, sin actividad comercial ni marketing. Medtronic fue la entidad que financió el presente estudio, el cual fue ejecutado de forma independiente por 3Eff SA. PS y MG son investigadoras científicas que forman parte de la consultora externa 3Eff SA contratada por Medtronic para llevar a cabo la investigación. Ninguna de las autoras reporta conflictos de intereses personales o institucionales que pudieran haber influido en los resultados del estudio ni en su interpretación.

Financiamiento Medtronic.

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión por pares externa de tres pares revisores, a modalidad doble anónima.

REFERENCIAS

1. Ng M, Gakidou E, Lo J, Abate YH, Abbafati C, Abbas N, et al. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2025;405: 813–838. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00355-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00355-1)
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC); Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Resultados definitivos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2019. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
3. Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, Schauer PR, Alberti KGMM, Zimmet PZ, et al. Metabolic Surgery in the Treatment Algorithm for Type 2 Diabetes: A Joint Statement by International Diabetes Organizations. *Diabetes Care*. 2016;39: 861–77. <https://doi.org/10.2337/dc16-0236>
4. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. *N Engl J Med*. 2017;376: 641–651. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600869>
5. Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003–2012. *JAMA Surg*. 2014;149: 275–87. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.3654>
6. Harraca JL, Grigaites AL, Martínez Duarte P, Aguirre Ackermann M, Quevedo P, Musso C. Consenso Argentino Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Rev Argent Cir*. 2025. <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/179>
7. Ackroyd R, Mouiel J, Chevallier JM, Daoud F. Cost-effectiveness and budget impact of obesity surgery in patients with type-2 diabetes in three European countries. *Obes Surg*. 2006;16: 1488–503. <https://doi.org/10.1381/096089206778870067>
8. Anselmino M, Bammer T, Fernández Cebrián JM, Daoud F, Romagnoli G, Torres A. Cost-effectiveness and budget impact of obesity surgery in patients with type 2 diabetes in three European countries(II). *Obes Surg*. 2009;19: 1542–9. <https://doi.org/10.1007/s11695-009-9946-z>
9. Mäklin S, Malmivaara A, Linna M, Victorzon M, Koivukangas V, Sintonen H. Cost-utility of bariatric surgery for morbid obesity in Finland. *Br J Surg*. 2011;98: 1422–9. <https://doi.org/10.1002/bjs.7640>
10. Faria GR, Preto JR, Costa-Maia J. Gastric bypass is a cost-saving procedure: results from a comprehensive Markov model. *Obes Surg*. 2013;23: 460–6. <https://doi.org/10.1007/s11695-012-0816-8>

11. Borisenko O, Mann O, Duprée A. Cost-utility analysis of bariatric surgery compared with conventional medical management in Germany: a decision analytic modeling. *BMC Surg.* 2017;17. <https://doi.org/10.1186/s12893-017-0284-0>
12. Gil-Rojas Y, Garzón A, Lasalvia P, Hernández F, Castañeda-Cardona C, Rosselli D. Cost-Effectiveness of Bariatric Surgery Compared With Nonsurgical Treatment in People With Obesity and Comorbidity in Colombia. *Value Health Reg Issues.* 2019;20: 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2019.01.010>
13. Klebanoff MJ, Corey KE, Samur S, Choi JG, Kaplan LM, Chhatwal J, et al. Cost-effectiveness Analysis of Bariatric Surgery for Patients With Nonalcoholic Steatohepatitis Cirrhosis. *JAMA Netw Open.* 2019;2. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0047>
14. Pollock RF, Muduma G, Valentine WJ. Evaluating the cost-effectiveness of laparoscopic adjustable gastric banding versus standard medical management in obese patients with type 2 diabetes in the UK. *Diabetes Obesity Metabolism.* 2013;15: 121–129. <https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/toc/14631326/15/2> <https://doi.org/10.1111/j.1463-1326.2012.01692.x>
15. Elliot L, Frew E, Mollan SP, Mitchell JL, Yiangou A, Alimajstorovic Z, et al. Cost-effectiveness of bariatric surgery versus community weight management to treat obesity-related idiopathic intracranial hypertension: evidence from a single-payer healthcare system. *Surg Obes Relat Dis.* 2021;17: 1310–1316. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S155072892100155> <https://doi.org/10.1016/j.soard.2021.03.020>
16. Ley 26.396. Declárase de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial. 2025. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26396-144033/texto>
17. Ministerio de Salud. Resolución 201/2002 Aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE). 2022. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-201-2002-73649>
18. Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina. Resolución 1420/2022Apruébanse los lineamientos estratégicos para el abordaje integral de la obesidad en el primer nivel de atención. 2025;2022. <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/267139/20220722>
19. Hlavin C, Sebastiani RS, Scherer RJ, Kenkre T, Bernardi K, Reed DA, et al. Barriers to Bariatric Surgery: a Mixed Methods Study Investigating Obstacles Between Clinic Contact and Surgery. *Obes Surg.* 2023;33: 2874–2883. <https://doi.org/10.1007/s11695-023-06761-6>
20. Majstorovic M, Chur-Hansen A, Andrews J, Burke ALJ. On the Barriers and Enablers to Bariatric Surgery: A Qualitative Study with Bariatric Surgeons. *Obes Facts.* 2025; 1–11. <https://doi.org/10.1159/000547169>
21. Majstorovic M, Chur-Hansen A, Andrews JM, Burke ALJ. Bariatric surgeons' views on pre-operative factors associated with improved health-related quality of life following surgery. *Clin Obes.* 2024;14. <https://doi.org/10.1111/cob.12668>
22. Funk LM, Alagoz E, Jolles SA, Shea GE, Gunter RL, Raffa SD, et al. A Qualitative Study of the System-level Barriers to Bariatric Surgery Within the Veterans Health Administration. *Ann Surg.* 2022;275: e181–e188. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003982> <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003982>
23. Rubin JK, Hinrichs-Krapels S, Hesketh R, Martin A, Herman WH, Rubino F. Identifying Barriers to Appropriate Use of Metabolic/Bariatric Surgery for Type 2 Diabetes Treatment: Policy Lab Results. *Diabetes Care.* 2016;39: 954–63. <https://doi.org/10.2337/dc15-2781>

Surgeons' and payers' perceptions of barriers to accessing bariatric and metabolic surgery in Argentina: An exploratory qualitative study

ABSTRACT

INTRODUCTION Bariatric and metabolic surgery is a safe and effective method for treating clinically severe obesity. In Argentina, Law 26 396 and its amendments establish the regulatory framework for its coverage. However, administrative, regulatory, and financial barriers limit effective access to it, with gaps remaining in its scope and understanding. This study aimed to explore surgeons' and health insurance providers' perceptions of the implementation of bariatric and metabolic surgery in Argentina, within the framework of Law 26 396, and to identify the barriers that impede effective, timely access.

METHODS We conducted an exploratory qualitative study comprising 16 in-depth virtual interviews with eight surgeons specializing in bariatric and metabolic surgery and eight health insurance officers of the Argentine healthcare system, conducted between November and December 2024. The sampling was intentional. The interviews were recorded, transcribed, and coded. A thematic and recursive analysis was conducted, enabling us to identify emerging categories.

RESULTS We identified multiple barriers and challenges to the effective implementation of bariatric and metabolic surgery in Argentina, including geographic inequalities, heterogeneity in surgical module agreements, administrative and bureaucratic restrictions related to variability in the interpretation of the law and its requirements, high costs, and the imposition of quotas that delay timely access, among others.

CONCLUSIONS The implementation of bariatric and metabolic surgery presents structural and functional challenges that affect equitable and timely access. Although Law 26 396 and its subsequent regulations established a regulatory framework for its coverage, tensions among healthcare system actors and regional disparities have resulted in heterogeneous implementation. Administrative and financial barriers persist, affecting its effective and timely practice. We highlight the need to strengthen coordination between physicians and health insurance providers, promoting opportunities for dialogue that optimize authorization and funding processes.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.