

Mé[●]dicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Equidad en Salud & Nuevas Tecnologías ¿UTOPIA O REALIDAD?



Columna
Federalismo y organización del sistema de salud
Por el Dr. Hugo E. Arce



Primera Plana
¿Cómo hacer que las nuevas tecnologías contribuyan a la equidad?
Por el Dr. Carlos A. Díaz



Columna
Desafíos del sistema de salud: el costo de la asistencia sanitaria
Por el Dr. Carlos Felice



GALENO

EN GALENO INNOVAMOS PARA CUIDAR TU SALUD
HACIENDO TODO MÁS FÁCIL, ÁGIL Y SEGURO.

• **DESCARGATE NUESTRA APP.**
Y USÁ TU CREDENCIAL VIRTUAL

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583)
WWW.SSALUD.GOB.AR LEY 26.682. SOLICITUD INSCRIPCIÓN N°1285. DERECHOS RESERVADOS EXPEDIENTE 200.717/12.

ESTAMOS

Brindando siempre el mejor servicio con la
cobertura de salud más amplia del país.

www.osde.com.ar

osde

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gob.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.



La red de emergencias médicas
más grande del país

Los beneficios de **operar** en **red**



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

SIFEME S.A. Maipú 471. 6° piso. Capital Federal
Tel./fax: +54 (011) 4394-7288 / e-mail: info@sifemesa.com.ar

Revista bimestral

**EDITOR RESPONSABLE:**

Jorge L. Sabatini

DIRECCIÓN, REDACCIÓN,**ADMINISTRACIÓN****Y PUBLICIDAD:**

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
 C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
 Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar
 redaccion@revistamedicos.com.ar
 info@revistamedicos.com.ar
 revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792

Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400. Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. ISSN: 1514-500X. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circular por suscripción. Impresión: Espacio Gráfico SRL. - Virrey Liniers 2203 - CABA.

GRAGEAS**6****OPINIÓN***Las improbables reglas de la guerra**Por el Dr. Javier Vilosio - Médico. Master en Economía y Ciencias Políticas***8****VOCES***El agotamiento del financiamiento exclusivamente contributivo**Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados***10****COLUMNA***Federalismo y organización del sistema de salud**Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico Sanitarista - Miembro del Grupo PAIS***12****COLUMNA***Desafíos del sistema de salud: el costo de la asistencia sanitaria**Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Abogado - Especialista en Sistemas de Salud***14****OPINIÓN***¡Basta de diagnósticos! Se necesita acción innovadora**Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de la Asociación de Economía de la Salud***16****OPINIÓN***El sistema de salud**Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión***18****DEBATE***El capital humano más allá de la medicina - El caso de la obstetricia**Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado - Universidad Nacional del Sur***20****VOCES***El sistema de salud bajo algunas metáforas del fútbol**Por el Lic. Aldo Isuani - Licenciado en Ciencias Políticas y Sociales**y el Prof. Carlos Vassallo Sella - Especialista en Economía y gestión de la salud***22****OPINIÓN***Palabras con significado específico**Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud***24****OPINIÓN***Una reforma: ¿por qué?, ¿para qué?, y especialmente: ¿cómo?**Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en salud (IPEGSA)***26****COLUMNA***Punto de inflexión: calentamiento global, pandemia, posverdad y salud**Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA***28****DEBATE***Oncología y drogas biológicas - Entre precio, valor y oportunidades**Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD***30****COLUMNA***Políticas de salud en los países de la región: una referencia para una posible reforma en la Argentina**Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico - Especialista en Salud Pública***32****PRIMERA PLANA***¿Cómo hacer que las nuevas tecnologías contribuyan a la equidad?**Por el Dr. Carlos Alberto Díaz - Profesor Titular - Universidad Isalud***38****ACTUALIDAD***La pandemia del Covid-19 amplió la brecha entre América Latina y países desarrollados en materia de economía de la salud***40****COLUMNA***Los aseguradores y el uso de sus datos**Por Fernando G. Mariona - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A - CEO de RiskOut***42****INFORME ESPECIAL***Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa médico obligatorio (PMO). Julio de 2021**Por el Dr. Ernesto van der Kooy, Dr. Rubén Torres, Dr. Héctor Pezzella, Dr. Adolfo Carril, Cdor. Rubén Ricardo Roldán y el Lic. Nicolás Striglio.***44****OPINIÓN***Alto costo... Destruir un financiador, beneficiarios, al beneficiario afectado y fuente laboral**Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Médico y Doctor de la Universidad de Buenos Aires***50**

El target de la Revista Médicos, Medicina Global es: Empresas de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Hospitales Públicos y Privados, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios Clínicos y de especialidades medicinales, Prestadores de servicios y Proveedores (Tecnología y Productos), Ministerios y Secretarías de Salud Pública (Nacionales y Provinciales), Empresas e instituciones vinculadas al sistema de salud.



DESCARGÁ LA APP GALENO Y LLEVÁ TU CREDENCIAL VIRTUAL SIEMPRE.



Podés compartirla
con quien necesites
para que te compre
medicamentos
o acompañe a tus hijos
al médico.



Usa un token que se
actualiza
constantemente
para mayor seguridad.



No vence ni usa
plásticos, cuidándote
a vos y al planeta.

12:34 ✓✓

**LLEVÁS TODA TU VIDA EN EL CELULAR.
LA FORMA DE CUIDARLA TAMBIÉN.**

SanCor Salud relanzó la campaña “Todo para cuidarte”, en línea con su acelerado crecimiento



“Todo para cuidarte” es la continuidad de la campaña publicitaria presentada en 2021, y busca transmitir la cercanía y el alcance de las prestaciones de la empresa. Las piezas reflejan la gran amplitud de planes y servicios disponibles, además de la diversidad de las 700.000 personas que hoy ya cuentan con la cobertura de SanCor Salud.



Grupo SanCor Salud lanzó “Todo para cuidarte”, la continuidad de la campaña publicitaria multicanal presentada en 2021. La misma está regida por el concepto “Porque la salud es todo, todo para cuidarte”, que destaca el espíritu que la compañía sostiene como el eje de su accionar desde el inicio de su amplio recorrido: el **bienestar integral**.

En las distintas piezas, se hace foco en los diferenciales del Grupo entre los que se encuentran la **amplitud de planes de cobertura** disponibles, que pueden adaptarse a las necesidades de cada persona en distintos momentos de la vida; la **cercanía** que la empresa brinda gracias a contar con la red de prestadores más grande del país, con 203.000 profesionales de la salud y más de 300 puntos de atención en toda la Argentina; y la **diversidad**, porque refleja las distintas edades, géneros y ocupaciones de las personas que

pueden contar con el servicio de SanCor Salud. Además, la campaña destaca la cobertura de la prepaga en telemedicina, anticonceptivos, sesiones de psicología y odontología, puntos clave en el rubro, que son altamente valorados en el rubro de la medicina privada.

Las piezas, que tendrán aire en **diversos canales y formatos**, y en medios de comunicación de todo el país, apuntan a una gran cantidad de segmentos y fueron pensadas en torno al concepto de diversidad en línea con la política de Derechos Humanos de la compañía, que promueve la **inclusión, la igualdad y el bienestar integral de todas las personas**. Según este ideal, la salud no solamente abarca la ausencia de enfermedades, sino también el bienestar psíquico, mental y emocional, y la armonía con el entorno y la comunidad. Por este motivo, SanCor salud tiene un especial compromiso con trabajar políticas de sustentabilidad y desde su Fundación busca generar un impacto positivo.

La campaña se relanzó en el marco de un **acelerado y sostenido crecimiento de la empresa**, que ha recorrido un proceso de transformación hacia la territorialidad nacional, hasta llegar a ser una de las empresas líderes del mercado, tanto en su línea individuos como en las cuentas corporativas, con **700.000 asociados** (tras un crecimiento del 39.15% en los últimos dos años) y 2.000 colaboradores, un 43% más que hace 5 años. □

Para ver el comercial, ingresar a: <https://www.youtube.com/watch?v=c3MMR4mwBsI>

Fundación Barceló es distinguida con el premio Braun Menéndez por su participación en la divulgación de ciencias alimenticias

La Fundación Barceló recibe este reconocimiento por la creación junto a otras entidades notables de la Argentina de la plataforma Infoalimentos. Este portal ha sido creado para proporcionar a la comunidad información de base científica sobre la seguridad de los alimentos y mejorar el entendimiento respecto a la calidad nutricional e inocuidad de estos.



El premio es otorgado cada año por el honorable jurado de La **Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias**. “Es un honor para nosotros ser reconocidos por la AAPC ya que Infoalimentos es el resultado de una gran labor y minuciosas investigaciones del **Consejo Argentino sobre Seguridad de Alimentos y Nutrición** integrado por especialistas y docentes de la carrera de Nutrición de Barceló que cuentan con una amplia trayectoria y expertise en el área” **enfatiza el Dr. Silvio Schraier**, vicedirector del Posgrado de Especialización en Nutrición de la institución.

El Consejo Argentino sobre Seguridad de Alimentos y Nutrición está conformado por El **Instituto para la Cooperación Científica en Ambiente y Salud (ICCAS)** y el **Consejo ArgenBio para la Información y el Desarrollo de la Biotecnología (ArgenBio)** y la **Fundación Barceló**. Las instituciones cuentan con extensas y prestigiosas trayectorias en nuestro país y en el ámbito internacional.

Además de **Infoalimentos**, desde hace cuatro años las instituciones organizan de manera conjunta, el **Foro Argentino de Comunicación Responsable en Ciencia y salud**, evento que reúne a científicos, investigadores y profesionales de la salud para intercambiar opiniones en torno a la comunicación de la ciencia a la sociedad.

Con este reconocimiento la Fundación Barceló continúa demostrando la calidad de su equipo y cuerpo docente que además de formar especialistas participa de manera activa en iniciativas de difusión y formación para profesionales, formadores de opinión y público en general convirtiendo experiencias en realidades de referencia y consulta.

La Fundación Barceló es sinónimo de conocimientos académicos, científicos y de transmisión de valores, orientados a la formación de profesionales comprometidos e involucrados con la problemática actual en el campo de la salud.

La ubicación estratégica de sus tres sedes: Buenos Aires, La Rioja y Santo Tomé (Corrientes), brinda una experiencia educativa única, en la que los alumnos pueden tomar contacto con diferentes realidades sociales y sanitarias, así como conocer las particularidades del sistema de salud argentino. □



Hola doctor!

Un médico en tu celular 24hs



Descargá
la App



#SigamosCuidándonos

Para dar respuesta a la emergencia sanitaria de COVID-19 la Obra Social OSPAT ha dispuesto un protocolo centrado en la telemedicina

OSPAT

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

Las improbables reglas de la guerra

Por el Dr. Javier Vilosio (*)



En 1864, en la ciudad de Ginebra representantes de 16 países suscribieron el *"Convenio de Ginebra para mejorar la suerte que corren los militares heridos de los ejércitos en campaña"* promovido por el Comité Internacional de la Cruz Roja (creada un año antes), que en años posteriores fue adoptado por casi todos de los Estados del mundo.

En el mismo se establece la protección, bajo condiciones de neutralidad, para la atención de los heridos o enfermos en el contexto bélico y su evacuación, incluyendo al personal y equipamiento sanitario.

La llamada *segunda Convención*, en 1906, básicamente extendió esos principios de la protección a *"los militares heridos, enfermos o náufragos en las fuerzas armadas en el mar"*; específicamente, se refiere a las garantías otorgadas a los barcos hospitales, y la protección para el personal sanitario, religioso, y las tripulaciones de los mismos.

En 1929, el alcance de las normas se extendió a la protección de los *prisioneros de guerra*; por ejemplo, se prohíben los actos u omisiones que pongan en peligro la salud o la vida de los prisioneros, a quienes se reconoce el derecho al respeto de su persona y de su honor.

La conocida escena cinematográfica de un prisionero negándose a dar a sus captores más información que su "nombre y número de serie", está establecido como derecho en esta convención.

En 1949, además de actualizaciones a los convenios anteriores se estableció el relativo a *"La Protección de Personas Civiles en Tiempo de Guerra"*. En un sentido similar a los convenios anteriores, se establece que las partes en conflicto podrán establecer zonas neutrales para la atención de combatientes heridos y enfermos, y para las personas civiles que no participen en las acciones bélicas. Los heridos y los enfermos, los discapacitados y las embarazadas serán *"objeto de protección y de respeto particulares"*.

Se prohíbe el ataque a hospitales, los que no podrán utilizarse como base para la agresión al enemigo; y se establece el deber de respetar los traslados de heridos y de enfermos civiles, discapacitados y parturientas.

En el caso de los conflictos armados internacionales, la Convención se aplica cuando los países firmantes de la misma hagan una *declaración de guerra*, o, sin tal declaración, en los casos de *acciones policiales*.

En 1977 se estableció el llamado Protocolo I de la Convención, actualizando los contenidos originales de 1949. Se trata de un extenso documento, en el cual, por ejemplo, se prohíben los ataques indiscriminados contra poblaciones civiles y la destrucción de alimentos, agua y otros materiales necesarios para la supervivencia, y también la utilización de armas biológicas, nucleares y minas terrestres, dado que su alcance destructivo no se puede limitar.

Se prohíben los ataques sobre las presas, diques, centrales nucleares de energía, y los lugares de culto. Se establecen

protecciones especiales para las mujeres, niños y personal sanitario civil, y protección para los periodistas.

Una guerra en la que no se distingue entre objetivos civiles y militares se considera un *crimen de guerra*.

Se prohíbe el servicio militar de los niños menores de 15 años en las fuerzas armadas, aunque si se permite su participación voluntaria.

En el caso de las guerrillas se les concede estatus de combatiente y de prisionero de guerra cuando estén bajo el mando de una autoridad central. Pero deben ser reconocibles como combatientes mientras se preparan para o durante un ataque.

Prohíben las armas que *"causen daños superfluos o sufrimientos innecesarios"*, así como los medios de guerra que *"causen daños extensos, duraderos y graves al medio natural"*.

El Protocolo II, de ese mismo año enfatiza en la protección de las víctimas en conflictos armados *no internacionales*, es decir, que se desarrollan dentro de las fronteras de un solo país.

El Protocolo III, de 2005, se refiere a la utilización de símbolos de identificación distintos a la Cruz Roja o la Media Luna Roja, que en algunas naciones no eran aceptadas.

En 1998, la *"Conferencia Diplomática de plenipotenciarios de las Naciones Unidas sobre el establecimiento de una Corte Penal Internacional"* dictó el *Estatuto de Roma*, origen de la Corte Penal Internacional (CPI), un organismo vinculado a Naciones Unidas, pero independiente, con personería jurídica internacional, y competencia para juzgar *"... los crímenes más graves de trascendencia para la comunidad internacional en su conjunto. (...) a) El crimen de genocidio; b) Los crímenes de lesa humanidad; c) Los crímenes de guerra; d) El crimen de agresión"*.

La exhaustiva descripción que hace el Estatuto de cada una de estas categorías no deja lugar a dudas sobre cual debiera ser el futuro de quienes decidieron, conducen y participan hoy de la sangrienta invasión de Rusia a Ucrania.

Sin embargo, la CPI solo puede ocuparse de crímenes cometidos por ciudadanos de los Estados que han adherido y ratificado su adhesión, u ocurridos en sus territorios. Como excepción, el Consejo de Seguridad de la ONU podría remitir un caso, permitiendo a la CPI investigar a países que no han ratificado el Estatuto.

Pero... China no adhirió al Estatuto, Estados Unidos nunca lo ratificó, y Rusia revocó en 2016 su adhesión. Y ellos son, además de Francia y el Reino Unido, los miembros permanentes del Consejo de Seguridad. □

* Médico. Master en Economía y Ciencias Políticas.



25 años de calidad médica *en todo el país.*

Crecemos junto a vos, acompañándote
en cada momento de tu vida.



ospesalud.com.ar
GESTIONES ONLINE



0800 444 0206
URGENCIAS Y EMERGENCIAS



0800 444 6773
ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

El agotamiento del financiamiento exclusivamente contributivo



Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar

En varios artículos publicados en esta revista, hemos hecho referencia a distintos temas particulares vinculados con el financiamiento del Sistema de Salud en general y del Subsistema de la Seguridad Social en particular.

En este número, hablaremos del agotamiento del financiamiento exclusivamente basado en el Sistema Contributivo o "*bismarckiano*".

Ya en el año 1942, con la presentación del informe "Beveridge" en Inglaterra, se había llegado a la conclusión que todo ciudadano en edad laboral debía pagar tributos, con el objetivo de poder establecer una serie de prestaciones en caso de enfermedad, desempleo, jubilación; pues de este modo se permitiría asegurar un nivel de vida mínimo por debajo del cual nadie debería caer (Sistema universalista).

En otras palabras, se entendía que el modelo estrictamente "*bismarckiano*" era insuficiente como para sostener un sistema de salud.

En la República Argentina, desde el momento que se considera como de creación de la seguridad social nacional -ley 18.610 sancionada en el año 1970-, el financiamiento de este subsistema (denominado Sistema Nacional del Seguro de Salud, por la ley 23.660), se basa casi exclusivamente en el modelo contributivo.

En la actualidad, es muy difícil que en distintos países del mundo, se aplique algunos de los dos sistemas vistos hasta aquí -contributivo y universalista- en estado puro.

Las desventajas que cada uno de los sistemas produce; por ejemplo, la limitación que contienen los sistemas contributivos respecto de la aplicación personal, al basarse principalmente en los trabajadores formales por cuenta ajena; y, a su vez, la escasa relevancia que los sistemas universales le conceden a los trabajadores profesionales, hizo que los países trataran de extraer las características más favorables de cada uno de estos dos sistemas y adoptaran regímenes mixtos de financiamiento.

Las principales características de la combinación de los dos sistemas puros de financiamiento de la seguridad social son las siguientes:

- I. Atender las necesidades de la mayor cantidad posible de personas, colocando un énfasis mayor en la población de mayores necesidades.
- II. Los ordenamientos basados en los sistemas universales adoptan criterios de protección para la pérdida de renta de los trabajadores, por ejemplo, con el otorgamiento de prestaciones para cubrir riesgos profesionales.

El Sistema Nacional del Seguro de Salud basa su financiamiento en los aportes de los trabajadores y en las contribuciones de los empleadores directos y en el aporte que brinda al Fondo Solidario de Redistribución.

La realidad indica que el alto costo de la salud -índice de aumento de

precios en salud superior al Índice de Precios al Consumidor, valores siderales de determinados medicamentos, disminución del empleo formal que impacta en la menor recaudación por vía del sistema contributivo, costo de determinados insumos en moneda extranjera, amplia cobertura prestacional- hace que la fuente contributiva de financiamiento sea inequívocamente insuficiente como para solventar un Sistema de calidad.

Para poder cumplir con el derecho constitucional a la salud, debemos contar con recursos económicos sustentables, para no tornar ese derecho en una ilusión. La solución a esta situación no puede consistir en el cercenamiento de derechos, ni de coberturas; sino la obtención de fuentes de financiamiento adecuadas.

Somos conscientes que nuestro país viene atravesando, desde hace varios años, una crisis económica que dificulta la posibilidad de encontrar nuevas fuentes de financiamiento para atender las necesidades del Sistema de Salud, por afuera de las existentes. No obstante ello, estamos convencidos que el modo de sustentabilidad del Sistema de Salud es un tema que debe ser discutido por toda la sociedad, por vía de sus representantes como en todo país republicano, a efectos de determinar cuál es la prioridad de las necesidades y decidir cómo afrontarlas.

A solo título enunciativo, proponemos las siguientes medidas para mejorar el financiamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud:

- 1.- Control del gasto.
- 2.- Optimizar el sistema de subsidios.
- 3.- Reformular el gasto en materia de discapacidad.
- 4.- Asignar recursos del Tesoro Nacional al pago de determinados medicamentos de muy alto costo.
- 5.- Articular compras conjuntas de medicamentos de alto costo entre los financiadores del Sistema de Salud.
- 6.- Modificar el sistema de aportes de los monotributistas al Sistema Nacional del Seguro de Salud. □



No dejes
para mañana
**lo que
podés
consultar
hoy.**

Lanzamos el nuevo servicio de
videoconsulta programada.

Este nuevo servicio está diseñado para que puedas atender por video llamada, desde tu casa o donde quieras.

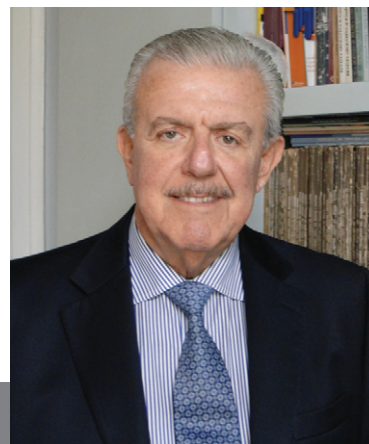
Ya se encuentra disponible para Clínica del Sol, Centro Médico Bazterrica y próximamente en Clínica Bazterrica y Clínica Santa Isabel.

Para más información contactate con **videoconsultas@bazterrica.com.ar**

MIPORTALCLINICAS.COM.AR

Federalismo y organización del sistema de salud

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)



Aunque la Argentina mantiene una estructura federal en su Constitución Nacional -ratificada en la reforma de 1994-, los sucesivos gobiernos han supeditado ese mandato a las necesidades de su desempeño político. Es posible que esa ambigüedad derive de la génesis de la organización republicana, adoptada en la Declaración de la Independencia en 1816, como "Provincias Unidas de Sudamérica".⁽¹⁾

De hecho, se sabe que San Martín, Pueyrredón y Belgrano optaban por modelos monárquicos, pero ante la necesidad estratégica de independizarse, aceptaron una organización republicana.

En el campo de la salud este federalismo ha sido heredado por las provincias -las que precedieron a la Nación-, con las salvedades requeridas por la gestión de los actores del Sistema. A diferencia de otros países (Italia, España, Alemania y Canadá), donde la administración sanitaria federal ha logrado resultados favorables, aquí ha determinado serios obstáculos para tomar decisiones trascendentes.

Pese a que existe el Consejo Federal de Salud (CoFeSa, donde el Ministerio de la Nación acuerda algunas decisiones con las provincias, el poder de decisión de los gobiernos provinciales se limita a los servicios públicos, radicados en su territorio y a la obra social (OS) provincial -que responde al Gobernador, no al ministro de Salud-.

En las provincias que acuden al CoFeSa, en nombre de su responsabilidad federal, predomina el interés por recibir fondos nacionales y pautas de planificación de expertos nacionales. Pero lo decidido en ese ámbito no tiene aplicación automática, sino que depende de su ratificación por los organismos estatales provinciales, incluyendo las leyes sancionadas por el Congreso Nacional.

Los sindicatos, que administran las OS's nacionales, defienden el principio de *solidaridad nacional*, que manejan arbitrariamente bajo el fuero privado, negociando con las organizaciones provinciales de prestadores y respondiendo a la supervisión nacional en aquello que les conviene.

Por ejemplo, envían sus contrataciones a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD), pero no cumplen con los registros del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Sostienen la solidaridad dentro de su rama de producción o servicios, pero acuerdan con las empresas de medicina prepaga (EMP) la atención de sus afiliados de mayor nivel adquisitivo.

En 1991 el Gobierno Nacional decidió concentrar la recaudación de aportes y contribuciones de la Seguridad Social (SeS) en la ANSeS, bajo inspecciones de la AFIP, pero los titulares de los fondos recaudados son las respectivas OS's, no el ente recaudador. De modo que, cuando la CGT reclama por la deuda del Gobierno con las OS's, es porque éste retiene sus recursos, con el fin de ejercer presiones políticas.

Las EMP's, que son fiscalizadas por la SSSALUD, sostienen con razón que son signatarias de un contrato privado, pero están compelidas por Ley a cubrir las prestaciones del programa

médico obligatorio (PMO) -originalmente destinado a las OS's-. Sin embargo, aceptan hacerlo de buen grado, cuando *tercerizan* la cobertura de afiliados de OS's, concesión que les permitió triplicar su masa de población en las dos últimas décadas, cediendo la titularidad de la recaudación a la respectiva OS. Remontaron así la resistencia sindical a que participaran en la *desregulación de la SeS*, promovida desde la década del 90 por el FMI.

En esta intrincada red de obras sociales, prepagos, asociaciones de prestadores e intermediarios que gerencian contratos parciales, toda supervisión de los derechos tutelados por legislación de la SeS, resulta prácticamente inviable. Las decisiones se fragmentaron tanto, que ninguna autoridad sanitaria tiene facultades suficientes para imponer soluciones efectivas de alcance general.

Los países que han logrado regímenes de SeS o *servicios nacionales de salud* eficientes, cuentan con la retención de la titularidad recaudatoria, por parte de organismos estatales autárquicos, que asignan recursos a los administradores finales, mediante convenios de capitación (*per cápita*) y pautas normativas de *premios y castigos*. Una autoridad central es la que define los criterios de *calidad y equidad*, que se deben respetar a los usuarios, por lo que estos principios quedan garantizados por una autoridad general, y no sujetos a transacciones acordadas entre los actores económicos del Sistema.

Por su parte, las respectivas autoridades sanitarias o ministerios de salud se dedican a establecer las políticas nacionales para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, las situaciones de excepcionalidad o universalidad -como epidemias, vacunaciones, tratamientos de alto costo-, y las decisiones de sanidad de fronteras o los compromisos sanitarios internacionales.

Al ambiguo panorama de respeto a la organización federal, se agrega ahora un proyecto político de reforma judicial, en el que la Corte Suprema de Justicia, adonde definitivamente deberían someterse los conflictos por derechos a la protección sanitaria, quedaría integrada por 25 miembros -designados por las 24 provincias y la Nación-.

Al Senado nacional, entonces, donde están representados los Estados provinciales, se superpondría otro organismo *federal*. En uno los debates se instalarían con un lenguaje político, en el otro con un lenguaje jurídico. Pero en ambos predominarían los intereses creados de la política. Sin embargo, el Gobierno nacional no promueve la *provincialización* administrativa del PAMI, consolidando el *federalismo* del Sistema, previsto en la Constitución Nacional.⁽²⁾ □

1) De Titto R.: *Las dos independencias argentinas*. El Ateneo, 2015.
2) Arce H.: *El Sistema de Salud; de dónde viene y hacia dónde va* (Prometeo, 2010). *Un sistema de salud de más calidad* (Prometeo, 2020).

(*) Médico Sanitarista. Director de la Maestría en Salud Pública - Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación Barceló. Miembro del Grupo PAIS.

19^{nas} Jornadas Federales y 18vas Internacionales

Política, Economía y Gestión de
Medicamentos

8vas. Jornadas profesionales farmacéuticas

Desafíos en salud ante un mundo digital



**4 y 5
de agosto
de 2022**

HOTEL ALVEAR ICON
AIME PAINE 1130
PUERTO MADERO
CABA- ARGENTINA

FEFARA
AVANZA 

Desafíos del sistema de salud: el costo de la asistencia sanitaria

Por el Dr. Carlos Felice
Presidente de OSPAT (*)



Muchas veces me parece que la judicialización de la salud implementada por la vía del recurso de amparo tiene mucha razón de ser, ya que nos permite recordar aquello que no hacemos bien.

Desde las organizaciones que gestionamos los sistemas de salud tenemos que empezar por hacer una autocrítica en cuestiones que parecen elementales:

1. Al no tener accesibilidad al sistema, el afiliado necesita judicializar para tener la prestación.
2. Hay casos empíricos que necesitan un elemental principio de racionalidad y criterio para determinar su sustentabilidad.

El sistema de salud argentino es en realidad un sistema compuesto por el sistema público, donde los hospitales públicos han tenido una incidencia fantástica. La seguridad social, financiada con los aportes y contribuciones de los trabajadores. El seguro privado o medicina prepaga, que se obtiene a través del pago de una prima o seguro mensual.

En el caso de la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf, una obra social sindical (seguridad social), la pregunta que uno se hace cuando comienza a hacer algo es ¿cómo se es bueno en lo que se hace?

Nosotros, en 1997, con una muy fuerte pérdida de las fuentes de trabajo y una obra social muy acotada, tratamos de abordarla ¿cómo se puede ser más eficiente?, ¿cómo se buscan nuevos paradigmas? En 2020 nos enfrentamos a la pandemia de Covid-19 y estas preguntas cobraron nuevo sentido en un contexto mundial dramático.

Definitivamente, a fines de los 90, y también en 2022, el gran paradigma lo constituye el costo de la asistencia sanitaria.

El costo de la asistencia sanitaria no es solamente de un gobierno o del gobierno de turno, es el problema de todos los gobiernos. No debe haber país en el mundo que no se encuentre en estado de discusión con respecto a esta ecuación.

TECNOLOGÍA, ALTA COMPLEJIDAD Y ATENCIÓN MÁS CARA

Si hacemos un recorrido hacia el pasado, a los años anteriores a la penicilina, la asistencia sanitaria se definía en base a concurrir al sanatorio para encontrar un poco de cobertura, cobijo, alimentación y cuidado. El médico tenía frente a sí un universo de oportunidades respecto de lo que podía hacer para mejorar la calidad de vida de sus pacientes. Tenía pocos instrumentos, no más que sus conocimientos, y estaba limitado por el avance de la ciencia. Entonces, la autonomía y la autosuficiencia tuvieron un rol fundamental en la construcción de la medicina.

Un par de generaciones más tarde analizamos y nos encontramos con un contexto absolutamente diferente, donde las cosas se hacen con una complejidad que genera enormes desafíos, que nos pone frente a la posibilidad de tratar médicamente tal vez todas las enfermedades. Cada vez son menos las enfermedades para las que hoy no existe ningún tratamiento, la inusitada velocidad con la que se elaboró la vacuna contra el SARS-COV2 es un muy buen ejemplo de lo que

la ciencia se encuentra en condiciones de realizar en la actualidad (con financiamiento suficiente).

Hoy no se puede garantizar que todo el mundo tenga asistencia sanitaria, pero sí se puede garantizar la posibilidad de curar casi todas las enfermedades. Lo concluyente es que no podemos solucionarlo todo, a pesar de que el mundo tiene a su alcance la disponibilidad.

Hace cinco décadas cada persona internada necesitaba dos tratantes. Hoy se ha determinado que por cada paciente se requieren quince profesionales de la salud.

Definitivamente la cultura de la autosuficiencia y la autonomía ha cambiado, ha mutado y se ha agotado. La medicina se ha especializado tanto que parece estar fallando en el trabajo de coordinación en equipo, y la evidencia nos da la razón.

Miles de personas ingresan a los sanatorios y muchas adquieren enfermedades que no tenían. Avanzamos tanto en la alta complejidad y no vemos el peligro de contraer una infección intrahospitalaria por la falta de higiene. Sin dudas, debemos tener médicos, enfermeros y profesionales de la salud increíbles, pero también es seguro que ellos no trabajan de manera conjunta.

Cuando miramos el costo de la asistencia sanitaria estamos desconcertados, porque es posible que esa necesidad de aplicar tecnología implique también una falsa dicotomía: ¿se obtienen resultados maravillosos? Puede ser, pero ¿a qué costo? A uno carísimo.

La conclusión a la que arribamos es que no siempre lo más caro es lo mejor, no siempre el mejor cuidado es el que tiene menos complicaciones.

Ahora sí, podemos decir que tenemos esperanzas de obtener una medicina de menor costo, más eficiente, más convencional y más orientada hacia el bien común. Porque si para obtener los mejores resultados se necesita de la atención más cara, entonces estamos enfrentándonos a graves problemas, de tratar de definir quién accede a la salud y quién queda afuera de la cobertura de salud.

Si, como se sostiene, el coronavirus llegó a las personas por un mal vínculo ambiental entre animales (murciélagos, pangolines u otras especies) y humanos, y por la presión que la civilización ejerce sobre el hábitat de la fauna, quizá la respuesta científica más eficiente no sea investigar el mejor anticuerpo monoclonal posible, sino llevar mucho más lejos la investigación zoonótica y la vigilancia ambiental. De eso hablamos cuando hablamos de una medicina más orientada al bien común.

Mientras tanto, frente al desafío de buscar los mejores resultados a menor costo, ¿cómo hacemos funcionar al sistema de salud? ¿Cómo obtenemos la manera de cohesionar los elementos y las piezas que hacen al engranaje sanitario?

No el mejor especialista hace la mejor medicina, debemos empezar a meditar respecto de nuestras habilidades y abordar en el recorrido de nuestras fallas. □

(*) Obra Social del Personal de la Actividad del Turf. Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines (UTTA). Abogado. Especialista en Sistemas de Salud.



andar

Te hace bien

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



0810 - 345 - 0184

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

Superintendencia de Servicios de Salud - 0800.222.SALUD(72583) - www.sssalud.gob.ar - RNOS 1-2210-4 RNMP 1252

¡Basta de diagnósticos! Se necesita acción innovadora

Por el Lic. Ariel Goldman
Presidente de AES (*)



Qué la Argentina tiene un problema económico estructural y coyuntural, no es novedad. Un muy alto nivel de pobreza, gran desempleo e informalidad, déficit fiscal, endeudamiento, emisión monetaria e inflación constante. Tampoco es primicia el momento crítico que atraviesa el sistema de salud. Falta de financiamiento, salarios magros, costos altos e ingresos bajos, envejecimiento poblacional, etc.

Todos conocemos y coincidimos con los diagnósticos. El problema es que, con este escenario tan complejo, se continúa actuando de la misma manera esperando resultados diferentes. Es por eso, que es menester rescatar algunas herramientas que brinda la economía de la salud, como así también, diversas propuestas de grupos académicos y gestores del sector salud que se han puesto a discusión en los últimos tiempos en búsqueda de la eficiencia de los sistemas en su totalidad y/o las instituciones que los componen.

La evaluación económica de tecnologías sanitarias y el desarrollo de estudio de costo/efectividad, son tal vez, las herramientas más discutidas/trabajadas en los últimos años. Son utilizados tanto a nivel de macrogestión, para definir coberturas de los seguros de salud o estrategias de prevención, como a nivel de mesogestión, para definir guías de práctica clínica (protocolizar) o definir estrategias de manejo y seguimiento de problemas de salud en un centro prestacional.

Por supuesto que contar con la tan ansiada Agencia de Evaluación de Tecnologías a nivel nacional potenciaría la herramienta y sus beneficios como mejorar la normativa de cobertura y disminuir la litigiosidad. De todos modos, la ausencia de esta no desvaloriza los esfuerzos institucionales o de algunos gobiernos locales en su implementación. El hospital Garrahan es un caso exitoso donde se han mejorado y eficientizado el uso de sus recursos con evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias.

Otros recursos que se exploran son los modelos de contratación innovadores. Se han propuesto y analizado modelos para mejorar la contratación de profesionales como el pago mixto por prestación y por resultado, incentivando la producción y la calidad. Debe entenderse que el resultado esperado es una acción, como utilizar protocolos o vademécum y no un resultado en términos de salud (que no se puede asegurar).

De esta manera, al profesional se lo incentiva a aumentar la atención garantizando la calidad y eficiencia en el uso de los recursos del sistema. Existen otros modelos de éxitos, en general de carácter mixto, que buscan asegurar las prestaciones con eficiencia, ejemplo: relación de dependencia con incentivos a la derivación adecuada. En este caso, se plantean cuáles son los casos que deben ser derivados y cuáles no, generando premios al cumplimiento de estándares previamente establecidos.

En cuanto al aseguramiento de la población se realizan diversas propuestas como los seguros de alto costo – baja incidencia y los seguros parciales. Estos últimos fueron

previstos en el Artículo 7º, incisos “a”, “b” o “c”, de la Ley Nº 26.682, y en la Disposición Nº 900/2019 – SSSALUD, sin embargo, su comercialización es de escasa significancia.

Muchos países utilizan los seguros privados como complementarios, ofreciendo solo cobertura parcial para aquellas patologías no cubiertas en las canastas prestacionales de la seguridad social o dando alternativas de confort. De esta manera, los seguros privados parciales, brindados a través de empresas de medicina prepaga, serían menos onerosos y más accesibles para la población, las empresas podrían manejar el margen de ganancia sin mayores prejuicios y quedaría el dinero de la seguridad social en las obras sociales.

Paralelamente, los seguros de alto costo – baja incidencia extendidos en todo el sistema (extendiendo el financiamiento del Fondo Solidario de Redistribución o generando otro mecanismo similar), distribuyen mejor el riesgo y permiten programas específicos para mejorar el gasto. En resumen, ambas propuestas son factibles de implementar sin grandes cambios y han demostrado éxito en diversos países.

Otra propuesta necesaria de analizar es la cuestión fiscal. Son tres cuestiones que afectan directamente sobre la salud. La primera, y tal vez la más urgente, es una reforma del régimen tributario para los prestadores y financiadores de la salud. La carga impositiva que se sufre en el sector no permite la reinversión a corto plazo y no garantiza la sustentabilidad del sistema a mediano plazo.

Una segunda reforma necesaria es el aumento de los impuestos específicos sobre bienes dañinos para la salud, especialmente el tabaco, ya que la evidencia demuestra que este impuesto en la Argentina es relativamente bajo en comparación con otros países de la región y se encuentra por debajo de los niveles sugeridos para desalentar su consumo.

Finalmente, la última reforma propuesta es integral, más difícil de lograr y de largo plazo, pero es tan necesaria como las mencionadas propuestas. Nuestro sistema tributario obtiene la mayor recaudación de impuestos indirectos, como la mayoría de los países de la región, que tienden a ser regresivos, ya que gravan el consumo.

A nivel nacional el Impuesto al Valor Agregado es el de mayor recaudación y a nivel provincial es Ingresos Brutos. Por el contrario, los impuestos progresivos, que gravan la renta y el patrimonio, mejoran la solidaridad de los sistemas al igual que la equidad general. Además existe evidencia que demuestra que los impuestos directos están asociados con mejoras en la situación de salud de los países.

En conclusión, los diagnósticos acerca del sistema de salud como los escenarios económicos a los que nos enfrentamos son conocidos. Las herramientas y propuestas han sido discutidas ampliamente, encontrándose evidencias de mejoras de macrogestión como de mesogestión, aplicables en el corto y mediano plazo. Entonces, será cuestión que pasemos a la acción innovadora para lograr mejoras en los resultados. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



**Management eficiente que mejora las
prestaciones en el ámbito de la salud.**



INNOVACIÓN

- Administración de redes farmacéuticas
- Informes estadísticos y de consumo
- Auditoria y validación on-line de recetas
- Centro de patologías crónicas
- Trazabilidad: Auditoría y Gestión

ESTRATEGIA

COMPROMISO

- Management farmacéutico
- Uso racional de medicamentos
- Estudios de farmacoeconomía
- Provisión y distribución de medicamentos



El sistema de salud

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)
mklajman@satsaid.com.ar



Durante mucho tiempo las personas cubrieron el tratamiento de sus enfermedades con recursos propios, acudiendo a las distintas alternativas que podían encontrar.

En general se podía dividir estas alternativas entre quienes podían pagar por la atención de salud y los que no podían, que usaban la beneficencia desde donde venía, estatal o de organizaciones.

Un concepto alejadísimo de la igualdad y altamente inequitativo.

En paralelo la educación se podría equiparar a este sistema de salud desigual. Si bien en nuestro país la ley 1420 acercó a las clases desprotegidas a la escuela primaria, la educación media era más difícil de llegar y ni que hablar de la educación universitaria prácticamente imposible de alcanzar.

Los acontecimientos históricos fueron modificando profundamente la estructura de la sociedad, sus costumbres, su cultura y entre ellos el concepto de salud; de ahí que se forjaran profesiones sanitarias y aparecieran diversos dispositivos asistenciales.

Los poderes públicos tomaron conciencia de la necesidad de establecer determinadas garantías a favor de la población, principalmente las que se referían al desarrollo de las medidas higiénicas, la medicina preventiva y el saneamiento ambiental.

Esta situación originó distintas visiones ideológicas y políticas respecto a la asistencia sanitaria en los distintos países, dependiendo de la conformación de las características sociales, políticas, económicas e históricas de cada uno de ellos.

Es común en la literatura especializada que se utilice el concepto de modelo y sistema como sinónimo. Por ello es importante remarcar la diferencia entre ambos para no confundirlos:

El **modelo** hace al ámbito de la política y se lo puede definir como "el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios", en él se determinan aspectos como: población receptora, quién financia el sistema, prestaciones que se van a dar, actuaciones y competencias de la salud pública-autoridad sanitaria. Esto sería el modelo de salud.

Mientras que el **sistema** hace a la operatividad y ejecución del **modelo**, pero al momento de definirlo aparecen distintas maneras de conceptualizarlo propio de las características y complejidades que guarda. **Sería el sistema de prestaciones.**

No hay que confundir sistema de salud que es el modelo para alcanzarla, con el sistema prestacional, que son los efectores, que no producen salud, sino que tratan las patologías, justamente cuando no hay salud.

La Organización Mundial de la Salud los relaciona con el concepto de salud en su aspecto más amplio "como un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines".

Asimismo, la OMS visualiza los distintos actores que lo componen al explicar que "sistema es el conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada, que debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios. Integrado por todo el personal de la salud disponible, los procedimientos de formación de este tipo de personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que por cualquier motivo u origen se pongan al servicio de la salud y el dispositivo oficial y no oficial existente".

Y añade que "todo este conjunto debe armonizarse en un sistema **homogéneo** que permita utilizar los recursos habilitados para el logro de la máxima satisfacción de los objetivos prefijados: garantizar el derecho a la salud no sólo como un derecho universal, sino como un recurso para el desarrollo social, económico e individual de una persona".

Si bien todo sistema se encuentra incluido en uno mayor, el suprasistema, están quienes consideran que los sistemas de salud son una variante de los sistemas sociales, y como tales aparecen como una de las instituciones y funciones sociales más constantes y de mayor complejidad en la sociedad.

Desde la sociología se ha definido al sistema de salud como "el conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de recursos generalizados en productos especializados en forma de servicios sanitarios de la sociedad".

Como sabemos muy bien, el sistema argentino es más bien un sistema prestacional de salud. Este concepto se origina en la fragmentación del sistema.

No hay un standard de fiscalización homogénea nacional, las estadísticas en general son difusas, la implementación de políticas apropiadas de prevención es compleja por la independencia federal de los ejecutivos provinciales.

Las remuneraciones de los actores del sistema son anacrónicas y desiguales, la distribución de los prestadores de todos los subsistemas se concentra fundamentalmente en las grandes urbes, dejando amplios sectores geográficos sin cobertura o con cobertura muy alejada. La distribución de la complejidad es errática.

Podríamos seguir con los problemas del sistema ad-infinitum. Precisamente los hemos enumerado en artículos anteriores con minuciosidad.

Pero algunos detalles de nuestro sistema son buenos... la universalidad de la cobertura, la buena calidad prestacional en algunos subsectores, la solidaridad general para con los enfermos, los excelentes recursos humanos, la preparación de estos recursos en universidades nacionales que están entre las mejores de Sudamérica.

Como vemos, podemos **seguir avanzando** en mejorar lo que tenemos, **sin exclusiones**, con más presencia del **Ministerio de Salud** en las grandes políticas rectoras y tratando de **complementar** los subsectores del sistema entre ellos, para que **todos juntos** lleguemos a un **sistema nacional integrado de salud**. □

(*) Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión

Más cerca de tu Salud



*Líder en medicina familiar
Sanatorio propio de alta complejidad
Centros médicos propios en todo el país
Tecnología de avanzada
Amplia cobertura*

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

CONSTRUIR 
Obra Social del Personal
de la Construcción **Salud**

El capital humano más allá de la medicina

El caso de la obstetricia

Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)



La mortalidad infantil y materna son dos indicadores claves de la salud en un país. La tasa de mortalidad materna a nivel nacional aumentó de 3 a 4,1 por cada 10 mil nacidos vivos. El gobierno explica esto por la pandemia.

Tal vez se requiera un análisis más profundo para confirmar esa afirmación o analizar otros determinantes. Si es claro que es inaceptablemente alta, y una de las deudas de la salud por resolver.

Las causas reconocidas se vinculan a complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de estas son prevenibles o tratables. Las soluciones también son conocidas.

Fundamentalmente se requiere accesibilidad a la atención durante la gestación y el parto, así como apoyo y atención en las primeras semanas posteriores.

La accesibilidad es uno de los mayores déficits de nuestro sistema, que se precia de universal en cobertura sin garantizar una atención efectiva en el lugar en el que es necesaria.

El rol profesional de la obstetricia es clave en esos procesos y el estado de situación de esta profesión no siempre reconocida. Algunos estudios estiman que la necesidad con funciones de guardia para la asistencia de los partos es de 2.150 y unas 6.000 para cumplir funciones en atención primaria. Estamos lejos de poder alcanzar esas cantidades.

En la Argentina la Carrera de Licenciatura en Obstetricia se dicta en 15 Universidades, mayoritariamente en el centro del país. Sólo una titula en el nivel técnico y queda alguna provincia que forma técnicos en su sistema educativo no universitario.

Si comparamos con las más de 50 carreras de medicina es clara que la salud materna ha sido medicalizada. Esto no resulta sorprendente si analizamos la larga historia de esta profesión en los dos últimos siglos.

Para sus inicios hay remontarse a 1821 con la creación del departamento de medicina de la Universidad de Buenos Aires, ya entonces se hablaba de la Escuela de Parteras. Hasta la década de 1960, se realizaba ejercicio liberal de la profesión, pero con el aumento del número de partos institucionalizados y el fuerte desarrollo corporativo médico, esto se limita.

Es en este contexto que se sanciona en 1967 la ley 17132 que restringe el ejercicio liberal de la obstetricia y configura el ejercicio de su profesión como actividad de colaboración de la medicina y continua vigente aún hoy.

Numerosos proyectos se han presentado sin mayor éxito, en busca de recuperar la autonomía profesional y modernizar la práctica dándoles un rol más activo. La más reciente en 2019 logro la media sanción en diputados, pero quedó varada en senadores.

Cierta reticencia en algunos temas y la pandemia demoraron su tratamiento.

De acuerdo con el marco regulatorio vigente, el actual ejercicio profesional es potestad de la autoridad sanitaria de cada jurisdicción. En algunos casos delegadas en Colegios profesionales. Algunas provincias como la de Buenos Aires (2015) han modernizado la práctica autorizando, por ejemplo: la colocación de DIU.

En síntesis, hoy nos encontramos en un punto de inflexión: luego del estancamiento e incluso reducción en la formación desde los '70 en el que comienzan a aparecer nuevos proyectos formativos como el de la Universidad Nacional del Litoral con un modelo descentralizado, y un proyecto de Ley buscando ver la luz.

Debemos además torcer la tendencia de baja graduación de la carrera, que con unos 200 a 300 egresos anuales no logra superar el 30% de las inscripciones. Debemos asimismo repensar el número de residencias que no llega al centenar, incentivando la formación de postgrado.

Resulta clave la presencia de la obstetricia en todos los niveles del sistema de salud, está probado que esto reduce el número de cesáreas y la mortalidad materna. La aprobación de la Ley permitiría un acceso más equitativo a la salud reproductiva y la prevención.

Dejemos de invisibilizar el problema. □

(*) Médico (MP 18877). Profesor Asociado Universidad Nacional del Sur. Ex director nacional de Capital Humano Ministerio de Salud.



Somos especialistas en management de Salud. Trabajamos en consultoría, outsourcing e implementación de procesos de mejora, estrategias, re-ingeniería, calidad de servicios, prestaciones médicas, tutorías, asesoramiento, start up de empresas de salud y medicina del seguro.

☎ (+5411) 4812-7815 ✉ info@iarsalud.com.ar 🖱 www.iarsalud.com



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

Con tu póliza de **Praxis Médica** te brindamos asesoramiento médico legal las 24 horas y descuentos exclusivos para una protección integral.



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envíanos un mail a consultas-seguros@smg.com.ar

www.swissmedicalseguros.com



SMG COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. CUIT 30-50003196-0. AV. CORRIENTES 1865 PLANTA BAJA (C1045AAA) BUENOS AIRES, ARGENTINA.

N° de inscripción SSN
0002

Departamento de Orientación
y Asistencia al Asegurado

0800-666-8400

www.argentina.gob.ar/ssn

 **SSN** | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

El sistema de salud bajo algunas metáforas del fútbol



Por el Lic. Aldo Isuani (*)
y el Prof. Carlos Vassallo Sella (**)

A pesar de las fuertes tensiones a las que se ha visto y se ve sometida la atención médica en esta pandemia, especialmente en estos días, se reconoce que ha logrado dar respuesta brindando atención a los que la demandaron aun cuando un gran porcentaje de quienes pasaron por unidades de terapia intensiva finalmente fallecieron, fenómeno seguramente atribuible a la ferocidad del virus antes que a la calidad de la atención.

¿Tenemos entonces un buen y robusto sistema de salud? De ninguna manera.

El sistema de salud argentino es fragmentario, irracional, segmentado y acéfalo.

Fragmentario porque los tres subsistemas que lo componen (público, obras sociales y privado) no están articulados ni entre ellos ni al interior de cada uno.

Irracional porque destina una enorme cantidad de recursos a curar la enfermedad y casi nada a prevenirla.

Segmentado porque cada subsistema atiende fundamentalmente a diferentes sectores sociales (privado a los más adinerados, obras sociales a los no tan pobres y público a los más pobres).

Acéfalo porque el Ministerio de Salud Nacional administra una insignificante proporción del gasto en salud y no ejerce liderazgo ni siquiera al interior del sector público donde las provincias son las responsables principales de la atención médica. En pocas palabras, es un No Sistema.

En esta pandemia se asemejó a un equipo de fútbol concentrado en el arco propio, con defensores capaces y hasta heroicos, pero no acostumbrados a trabajar en equipo a causa de funcionar sin director técnico y todos resistiendo como

pueden la lluvia de pelotazos que reciben, que se traduce en una goleada monumental que lo ubica en el top 10 de equipos en el planeta en cuanto a goles (muertes) recibidos por habitantes.

Pero ¿qué sucede con la delantera, con la capacidad de ir al arco rival, presionar al adversario, anticiparse y convertir goles (evitar muertes) que permitan una victoria? Floja, muy floja. Veamos:

Muchos entendidos advierten que el confinamiento largo y estricto con que básicamente se combatió la pandemia es una política devastadora en muchos órdenes de la vida social y que para derrotar al virus se necesitaba de vacunas y aumento de tests y rastreos.

Ya sea por los problemas globales de provisión y/o incompetencia en la negociación para obtenerlas, la falta de vacunas no fue resuelta fácilmente y pasará un buen tiempo antes de tener completamente inmunizado un porcentaje significativo de la población para poder derrotar al virus.

¿Pero qué sucedió con los tests y rastreos, formas de detectar y aislar el virus controlando su circulación? ¿Por qué no adquirieron la dimensión que demandó el desafío epidémico? ¿No había dinero para comprar los insumos necesarios? ¿Hubo escasez internacional de dichos insumos?

Nuestra respuesta es que esas no son limitaciones, sino que aun cuando se quiera hacerlo no se puede porque tenemos un sistema de salud incapaz de ello. La razón es el muy pobre y débil esquema de atención primaria de salud que tiene nuestro país.

No está preparado en cantidad de recursos materiales y humanos para salir a buscar la enfermedad y combatirla en el terreno.

Un equipo sin delantera que cuando se encuentra con un adversario con fútbol agresivo y al que desconoce las mañas, no tiene capacidad de ir a presionar al arco rival y hacer los goles necesarios para ganar el partido. Solo se atrinchera frente al propio arco y espera evitar la goleada (sumar camas de terapia intensiva, respiradores e infraestructura sanitaria).

En definitiva, un No Sistema de salud que ha privilegiado la cura de la enfermedad antes que la prevención y que no tiene estructura ni personal capacitado suficiente para insertarse en comunidades y detectar los problemas sanitarios existentes, ni el virus del Covid-19 ni la epidemia de la obesidad o la adicción.

Los centros de atención primaria son expresiones del voluntarismo, pero sin los recursos necesarios para sostener lo que debería ser la primera la puerta de ingreso de los pacientes al sistema según riesgo y complejidad.

En esa primera línea necesitamos un equipo de salud integral con agentes, enfermeras y médicos preparados y capacitados para trabajar en equipo y responder salvando más vidas que cualquier gran hospital, o especialista o magistral cirujano.

La formación de los médicos impulsa este modelo terapéutico y no preventivo y los incentivos del sistema contribuyen en esta línea de acción que se construye pensando en la defensa y no en el ataque (prevención y promoción de la salud).

Pregunten a los estudiantes de medicina si quieren ser médicos de comunidad o superespecialistas y encontraran la respuesta.

Por ello no creemos que debemos estar orgullosos de nuestro sistema de salud que desaprovecha el esfuerzo y la capacidad de sus recursos humanos. Cuando esta epidemia pase es imperioso construir un verdadero sistema de salud.

La defensa debe ser reforzada pero fundamentalmente es preciso tener un buen director técnico que oriente que debe hacer cada uno en la cancha, una delantera potente con capacidad de llegar al arco rival y lograr victorias (vigilancia epidemiológica, prevención, tests y trazados) y no solo evitar derrotas ubicando a todo el equipo en el arco.

El virus es demasiado pequeño como para derrotarlo cuando han sido superadas las otras barreras. □

(*) Licenciado en Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo). Profesor de "Políticas Sociales" en la Maestría en Administración y Políticas Públicas de la Universidad de San Andrés (UdeSA).
(**) Profesor Salud Pública -FCM UNL
-vassallocc@gmail.com



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

- Médicos, Investigadores, Odontólogos, Psicólogos y otros profesionales de la salud independientes o asociados a clínicas.
- Centros de Policonsultorios.
- Centros de Diagnóstico por Imágenes.
- Clínicas, Sanatorios y Empresas de Emergencias Médicas.
- Federaciones, Colegios y Círculos Médicos.
- Empresas de Medicina Prepaga.
- Obras Sociales.
- Institutos y Cajas Provinciales.
- Gerenciadoras.
- Laboratorios y Análisis Clínicos.
- Programas de Investigaciones Clínicas.
- Empresas de Internación Domiciliaria.

PRUDENCIA
Seguros



www.prudenciaseguros.com.ar » prudencia@prudenciaseguros.com.ar
Palacio Houder, 25 de Mayo 489 6°, CABA » 0800-345-0085



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

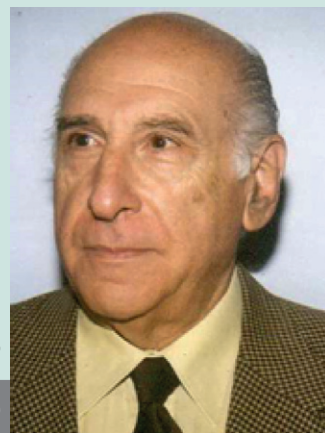
Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

 **SSN** | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

Palabras con significado específico

"Es sencillo hacer que las cosas sean complicadas, pero es difícil hacer que sean sencillas". Friedrich Nietzsche

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)



Los sistemas universales observan un mejor desempeño de aquellos en los que coexisten en competencia más de un modelo. Uno público jurisdiccional de estructura burocrática y otro de múltiples cajas cuyas organizaciones han adquirido cierta autonomía, lo que hace difícil producir cambios favorables para el sistema de salud.

Hay consenso en que esta situación lleva a la fragmentación y a la segmentación a las que se ven como responsables de las inequidades.

La complejidad es un rasgo descriptivo de los sistemas de salud por lo cual se requiere realizar un enfoque simplificado agrupando los componentes que exhiben propiedades similares, sin que la ausencia o presencia de alguna característica afecte al conjunto.

Los que están gobernados y gestionados desde Buenos Aires y los que dependen de las jurisdicciones; los que deben brindar cobertura a la población no financiada por seguros y los que pueden acceder a planes diferenciales.

La integración forma parte de las políticas públicas que tiene como objetivo incluir a los grupos que ocupan un lugar diferente en la sociedad para ubicarlos en una posición mejor como parte de un proceso mayor.

En cambio, fragmentar es dividir un todo en partes, es lo opuesto a integrar, problema que se introduce con la aparición de las Obras Sociales financiadas por aportes y contribuciones. Estas organizaciones pese a sus características comunes operan con cierta autonomía más allá de las regulaciones, las que suelen contribuir a mantener la fragmentación. Ella también se observa en lo intrasectorial expresada por el modelo de múltiples cajas o en las dificultades en construir redes de atención porque prima el principio de propiedad, provincial, municipal, privado.

La integración significa salir de un modelo en competencia para transitar a otro de cooperación con una modalidad organizativa que procure sinergia y complementación con los recursos necesarios para tal propósito.

La segmentación es una estrategia de mercado que hace posible que los distintos productos puedan ser accesibles a diversos grupos o segmentos de la población, como serían las galletitas o la cerveza. Esta estrategia no es aplicable al sector salud toda vez que implica diferencias cualicuantitativas según fuese la capacidad económica del beneficiario.

Sin embargo, la existencia de planes diferenciales avalados por la normativa vigente constituye una barrera difícil de sortear, máxime cuando la fuente de financiación es el comprador de servicios.

La OPS define la fragmentación como la coexistencia de unidades no integradas a una red de servicios. Define así a un segundo elemento que, en nuestra realidad, existen tantas redes como cartillas de prestadores contratados que

pueden complementarse con el acceso al Hospital Público. En orden a ello, puede decirse que se compra lo que hay, lo que se ofrece, que no siempre es lo que se necesita.

Se pueden apreciar varias posiciones, al menos en la exposición dialéctica. Algunos piensan en un sector público centralizado y de organización participativa pero burocrática puede solucionar el problema. Otros, proponen expandir los programas del subsector configurado por el Ministerio de Salud a través de sus programas, SUMAR, Incluir Salud, Salud Sexual, entre otros, mediante la elaboración de un programa médico obligatorio para todos los sectores.

Sin embargo, la mayor actividad parece estar en la SSSALUD que trata de incorporar a las OSP o a sus beneficiarios de acuerdo con el mecanismo previsto en la ley 23.661 en su artículo 6°. No cabe duda que ello hace posible la ampliación de la población de algunas OSN y Prepagos, abriendo el camino a la libre elección. Lejos de resolver el problema habría mayores probabilidades de profundizar la segmentación y generar una eventual selección adversa en las OSP.

En todos los antecedentes legislativos el eje estratégico es el convenio de adhesión para articular y coordinar los servicios de salud. Pero articular no es lo mismo que integrar a las organizaciones involucradas, sino que es una alternativa que permite potenciar el desempeño de las partes pero no incorporar las partes en un todo.

Un convenio es un acuerdo voluntario que no se encuentra sujeto a una ley. Siempre pueden existir convenios sin haber contrato, pero para que se lleve a cabo un contrato debe existir un convenio. En orden a ello serían demasiadas las voluntades para lograr una integración.

La ley 23.661 ofrece una alternativa que no parece interesar a través de su artículo 4° pues permite la descentralización en las jurisdicciones provinciales, a cuyo efecto las funciones, atribuciones y facultades que la ley otorga a la Secretaría de Salud Pública puede ser delegada a las distintas jurisdicciones.

Ello implica también descentralizar los recursos en procura de una real integración y cobertura equitativa y no sólo para los agentes del seguro que se adhieran al sistema.

La descentralización es un proceso por el cual los niveles superiores transfieren el poder decisorio y resolutorio, así como los recursos para su respaldo. Con ello se pueden reducir los gastos burocráticos, materializar a nivel jurisdiccional las políticas nacionales, generar mayor gobernanza del poder central mejorar el sistema de compras, lograr mayor impacto y participación social y asegurar el desarrollo de los sistemas de información. □

(*) Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud - Profesor Emérito de la Universidad ISALUD - Miembro del Grupo PAÍS.

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

Equipo propio de abogados y peritos especializados
Servicios de asesoramiento legal y defensa en juicios
Cobertura civil y penal en todo el territorio nacional para profesionales de la salud



ASOCIACIÓN DE
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



AMM: Junín 1440. Tel/Fax: (5411) 4806-1011 | asociacion@medicos-municipales.org.ar | www.medicos-municipales.org.ar
SEGUROS MEDICOS: Viamonte 1674. Tel: (5411) 5811-3510 / 3918 / 3519 | info@segurosmedicos.com.ar | www.segurosmedicos.com.ar

Nº de inscripción en SSN
0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

Una reforma: ¿por qué?, ¿para qué?, y especialmente: ¿cómo?

Por el Dr. Rubén Torres (*)



La reforma de salud nunca ha sido prioridad en nuestro país, pero los crecientes problemas que afectan a gobiernos, financiadores, proveedores y ciudadanos comienzan a hacer visible la necesidad de cambios.

Surgieron así, voces de llamado a una reforma, pero a pesar de la coincidencia de miradas diagnósticas y la potencialidad de mejora del sector, diferencias políticas, intereses sectoriales o desidia en la gestión hacen difícil abordar el complejo desafío que requiere como condición prioritaria generar consensos entre todos los actores, para trazar una estrategia a largo plazo y la hoja de ruta que la transforme en una política de Estado.

La pandemia, a su vez puso al sistema en el centro de las miradas públicas dejando en evidencia sus múltiples debilidades (fragmentación y alarmante inequidad). Pero también se pudo dar cuenta de que el modelo argentino muestra un nivel de cobertura y acceso mucho más amplio que el de la mayoría de los países de la región.

No es la primera vez que los argentinos nos proponemos reformar nuestro sistema de salud. Hemos tenido experiencias exitosas, y de las otras. Entre estas últimas, mayoritarias, está la intención de Ramón Carrillo de integrar un único sistema público, que, aunque plasmada en el Segundo Plan Quinquenal, no logró el apoyo del gobierno, y lo llevó a la renuncia a su cargo en julio de 1954.

En el mismo sentido, fue la formulación del Sistema Nacional Integrado de Salud -20 años después-, buscando asegurar al conjunto de la población acceso igualitario. El conflicto de intereses entre organizaciones médicas, prestadores privados y de trabajadores, impulsó modificaciones al proyecto original, debilitándolo al no lograr la incorporación de las obras sociales sindicales, y solo la adhesión de escasas jurisdicciones.

Otra reforma fue la impulsada durante el gobierno de Raúl Alfonsín, por el ministro Aldo Neri con el Seguro Nacional de Salud, al cual una fuerte oposición del sindicalismo condujo al fracaso. Desde entonces, la salud dejó de ser objeto del debate político, desapareció de la agenda, y estuvo ausente en todas las plataformas electorales durante los últimos treinta años.

Ningún candidato se comprometió en propuestas sobre cómo mejorar el sistema, y similar comportamiento tuvieron los legisladores, mientras en otros países de la región se discutían y sancionaban leyes generales y de reforma. Esto no significó que no haya habido propuestas de reforma, sino que las mismas tuvieron escasa profundidad y ningún debate ⁽¹⁾, o directamente fueron parches dirigidos a evitar confrontar las causas reales del conflicto.

Muchas se plasmaron por decretos presidenciales: en 1993, se permitió a los hospitales públicos la recuperación de gastos, y se autorizó la libre opción de cambio de obra social. Está, más allá de sus efectos, tal vez la única "reforma", que, con buena voluntad, podría considerarse exitosa.

Pero cabe preguntarse: ¿qué problemas resolvió? La financiación pública no mejoró con la autogestión, y la "desregulación" perjudicó a las obras sociales que sufrieron un fuerte "descrime" de sus beneficiarios de mayores ingresos por su migración a prepagas, que, probablemente únicas ganadoras con el nuevo esquema, incrementaron sus costos de transacción, ya que para captar afiliados, deben asociarse con una obra social que, sin brindar prestaciones, se queda con un porcentaje de los aportes y contribuciones, que es detraído del financiamiento de las prestaciones.

En general, nuestras "reformas" no consiguieron construir una autoridad sanitaria fuerte como para conducir al sistema y construir políticas de salud. La debilidad del Ministerio de Salud de la Nación es tal, que a principios de los 2000 se llegó a debatir la posibilidad de eliminarlo y casi no se alzaron voces en su defensa, y años más tarde se lo rebajó a la condición de Secretaría, en la misma condición de silencio.

Es necesario volver sobre la pregunta que nos formulábamos más arriba, respecto de que problemas se pretende resolver con una reforma. La provocación de la pregunta es relevante, porque a pesar de la precariedad de nuestros sistemas de información, existen claras evidencias respecto a que tenemos problemas sistémicos. Aquí van algunas:

1. Aunque la mortalidad infantil ha evolucionado a la baja, las brechas entre provincias se mantienen. En 1980, la tasa nacional fue 32,41 por mil y en el 2018 llegó a 8,8 por mil. Sin embargo, las diferencias entre las provincias con los mejores y peores resultados se han reducido muy escasamente: en 1980 era 2,8 y en 2018 de 2,3.
2. La tasa de mortalidad materna es de 14,4/10.000 nv. en Formosa, contra 2,3 en CABA.
3. La tasa de mortalidad infantil es de 6 por mil en CABA, contra 12,8 en Corrientes.
4. Hay diferencias regionales de 8 veces en la mortalidad por Cáncer de cuello uterino, 3 veces por Cáncer colorrectal, y en Cáncer de mama las mujeres, en el sector público

llegan a la primera consulta en estadio IV, en un porcentaje que duplica a aquellas que se asisten en el sector de la seguridad social o privado, por variaciones en los tiempos de diagnóstico y tratamiento.

5. El 5% de las mujeres, en 2014 no realizaba ningún control prenatal, y la diferencia oscilaba entre 3% en el centro del país y 6,8% en el conurbano bonaerense, y entre 0,1 en Tierra del Fuego, a 8% en Misiones. A la vez el 32% realizaba uno insuficiente (menos de cinco), y la diferencia iba entre 21,6 en la Patagonia y 36,9% en el NEA, y entre 15,6% en Tierra del Fuego y 48,4% en Santa Cruz. Y la diferencia entre el subsector público y la seguridad social oscilaba entre 0,4 y 5,1%.
6. Entre 2010 y 2014, la tasa promedio de PAP realizados, fue de 29,9%, pero osciló entre 43,7% en CABA, y 16,2% en el NEA.
7. La mortalidad muestra diferencias importantes por provincia. Para 2018, la tasa de mortalidad ajustada por edad era de 5.3 por 1.000 habitantes para CABA (6.7 hombres y 4.3 mujeres), mientras que en Chaco alcanzaba 7.6 (9.8 hombres y 5.8 mujeres).
8. El gasto total en salud es de los más altos de la región, pero los resultados obtenidos no lo reflejan. Según CEPAL, destinamos a salud un 9,6% del PBI. Más que Uruguay (9,2) Chile (9,1) y Costa Rica (7,6). Pero estos tres países presentan mejores resultados de salud, medidos por indicadores como la EVN y la TMI.

9. El gasto público en salud per cápita varía mucho entre provincias. Neuquén gasta más de 6,2 veces que Buenos Aires, dónde está el 40% de la población sin cobertura de seguros de salud.

10. Los médicos están altamente concentrados. Mientras que en CABA hay un médico cada cien habitantes (1,66), en Misiones y Chaco, tienen solo 0,18 y 0,19 (1,81 y 1,94 cada mil habitantes). Y en las remuneraciones hay diferencias de entre 3,3, y 3,6 veces entre el mejor salario y el más bajo, para un mismo cargo y dedicación.

Los datos anteriores dan cuenta de inequidades en resultados, e ineficacias en los procesos políticos y servicios. Pero, fundamentalmente, dan testimonio del nivel de preocupación, o falta de ella, de la sociedad en su conjunto por el bienestar de sus ciudadanos.

Nuestro sistema padece una crisis de legitimación (incapacidad para satisfacer las necesidades de salud y expectativas de los ciudadanos), de racionalidad (nos falta "producir" salud de manera eficiente), y de ética, pues no existe expresión más elocuente de las diferencias sociales que cuándo, dónde y cómo se muere.

En estas expresiones debiera focalizarse el objetivo de la reforma. □

1 Berman y Bossert las llamaron Reformas (Con "R") y reformas (con "r"), para mostrar sus diferencias de profundidad.

(*) Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en salud (IPEGSA).

Tenemos experiencia



CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

Tel: 4308-4532
info@cidpen.com.ar
www.cidpen.com.ar

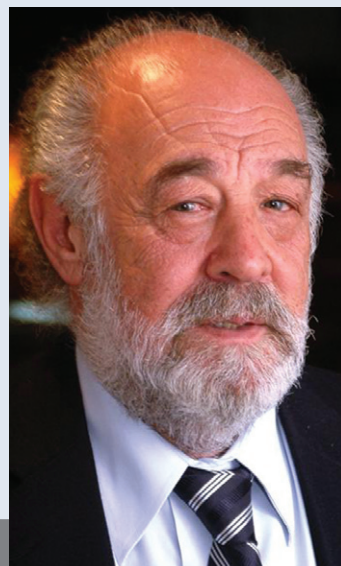
**En los niños con necesidades
médicas complejas,
las internaciones prolongadas
pueden evitarse.**

Punto de inflexión: calentamiento global, pandemia, posverdad y salud

"Para pensar nuevas ideas o decir cosas nuevas tenemos que desarmar nuestras ideas hechas y mezclar las piezas, es decir discernir".

Gregory Bateson

Por el Dr. Ignacio Katz (*)



INSONORIZACIÓN MORAL: ALARMAS DESOÍDAS

El mundo actual parece proclamar a gritos la profunda debacle en que nos vemos sumergidos, pero la inmensa mayoría no parece percibir más que un continuo murmullo, o una feria donde todos mienten. O peor aún, en donde la diferencia entre la verdad y la mentira ha dejado de ser un criterio de validación. "*La verdad es aburrida*", parece ser el lema que se impone.

Lo cierto es que la pandemia no ha conmovido los cimientos del campo sanitario, ni tampoco a la opinión pública. Las ansias del tan mentado "*retorno a la normalidad*" barren bajo la alfombra los miles de muertos. Desde el ámbito profesional y de gestión sanitaria, el ambiguo pero innegable consenso de la necesidad de *alguna reforma* quedó una vez más encallado por las disputas políticas y los intereses corporativos.

El calentamiento global, por su parte, sigue sumando informes de creciente urgencia, pero los mismos acuerdos endebles. Ya van 26 encuentros internacionales desde el primero en 1995, pero luminarias como el encuentro de Kioto en 1997, el de París en 2015, se apagaron más tarde o más temprano. El más reciente, Glasgow, ocurrió en 2021. Lo que insinúa que "*cuanto más alta es la alarma menos dispuestos parecemos a oírla*".

EL CALENTAMIENTO GLOBAL Y LA SALUD

Lamentablemente, varios señalamientos que hicieramos en una columna del 2019, siguen siendo válidos. Recordemos que, entre sus múltiples efectos, el calentamiento global influye en los *determinantes económico-sociales y medio-ambientales de la salud*, tales como aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura. A lo que se suma la deforestación (o desmonte), la contaminación acuática y terrestre (especialmente vinculada a los residuos cloacales como los residuos sólidos urbanos y los que provienen de las industrias), y fenómenos climáticos puntuales, como terremotos, olas de calor, inundaciones, entre otros.

Se calcula que entre 2030 y 2050 el cambio climático causará unas 250.000 defunciones por año, debido a la malnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés calórico. Y el coste de los daños directos para la salud se situará entre los 2.000 y 4.000 millones de dólares. Se estima también que aumenten las sequías, generando hambrunas y falta de agua potable. Al mismo tiempo, aumentan las precipitaciones extremas, generando inundaciones y alterando las fuentes de agua dulce que generan criaderos de insectos portadores de enfermedades, como los mosquitos.

Mientras la emisión de *gases efecto invernadero*, sobre todo el dióxido de carbono (CO₂) asociado a la combustión de derivados del petróleo, aumenta en vez de disminuir año tras año, la deforestación empeora el problema al disminuir la cantidad de "*succionadores*" naturales de dicho gas (los árboles). El propio CO₂, además, junto a otros gases y partículas, generan contaminación que afecta a las personas vía la respiración.

La deforestación de bosques tropicales, además, genera condiciones óptimas para la difusión de las plagas transmitidas por mosquitos, como la malaria y el dengue, mientras que los primates y otros animales transmiten enfermedades a las personas desde los bosques diezmados. Un estudio de Geoffrey Donovan ⁽⁴⁾ mostró comparativamente que existe una correlación entre la *menor cantidad de árboles y la mayor mortalidad humana*. Por su parte, el aumento de los viajes y traslados de personas esparcen estas enfermedades geolocalizadas por todo el mundo, incrementado por el fenómeno migrante.

LA CHISPA QUE FALTA

Leyendo la última parte del párrafo precedente, escrito originalmente antes de la expansión mundial del virus SARS-CoV-2, uno bien podría pensar que la pandemia del Covid-19 debería haber sido el factor detonante del cambio necesario. Sigue faltando el *sacudón que despierte a la humanidad* para afrontar los cambios estructurales que generan el creciente calentamiento global y los comportamientos productivos, distributivos y de consumo que están saturando al planeta de contaminación, a la vez que hacen aumentar la desigualdad socioeconómica global.

Sin embargo, la pandemia se ha parecido más a una suerte de paréntesis que de signo de admiración. Todavía falta el **punto de inflexión** que lleve a cambiar las cosas. Un nuevo equilibrio entre decisiones gubernamentales, acuerdos de poder y convicción ciudadana. No exactamente un consenso, pero sí un piso mínimo de acuerdo sobre ciertos valores, cierto horizonte, **cierto reconocimiento de la realidad**.

En el 2000 se publicó el libro *The tipping point*, traducido por *La clave del éxito*, donde su autor, Malcolm Gladwell, un periodista canadiense residente en Nueva York, advierte con diversos ejemplos que existe un *punto de inflexión* a partir del cual los efectos de un proyecto o idea se potencian al máximo creando un cambio significativo. Para ilustrar el fenómeno, curiosamente, realiza una analogía con la propagación de las epidemias, señalando cómo los usos, costumbres, tradiciones y pensamientos se difunden como

una epidemia en una sociedad. “Ese momento mágico en que una idea, tendencia o conducta social cruza un umbral, se vuelca y se esparce como un incendio forestal”, escribe Gladwell. De esta manera, siguiendo al autor, mientras una epidemia viral depende del agente, el huésped susceptible y el ambiente; la epidemia social depende de las personas (*ley de los pocos*), la fuerza del movimiento (*la adherencia*) y el *contexto* en el que se desarrolla.

La “ley de los pocos” es el principio por el cual en cualquier situación cerca del 80% de la acción será llevada a cabo por un 20% de los participantes. En mayor detalle, distingue entre los *conectores*, los *conocedores* y los *vendedores*. Los primeros son aquellos individuos que por alguna razón conocen a un gran número de personas. Los conocedores, de mayor importancia, son en quienes confiamos al momento de exponernos a nueva información; acumulan nuevos conocimientos y saben cómo compartirlos. Son estos quienes empiezan “las epidemias de boca-a-boca” debido a su conocimiento, a sus habilidades sociales y a su capacidad de comunicarse. Finalmente, los vendedores, o los “persuasores”, son personas carismáticas que resultan clave para acceder a un gran alcance.

La adherencia, por su parte, depende de cuán bueno es el mensaje o producto que se quiere esparcir. Para Gladwell, tener una buena idea no basta, sino que es esencial que tenga una “caja dorada” (de deseos), o toque especial que logre conectar con las personas. El ambiente o contexto, finalmente, determina si el momento es adecuado a la propensión del “virus” en cuestión, ya que el comportamiento humano es sensible, perceptible y fuertemente influenciado por su entorno. A este respecto, se merece destacar lo expresado por Max Plank, el fundador de la teoría cuántica, cuando afirmaba que “una nueva verdad científica no suele imponerse convenciendo a sus oponentes, sino más bien porque sus oponentes desaparecen paulatinamente y son sustituidos por una nueva generación familiarizada desde el principio con lo nuevo”.

Pareciera faltar ese **punto de inflexión** en que algo, que en principio puede parecer intrascendente, tuerza una tendencia o altere un equilibrio y *genere un cambio*, no necesariamente radical ni violento, pero sí *disruptivo y sostenible*. Ese momento de quiebre es por definición impredecible, pero las circunstancias que lo hacen más probable están maduras. Para bien o para mal, el bosque está seco. Porque el malestar está presente, aunque sumergido en capas de *resignación, apatía, y escapismo hedonista*.

Debemos salir de la “caverna digital” en que vivimos actualmente en palabras del filósofo surcoreano Byung-Chul Han y volcarnos a la experiencia de conocer y reconocer al mundo y a los otros. *Quizás así se genere el punto de inflexión necesario para empezar a cambiar las cosas y enfrentar sin excusas un problema real y complejo en el que estamos subsumidos.* □

1) Geoffrey H. Donovan, The Relationship Between Trees and Human Health, American Journal of Preventive Medicine, February 2013.

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Director Académico de la Especialización en “Gestión Estratégica en organizaciones de Salud”; Universidad Nacional del Centro - UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza; Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de “Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza” (2020). Autor de “La Salud que no tenemos” (2019); “Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud” (2018); “Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” (2012); “La Fórmula Sanitaria” (2003).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Oncología y drogas biológicas

Entre precio, valor y oportunidades

Por el Prof. Dr. Sergio del Prete (*)



¿ Pueden los financiadores de la salud seguir desafiando los astronómicos precios que imponen en forma cada vez más frecuente las *BigPharma* a sus moléculas monoclonales innovadoras y a las futuras terapias génicas en el campo de la terapia oncológica? Frente al imperativo bioético de "salvar vidas" o "dar todas las batallas al cáncer", y a los diferentes niveles de conflictos de interés entre profesionales e industria farmacéutica, los pacientes con patología oncológica, sus familiares y los médicos tratantes a menudo están predispuestos a probar y aceptar nuevos medicamentos con la esperanza que resulten ciertamente efectivos.

Esto independientemente de la heterogénea perspectiva de beneficio real que puedan aportar como valor, y sin tomar en cuenta el impacto del precio. No resulta entonces exigencia sencilla superar la simple cuestión respecto de su prescripción, y enfocar con mayor certeza si tales medicamentos realmente aportan suficiente mejora en la calidad de vida y el bienestar como utilidad agregada. Este *gap* tensiona al sistema, ya que incluye aspectos más emotivos que bioéticos, y más económicos que sanitarios. Y plantea un complejo desafío para quienes tienen que tomar decisiones de financiamiento, entre recursos que se toman escasos y demandas que crecen sin límite. Con el consabido costo de oportunidad que esto implica.

El mercado de los medicamentos biológicos en oncología constituye *prox*y el 50% del total, con un crecimiento anual del 5,4%. Y representa un área donde aún existe gran necesidad en términos de nuevos medicamentos y biomarcadores predictivos de evolución y respuesta, así como de desarrollo de biosimilares. ¿Dónde reside la particular presión tecnológica en este mercado? Si se la analiza a nivel mundial, es posible considerar dos instancias:

En primer lugar, los gobiernos de los países centrales vienen generando sistemas regulatorios contradictorios sobre estas moléculas. Por un lado, se desafían los estándares "aceptados" de valor, y por otro se restringe la potencial capacidad de los pagadores de aceptar ciertas moléculas y negociar sus precios. Por ejemplo, mientras el Reino Unido dispone de un

Fondo de Medicamentos contra el Cáncer y los financia en base a evidencias de valor incontestables, en Estados Unidos se limita la capacidad de Medicare -el seguro médico estatal para adultos mayores de 65 años- de negociar precios.

De allí que, si otros países están pagando altos precios por tales medicamentos, le resulte más fácil a la industria justificarlos. Incluso frente a mercados emergentes. Es lo que sucede en América Latina -especialmente en la Argentina- donde los precios de los monoclonales son mucho más elevados que en sus países de origen, o incluso entre vecinos. Sin dejar de tener en cuenta que algunas moléculas solo brindan beneficios marginales, como prolongar la vida en solo un par de semanas. Es decir, no tienen un buen "valor agregado".

En segundo término, existe falta de competencia significativa para con muchas moléculas biológicas con patente vencida. La relativamente insuficiente capacidad tecnológica disponible impide a muchos países -como el caso de América Latina- desarrollar biosimilares que permitan reducir mínimamente un 20% el precio de la molécula original. Esta suerte de "dependencia tecnológica" es favorecida por la propia industria dominante. Y "romperla" no parece ser cuestión advertida por parte de los países de economías emergentes como interesante ventaja competitiva en su componente industrial.

Pero mientras las *BigPharma* mantienen un bajo desarrollo del segmento de biosimilares en los países de mayor industrialización e introducen al mercado sanitario productos con mínimas modificaciones y patentes de uso, el escenario es totalmente diferente en los países en desarrollo donde los biosimilares han capturado hasta un 60% del *market share* de ciertos biológicos originales.

Mientras haya quien pueda financiarlos, aun a riesgo de su sustentabilidad, o quien pueda lograr por instancia judicial la aceptabilidad de su uso, no habrá razones valederas para que la industria considere reducir los precios de sus terapias oncológicas.

La esperanza, el miedo y la desesperación de los pacientes y sus familias frente a una enfermedad tan devastadora en su

“La propia sociedad debiera exigir acceso a los medicamentos que necesita, pero a un precio y valor terapéutico que el sistema de salud pueda efectivamente erogar. De lo contrario, a futuro tales terapias irán quedando disponibles solo para quienes puedan encontrar como financiarlas, en un sendero de limitaciones bioéticas basadas en tomar decisiones sobre quién vivirá y quién morirá”

evolución, junto a las características únicas que asume el mercado de los medicamentos *biotech* en oncología, establecen las condiciones para crear una "tormenta perfecta" sobre los financiadores.

A menos que sea posible introducir incentivos regulatorios que permitan recompensar la innovación genuina que efectivamente agrega valor a la vida del paciente, y a la vez asegurarle a los financiadores que recibirán un valor de oportunidad suficiente por el dinero que deben erogar para cubrirla.

La propia sociedad debiera exigir acceso a los medicamentos que necesita, pero a un precio y valor terapéutico que el sistema de salud pueda efectivamente erogar. De lo contrario, a futuro tales terapias irán quedando disponibles solo para quienes puedan encontrar como financiarlas, en un sendero de limitaciones bioéticas basadas en tomar decisiones sobre quién vivirá y quién morirá.

Si se pudiera garantizar la posibilidad de producción y acceso a aquellos biológicos que van perdiendo su patente para todos quienes los requieran, y al mismo tiempo se regulara adecuadamente su autorización de comercialización y calidad, la ecuación resultaría más que atractiva.

El problema surge del hecho que siendo los mercados emergentes escenarios aptos para testear el comportamiento de los biosimilares, si algunos producidos localmente comenzaran a ser utilizados con mayor frecuencia y resultados - y además demostraran impacto de ventas significativo - no sería extraño que una farmacéutica internacional procurara adquirir sus derechos de uso y comercialización.

Esto no quita que incentivar la investigación biomédica y el apoyo a la ciencia, más un mejor articulado regulatorio de su aprobación y uso, resulten estrategias esenciales para garan-

tizar que muchos biológicos que irán perdiendo la patente a futuro estén disponibles para su uso manera eficiente y oportuna y a menor costo.

En América Latina existe -con diverso grado de desarrollo- un complejo farmotecnológico industrial y recursos humanos calificados y aptos para profundizar esfuerzos de colaboración entre sus países.

En el caso de la Argentina, la reglamentación de la Ley de Desarrollo y Producción de la Biotecnología Moderna 26.270/07 posibilitará -entre otras actividades- la investigación científica y tecnológica de la biología, bioquímica, microbiología, bioinformática, biología molecular e ingeniería genética orientada al desarrollo productivo; la transferencia tecnológica hacia el sector productivo de bienes y servicios; y el desarrollo de emprendimientos biotecnológicos. Transferencia de tecnología que resulta un formal reconocimiento a la capacidad científica, y requiere de la cooperación estrecha y de esfuerzos de inversión con otros gobiernos de la Región destinados a promover un avance estratégico en el campo de los biosimilares que sería estímulo adecuado para garantizar mayor protagonismo en el enfoque del tratamiento contra el cáncer.

Suficiente para establecer mejor comunicación respecto de opciones terapéuticas y costos, y favorecer que los financiadores puedan hacer sustentable el objetivo del acceso asequible a medicamentos oncológicos de alto valor para todos los pacientes que los necesiten.

Un salto de calidad productiva y de oportunidad terapéutica, que el país y América Latina no pueden ni deben relativizar. □

**(*) Titular de Análisis de Mercados de Salud.
Universidad ISALUD.**



www.sanidad.org.ar

Políticas de salud en los países de la región: una referencia para una posible reforma en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



Desde hace algunas décadas, muchos de los países de nuestra región vienen intentando modificaciones en sus sistemas de salud a fin de superar los graves problemas de fragmentación y segmentación que poseen. Entre otros, estos sistemas fragmentados y segmentados producen una alta inequidad en el acceso de grandes sectores de sus poblaciones. Se describen todo tipo de barreras de accesibilidad como: económicas (grandes diferencias al acceso entre población con diferentes niveles socioeconómicos), por tipo de cobertura, geográficas (áreas rurales versus urbanas) culturales (población originaria), insuficiente oferta en zonas alejadas, otros.

Muchas de estas modificaciones o reformas fueron en el sentido de intentar unificar la financiación de los sistemas, a fin de avanzar hacia sistemas más integrados desde la macro gestión. Se intenta de esta manera generar pocas cajas financiadoras del sistema incrementando así su poder de negociación, la coordinación del sistema, lograr mayor eficiencia y disminuir la inequidad al acceso. En nuestro país esta estrategia tuvo su máxima expresión en los intentos fallidos del SNIS y del Seguro Nacional de Salud.

Otros cambios realizados avanzaron en el camino de superar la fragmentación y segmentación a través de las prestaciones de servicios, esto es desde una óptica de la micro gestión. En este sentido se intentaron introducir paquetes o canastas de prestaciones o servicios denominados también planes de beneficios obligatorios para todos los financiadores del sistema. En nuestro país una experiencia de este tipo se inició en los '90 con la implementación del Programa Médico Obligatorio (PMO) que representa el paquete de prestaciones que obligatoriamente deben proveer las OOSS nacionales y prepagas médicas, quedando afuera de esto el sector público y las OOSS provinciales y el PAMI.

ALGUNOS EJEMPLOS DE REFORMAS EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN

En al menos tres países de América Latina observamos la combinación de estas dos estrategias: Colombia, Chile y Uruguay.

En el caso de Colombia a partir de la ley 100 aprobada en 1993 se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) unificando las cajas de financiamiento en dos esquemas de aseguramiento para toda la población: el régimen contributivo para los trabajadores en relación de dependencia y el régimen subsidiado para la población sin capacidad de pago y del sector informal. Se estableció además un Plan de Beneficios Obligatorio (POS) que ambas aseguradoras debían garantizar. Al principio, cada régimen tenía un POS distinto (POS-C para el régimen contributivo y POS-S para el régimen subsidiado), pero a fin de superar las

inequidades que esto traía, desde el año 2012, los planes de ambos regímenes son iguales.

Chile realizó reformas desde la macro a inicios de los años ochenta que cambiaron la estructura y funcionamiento del sector salud. Entre los principales cambios se encuentran la creación del Fondo Nacional de Salud; del Sistema Nacional de Servicios de Salud; de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE); y el proceso de municipalización de la atención primaria.

También, en 2005, Chile implementó el plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) o también denominado plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) que consiste en un plan de beneficios de salud obligatorio. De implementación progresiva, el GES cubre hoy unas 85 patologías priorizadas de acuerdo con diversos criterios que aplican tanto para el Fonasa (alrededor del 80% de la población nacional), así como los asegurados de las instituciones de salud previsional (ISAPRES), entidades privadas que cubren a cerca del 17% de los chilenos. La cobertura de salud que obtienen los asegurados de Fonasa e Isapres no está limitada a los contenidos del AUGE. Si los asegurados padecen de alguna patología no incluida en el GES, pueden de todos modos obtener cobertura a través del llamado "plan complementario".

Por su parte Uruguay inició su reforma a partir de 2005 integrando su sistema fragmentado y segmentado en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual se aprobó y creó finalmente por la ley 18211 (creación del SNIS) en diciembre de 2007.

Un año después se establece el PIAS, Plan Integral de Atención a la Salud, un plan de beneficios obligatorio que deben cumplir todas las instituciones acreditadas como prestadoras integrales del SNIS, ya sea mediante servicios propios o contratados a terceros.

¿A QUÉ SE DENOMINA PLAN DE BENEFICIOS?

Existen innumerables definiciones de *Planes de Beneficios*, también conocidos como Paquete o Canasta de Servicios o de Prestaciones. En un informe realizado por el BID denominado "Planes de beneficios en salud de América Latina" del año 2014 se recopilan diferentes definiciones y acepciones.

Según ese informe algunos autores resaltan la importancia de que el conjunto de servicios que se consideran prioritarios debe estar cubierto por un esquema de aseguramiento obligatorio o por los sistemas nacionales de salud financiados con recursos públicos y deben ser decididos por la sociedad (Tarim, 1997).

Otros subrayan que se trata de un subconjunto de todas las intervenciones que serían posible proveer con el desarrollo de la tecnología médica actual y que las intervenciones

seleccionadas no son escogidas al azar, sino que son el resultado de un proceso de priorización que busca lograr ciertos objetivos técnicos y sociales específicos (Wong y Bitrán, 1999).

También algunas definiciones destacan la importancia de definir las categorías de servicios financiados, es decir los tratamientos y servicios que se definen como financiables según la normativa del sistema de salud según leyes o decretos preestablecidos, la necesidad de contar con reglas y protocolos a fin de asegurar un adecuado uso de los servicios definidos y la explicitación de las limitaciones financieras estableciendo qué servicios serán brindados de manera gratuita para el beneficiario o cuáles requerirán un pago y cómo este será definido (Rumbold, Smith y Alakeson, 2012).

En resumen, dice el informe que un plan de beneficios posee tres características centrales: primero representa un conjunto mínimo de garantías explícitas, o sea que deben proveer un mínimo de servicios que debieran ser garantizados para todas las personas por razones de equidad. Parte del concepto que ninguna sociedad, puede financiar todos los servicios de salud de manera ilimitada para toda la población.

Segundo afirma que deben estar financiados con recursos públicos que incluyen financiamiento a través de impuestos, pero también considera el financiamiento a través de aportes de trabajadores y empleadores. Sin embargo, incluye también al sector privado cuando está regulado como en los casos de Chile (ISAPRES) o el PMO de Argentina que incluye a las prepagas.

Finalmente afirma que debe estar vinculado con la necesidad o preferencia social de la población a ser cubierta. Por eso dice que no existe un único plan de beneficios idóneo para todos los países.

MARCO REFERENCIAL PARA UNA POSIBLE REFORMA EN LA ARGENTINA

Ambas estrategias pueden ser un paso importante para iniciar un sendero de reformas factibles en nuestro país. La posibilidad de disminuir la cantidad de financiadores a través de fusiones de OOSS nacionales o prepagas chicas y establecer un plan de beneficio único para todos los financiadores, aseguradores y prestadores sería un buen inicio.

Alrededor de un 20% de las casi 300 OOSS nacionales existentes cubren a más del 80% de la población en relación de dependencia. Por otro lado, casi la mitad de las empresas de medicina prepaga inscriptas son organizaciones sin fines de lucro, muchas de ellas de tamaño reducido; un 35% corresponde a sociedades comerciales entre las que se encuentran las más grandes del sector. Las cinco más grandes, OSDE, Swiss Medical, Galeno, Sancor y OMINT abarcan más del 70% del mercado.

Por otra parte, la introducción de una canasta de servicios bien diseñada y obligatoria para todos los financiadores resultaría una medida complementaria muy adecuada. En este caso las provincias, OOSS provinciales y el PAMI deberían adherir específicamente a esto. Para esto último deben estudiarse diferentes incentivos que favorezcan esta estrategia.

Ambas estrategias coordinadas pueden introducir eficiencia al sistema y fundamentalmente incrementar la equidad en el acceso. Se requiere sin embargo de un muy preciso diseño y amplio consenso para lograr esto. En este caso es de suma importancia incrementar la rectoría del Ministerio de Salud Nacional. □

(*) Médico - Especialista en Salud Pública.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en
Nutrición

Licenciatura en
Kinesiología y Fisiatría

Licenciatura en
Enfermería



DEPARTAMENTO DE INGRESO
ingreso@uca.edu.ar

ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

Alicia M. de Justo 1600
Puerto Madero - CABA
0810-2200-822 (UCA)
☎ 54 9 11 3023 4624
uca.edu.ar/zoom

¿Cómo hacer que las nuevas tecnologías contribuyan a la equidad?



Por el Dr. Carlos Alberto Díaz (*)

Los sistemas de salud y su innovación tecnológica no contribuyen naturalmente a la equidad, porque se incrementa más el gasto, que la igualdad. El sistema de salud argentino esta fragmentado y segmentado, tiene acceso universal, pero no asegura cobertura equivalente ni calidad en sus prestaciones, no es formador de precios, se financia con un presupuesto histórico en el sector público, aportes, contribución y gasto de bolsillo creciente, en las obras sociales y prepagos.

Bajos salarios sectoriales que induce multiempleo y altos niveles de desgaste profesional. Desbalance de recursos humanos en la proporción de médicos y enfermeros que es 1:1. El modelo federal de organización nacional brinda gran autonomía a las provincias (y en algunos casos, incluso a los municipios), para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes.

Ello implica que **"las profundas diferencias en la distribución del ingreso se trasladan directamente al cuidado de la salud"**, a través de la atención de los grupos de por sí más expuestos, que son aquellos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de cuidado (Maceira, 2018)". ^(I)

En ese entorno de desigualdad histórica sistémica los cambios tecnológicos se deben discutir e inteligir desde cuatro grandes divisiones: la diagnóstica (imagen, biomolecular y genómica), los tratamientos, dispositivos de monitoreo portátiles y las innovaciones de digitalización en la nueva gestión (Sistemas de Salud y Hospitales Smart).

La tecnología sanitaria es impulsora de ganancias en salud, pero también del incremento del gasto sanitario a nivel mundial. El avance de las tecnologías médicas explica entre el 33 y el 50% del incremento del gasto sanitario. En una serie de artículos, Michael Chernew y sus colegas estimaron que pronto todos los aumentos de productividad en la economía estadounidense se dedicarán a la atención de la salud. ^(II)

Este ciclo tecnológico es en gran parte externo a los gobiernos y los países, especialmente en países con poco peso global, imponiendo sus precios de intercambio a innovaciones efectivas pero costosas, generando costos de corto plazo que deben ser financiados por fondos estatales. Los nuevos medicamentos son más caros que los tradicionales a los cuales sustituyen, específicamente los oncológicos y los medicamentos de base biotecnológica, sin que pueda asegurarse un valor razonable por año de vida ganados. ^(III)

Estas tecnologías han modificado la matriz de financia-

miento tanto por el incremento en la participación absoluta y relativa, apropiándose de otros fondos que estaban destinados por ejemplo a mejorar la alimentación de grupos sociales de excluidos y pobres, que está afectando los primeros años de la vida de la mayoría de los niños. Preocupan las desigualdades injustas al acceso a esas tecnologías, y consecuentemente a la atención de la salud, que podría generar una medicina basada en la sentencia, más que en la evidencia. ^(IV)

En la Argentina, por ejemplo, el PMO (Plan Médico Obligatorio) establece claramente cuáles son los medicamentos, dispositivos y procedimientos cuyo acceso debe estar garantizado para la población beneficiaria de la seguridad social nacional y de los sistemas privados (que brindan cobertura aproximadamente a 22 millones de habitantes, cerca de la mitad de la población).

Sin embargo, la falta de mecanismos claros para su actualización ha hecho que este paquete explícito se convierta en apenas una definición del mínimo piso de cobertura, dejando en una situación indefinida a las nuevas tecnologías que aún no han sido evaluadas. Ante la falta de mecanismos explícitos de actualización, negar la cobertura de una tecnología por no estar evaluada ni incluida en el PMO es visto como ilegítimo por la sociedad y por la justicia. Los financiadores de la salud se encuentran entonces en la peor situación posible, con la obligación de proveer todo lo incluido en el PMO y expuestos a demandas de cobertura de tecnologías no definidas, que suelen ser las más nuevas, controversiales y costosas. ^(V)

El valor que se debe otorgar a una tecnología siguiendo a Lakdawalla et al 2018 son años de vida ganados con calidad, que sus costos netos estén por debajo de un umbral costo efectividad acordado, aumentar la productividad, disminuir la incertidumbre con el resultado, severidad de la enfermedad, adherencia de los pacientes, valores de estar asegurado, de estar protegido frente a un posible contagio, de la esperanza y como opción real de un tratamiento, de una mayor equidad y desarrollo científico que puede generar externalidades positivas. ^(VI)

La equidad es un concepto complejo ^(VII), no es simplemente la distribución equitativa de la atención médica. Es un concepto multidimensional relacionado con la justicia, igualdad, la necesidad y la libertad, el nivel socio económico, a su vez tiene relación con la configuración del estado, la sociedad, y la ciudadanía, instrumentadas por diferentes políticas sociales, redes de apoyo social, la innovación

aplicada en la salud por sus altos costos iniciales puede empeorar la equidad en salud, porque su efectividad no superé umbrales de costo efectividad.

Los que deciden en nuestro país no incorporan a su esquema de autorizaciones la evaluación económica, por lo tanto, una vez incluida la tecnología por la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología, ANMAT, ese gasto traduce un costo de oportunidad contra otras prestaciones previamente utilizadas, que serán postergadas, esta asignación afecta el presupuesto de las obras sociales, los prepagos y del sistema único de reintegro de la Superintendencia de Servicios de Salud consumiendo el presupuesto de esas tecnologías tuteladas.

Además, muchas de estas indicaciones están impulsadas por amparos judiciales, que obligan a prestar, sin ir a la causa de las causas, y solo es capaz de agravar la situación, porque muchos de esos pacientes no recibirían esa tecnología si no fuera por la decisión judicial. Por lo tanto, es imperioso, una agencia vinculante de evaluación para el respaldo de estas tecnologías, además de desplegar todas las otras herramientas: negociación, evaluación económica, de impacto, estado-productor, contratos de riesgo compartido, entrega en el sector público del bien tutelado, disminuir el canal de la judicialización mediante la implementación de la agencia, explicar a jueces, legisladores y organizaciones, que ese camino afecta la justicia social, orientar su aplicación o uso a prestadores acreditados.

El escenario de los nuevos conocimientos y tecnologías es esperanzador, al mismo tiempo es vista como un factor de aumento de los costos. Esto genera preocupaciones crecientes donde la equidad es central. Consecuentemente, no se pueden subordinar los principios distributivos al del mercado, porque debemos impulsar una igualdad más allá de lo formal, por otras de oportunidades y de resultados de acuerdo con las necesidades heterogéneas y diferenciales.

Se deben encontrar los mecanismos para que las tecnologías efectivas sirvan como incentivo para reducir la desigualdad injusta y evitable. Desarrollando las intervenciones tendientes a crear nuevas soluciones para reducir la inequidad.

SOLUCIONES:

1. El primer paso es hacer que la equidad sea una prioridad. ^(VIII)

Se deben tomar medidas, en función de esa prelación estratégica dirigido a las próximas décadas. Esto exige reunir alianzas entre autoridades gubernamentales, alianzas políticas, los financiadores, proveedores públicos, privados y sociales, profesionales, y ciudadanos. ^(IX)

Tendrán que comprender instalando debates, acuerdos y planes para resolver problemas de patentes de medicamentos, inversiones en producción, redes, digitalización, de reasignaciones presupuestarias, difusión del conocimiento independiente, de capacidad instalada de producción, de negociación para conseguir provisión y precios, revisión del modelo de financiamiento y prestador de la atención médica y generar conciencia social. Un proceso que logre involucrar auténticamente las voces de la comunidad. ^(X)

Especialmente en todas aquellas tecnologías para tratar enfermedades crónicas no transmisibles y en las que tengan efectividad demostrada. **Recorrer un camino del universalismo progresivo, ampliando la cobertura principalmente por efectividad comparada.** ^(XI)

La implementación requiere que se llame la atención sobre los determinantes sociales y actuar en dos áreas, las de igualdad en acceso y tratamiento, por un lado, mejoramiento de las condiciones sociales. ^(XII)

2. Gestionar se realiza mediante un ciclo recursivo continuo donde planifica, se proyecta, se ejecuta, se ven los resultados, se corrige, se comunica, se controla, se evalúa, y se rinden cuentas. ^(XIII)

La profesionalización de la gestión en el ámbito macro político, en la mesogestión de redes y establecimientos, como así también en la microgestión clínica, para modificar el modelo de atención, eliminando el desperdicio, las variaciones en la atención y las ineficiencias que conducen a peores resultados de salud es una parte clave de este esfuerzo, al igual que las estrategias para garantizar que la atención sea segura, eficiente, eficaz, oportuna, centrada en el paciente y equitativa, las características distintivas de calidad. ^(XIV)

Estas disparidades en la atención, que vulneran directamente el principio de equidad en la calidad, son de naturaleza multifactorial, contribuyen a peores resultados de salud, conducen a costos más altos y ejemplifican una atención médica de bajo valor. ^(XV)

Existe evidencia para identificar los sistemas de atención de la salud como un factor central que rompe el vínculo ingreso-mortalidad. Es sustancialmente importante mejorar la gestión. Debiendo convertir a nuestro sistema de salud en uno de los más redistributivos del mundo, bajando drásticamente el gasto de bolsillo. ^(XVI)

3. La evaluación de la tecnología sanitaria es un proceso multidisciplinario sistemático que tiene como objetivo examinar los beneficios y riesgos asociados con su uso, incluidos los impactos médicos, sociales, económicos, eficacia comparada, presupuestarios y éticos. Se debería utilizar para informar los planes de salud poblacional, en las decisiones políticas y optimizar la toma de decisiones. ^(XVII)

El avance está generando unos desafíos significativos para los reguladores y gestores de atención médica que se esfuerzan por equilibrar el financiamiento, la cadena de pagos, la sostenibilidad, la seguridad del paciente con el fomento de la innovación que agrega valor. Para mejorar la cobertura y priorización se requiere específicamente adicionar a la relación **de costo efectividad incremental** como regla de decisión que es aceptable para cada jurisdicción.

La iniciativa de la Organización mundial de la salud (OMS) sobre costo efectividad considera como válida cuya Relación Costo Efectividad Incremental fuese inferior a un PIB per cápita por DALY. Pero no se cuenta en América Latina con un umbral explícito de costo efectividad. Por ello sería interesante incorporar esta cita: "Aunque no hay consenso sobre el mejor abordaje para estimar el costo de oportunidad, varios estudios en distintos países estimaron valores consistentemente menores a los umbrales de toma de decisión utilizados actualmente. En el Reino Unido la estimación fue de aproximadamente 13.000 libras (Claxton et al., 2015). En España se estimó en 22.000-25.000 euros por QALY (Vallejo-Torres et al., 2018). ^(XVIII) En Suecia, utilizando información de los distintos municipios, se estimó un valor de 39.000 euros por año de vida ganado (Siverskog et al., 2019). En

Australia fue estimado en 28.000 AUD (Edney et al., 2018). Finalmente, un estudio reciente en Inglaterra (Lomas et al., 2019) estimó un valor de productividad marginal del Sistema Nacional de Salud de entre 5.000 y 15.000 libras para el período 2003-2012, sustancialmente menor al umbral utilizado por el NICE en el mismo período". (xix) (xx)

En Inglaterra además se emplea una puntuación integral de beneficio y valor, que incluye la gravedad de la enfermedad y la necesidad insatisfecha que adoptó el NICE que es un instituto para la salud y la excelencia en la atención. Al tomar decisiones sobre el valor de las tecnologías de atención médica, los decisores deben empoderarse propositivamente entre mejorar la salud total de la población y reducir la desigualdad injusta. La evaluación es importante para la mejora del bienestar para la sociedad. (xxi)

Los análisis evaluativos del costo y efectividad comparada deben avanzar dos pasos, uno por la eficiencia y otro por la equidad. Esta última con indicadores sobre los años de vida potencialmente perdidos, pero fundamentalmente desde una perspectiva social de igualdad. (xxii)

4. Definir las tecnologías efectivas y claramente costo-efectivas, ahorrativas, son las tecnologías

que mejoran la equidad deberían ser incorporadas sin dilación, ya que su cobertura o inclusión en el paquete de beneficios representará una ganancia neta de salud: desde el punto de vista de la maximización de los beneficios sanitarios incorporarlas es la decisión correcta. Pueden resultar ejemplo de ello en la actualidad la vacuna del VPH, los medicamentos para la hepatitis C, además corresponde evaluar el impacto presupuestario y como se solventará el mismo. Fijar un parámetro evaluativo para su incorporación: son aquellas que llegan a colocar un dintel objetivo para considerar a una innovación que cueste el 0,75 de un costo de oportunidad, pero sería un objetivo utópico e irrealizable, se tendría que buscar avances que demuestren progreso en el descenso de los precios y en la provisión basada en la utilidad corroborada.

5. Incorporar el impacto presupuestario máximo que puede solventar el sistema:

la utilidad del concepto de análisis presupuestario radica en que hace foco en la sustentabilidad financiera de los sistemas de salud identificando posibles desequilibrios por la incorporación de una tecnología y orienta la adopción de estrategias como evaluaciones adicionales, negociaciones con los proveedores o desarrollos regulatorios que mejoren las condiciones de su introducción. Países como Inglaterra, Francia, Alemania e Italia han establecido umbrales de impacto presupuestario. En Francia el sistema de salud define como impacto presupuestario relevante un valor de 20 millones de euros o superior en el segundo año de disponibilidad de la tecnología, o un impacto equivalente en términos de impacto organizacional. En el caso de Inglaterra, se toman en cuenta los primeros tres años del uso de la tecnología: si el impacto presupuestario supera los 20 millones de libras esterlinas el NHS puede entablar conversaciones comerciales con la empresa productora a fin de acordar un precio más conveniente. (xxiii)

6. Transformar la gobernanza del sistema de salud de un país federal

requiere innovaciones que vayan por el experimentalismo democrático, federalismo cooperativo y debates regionales de salud federal. La constelación de cambios que hacen que las economías contemporáneas sean más innovadoras produce incertidumbre: a medida que las innovaciones caen en cascada, los avances en un dominio se vuelven relevantes en otros aspectos distantes. Los movimientos sociales y culturales exigen un mayor reconocimiento y adaptación de la diversidad cultural y física en el empleo y los servicios sociales. La investigación tanto en medicina ha detectado una variación significativa en poblaciones previamente tratadas como homogéneas y ha buscado hacer que las intervenciones sean más sensibles a dicha variación. Creando nuevas formas de organización, ni mercados ni jerarquías, que compensan los límites del conocimiento ex ante mediante el aprendizaje rápido y deliberado de la exploración paralela y colaborativa de nuevos riesgos y posibilidades. El experimentalismo democrático tiene como objetivo comprender las características comunes en estas respuestas y mostrar que buscan un tipo de responsabilidad que asociamos con la ley y que las comprensiones dominantes de la ley deben revisarse para aprovechar al máximo su potencial. Exige la capacitación de legisladores y jueces para proponer un marco institucional que asegure la equidad. En la ciencia, como la vio Dewey, cualquiera es libre de desafiar creencias aceptadas. Las personas responden a tales cambios, no tratando de resolverlos abstractamente, sino acordando procedimientos para probar los méritos relativos de las proposiciones en competencia. El gobierno federal no puede exigir a los estados que implementen programas federales de salud; pero, en un compromiso conocido como "federalismo cooperativo", puede condicionar el dinero federal a los programas federales de administración del estado. Por sus características institucionales, Argentina, de ser estudiado, incluido en el mapa de Lijphart (1999) más cercano al polo de la democracia consensuada debido a su sistema federal. Las dimensiones institucionales de la Argentina, después de la Constitución de 1994, también definen el caso entre las formas de federalismo cooperativo, al menos en términos de reglas institucionales. Sin embargo, el carácter efectivamente cooperativo de nuestro federalismo es algo a demostrar, dada una serie de eventos conocidos como guerras tributarias, regulaciones de regalías, sanciones para los estados que no pueden cobrar el impuesto de servicios sobre circulación de mercancías (ICMS) sobre su producción petrolera, crisis fiscal de los estados, entre muchos. La salud debiera contar con esa herramienta más allá de como influenciar en las obras sociales y prepagas. Finalmente, los debates regionales de salud, como un componente adicional técnico y de aportes a la institución del Consejo Federal de Salud (CoFeSa) al cual deben crearse en función de realidades epidemiológicas y demográficas distintas poner en discusión con objetivos y metas problemas que contribuyan a la equidad en salud, no solo pensando en la red pública de atención, sino en toda la capacidad instalada. Las Agencias regionales de Salud en Francia tienen autonomía para desarrollar, instrumentar e implementar políticas y acciones de salud en línea con el gobierno central. (xxiv)

7. Las innovaciones tecnológicas que contribuyen a la equidad son:

la historia clínica electrónica para toda una población ^(xxv), aplicaciones de salud móvil para mejorar controles de diabéticos, insuficientes cardíacos y pacientes con dificultades motrices ^(xxvi), entre otros, registros de salud electrónicos de parámetros y telemetría, dispositivos portátiles que permiten almacenar registros, teleconsulta, medicina personalizada y participativa, la investigación en servicios de salud.

La mejora en el seguimiento de pacientes con la colocación de dispositivos móviles portátiles. ^(xxvii)

Los smartphones son los dispositivos móviles más utilizados en nuestra vida diaria. Son las plataformas más destacadas para aplicaciones de mHealth. Las aplicaciones de mHealth pueden realizar una variedad de funciones relacionadas con el autocontrol, como el control de peso, los niveles de actividad y el abandono del hábito de fumar mediante el seguimiento de datos personales, incluida la ingesta diaria de calorías, la frecuencia cardíaca, el nivel de glucosa e incluso la actividad cerebral. Por lo tanto, la importancia de esta tecnología es que **los proveedores de atención médica pueden mantener a los pacientes bajo observación continua y detectar los síntomas en una etapa temprana para tratarlos de manera más efectiva.** Consecuentemente, muchos estudios han evaluado el efecto de las aplicaciones móviles de salud en la experiencia de pacientes y médicos, el mHealth ya se está aplicando y probando en diversos contextos de salud, como la enfermedad de Parkinson y la salud materno-infantil, y la diabetes que es la condición más investigada, esto es tan fuerte que el laboratorio Abbott abandona su división Pharma para orientar su estrategia en los dispositivos móviles. ^(xxviii)

8. La transformación de hospitales Smart ^(xix), como

centros de coordinación de cuidados, con unidades de atención de pacientes con polipatología y multimorbilidad, transformando point of care con trazabilidad y equipos circulares, la salud pública, nominalizar y georreferenciar a la población y seguir planes de vacunación, las ciencias sociales y del comportamiento y la biología computacional. Los anillos digitales para analizar, interpretar, transmitir información, e imágenes diagnósticas, la telemedicina, para seguir pacientes y que permanezcan en contacto con el sistema de salud. Innovación para fortalecer la vida asistida de personas de edad avanzada o discapacitados. "Smart hospital es un hospital basado en procesos optimizados y automatizados construidos en un entorno de activos y personas interconectadas, particularmente basados en el internet de las cosas (IoT) y en el análisis de los datos capturados (por ejemplo, mediante la aplicación de algoritmos de inteligencia artificial - IA), para mejorar los procedimientos existentes de atención al paciente e introducir nuevas capacidades". ^(xxx)

9. La nueva tecnología de diseño de medicamentos, la modificación del origen génico de algunas enfermedades, la CRISPR Cas9 y la potenciación de las células T, para que ataquen células tumorales.

La posibilidad de seguir respuesta tumoral con biopsias líquidas. La equidad pasaría por lograr precios diferenciales o el desarrollo de capacidades de producción de estas nuevas tecnologías en países de bajos ingresos. Mejorar la base de evidencia genómica permitirá pruebas genéticas que sean más aplicables

a poblaciones diversas. Generar mayor conocimiento de los proveedores sobre genómica y reducir la escasez de asesores genéticos para mejorar el acceso a los servicios genómicos. Los formuladores de políticas tienen un papel único para garantizar el acceso a las pruebas genómicas, de manera basada en evidencia, y monitorear la distribución equitativa de los recursos. La genómica se convierte en una parte cada vez más integral de la práctica clínica.

La potenciación de células T propias de los pacientes tiene evidencia clínica para el tratamiento de Leucemias, Linfomas o Mielomas.

Representa la culminación de más de cinco décadas de investigación sobre cómo aprovechar el propio sistema inmunitario del cuerpo para destruir las células tumorales. El enfoque combina la capacidad de orientación precisa de los anticuerpos monoclonales con la citotoxicidad y la persistencia a largo plazo asociadas con las respuestas de los linfocitos T mediadas por células. Las propias células T (autólogas) de un paciente se extraen, se envían a un sitio de fabricación central y se modifican genéticamente para expresar una proteína de superficie sintética: el receptor de antígeno quimérico. Los dos productos de células T CAR específicas para CD19 actualmente aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU., axi-cel y tisagenlecleucel ^(xxxi) (Kymriah, Novartis) tienen un precio entre las terapias contra el cáncer más caras hasta la fecha, u\$s 373.000 y u\$s 475.000, respectivamente. ^{(xxxii) (xxxiii)}

Si los costos de adquisición de medicamentos tan altos están justificados es un área de debate activo, en particular dada la gran inversión de los contribuyentes en el desarrollo temprano de estas tecnologías antes de la comercialización por parte de los fabricantes. El modelo industrial actual es de fabricación de células T con CAR altamente centralizada, con un número mínimo de instalaciones de fabricación a nivel mundial. Por lo tanto, el producto de aféresis del paciente debe transportarse, a menudo internacionalmente, a las instalaciones de fabricación y, posteriormente, el producto CAR T resultante debe devolverse al paciente para su infusión. El proceso es logísticamente complejo, costoso y, lo que es más importante, agrega demoras para los pacientes cuya enfermedad puede progresar durante esta ventana. Dos enfoques en exploración pueden mejorar el tiempo de disponibilidad y quizás el costo. ^(xxxiv)

Se ha informado que la fabricación en el punto de atención con sistemas cerrados completamente automatizados reduce los costos y el tiempo de producción, un modelo que puede ser susceptible de una adopción más amplia. Se necesita una perspectiva social para optimizar este avance científico, organizar regionalmente la logística y transparentar los costos, para hacer costo efectivo esta terapia, por la esperanza de que estos medicamentos vivos se traduzcan en un tratamiento que salve la vida de un mayor número de personas con cáncer. ^(xxxv)

La CRISPR tiene un enorme potencial en el campo de la medicina. Entre sus muchas aplicaciones futuras potenciales, se puede manipular para tratar enfermedades previamente intratables como el VIH y las enfermedades genéticas que son permanentes y actúan como un conjunto de herramientas diversas en el tratamiento de diversas formas de cáncer. Después de varias conversaciones con la OMS y algunos años más de investigación, CRISPR seguramente hará su gran entrada en el mundo clínico y revolucionará la medicina.

CONCLUSIONES:

En la medida que se intensifica la cuali-cuantificación de la salud en la sociedad del siglo XXI, las tecnologías sanitarias se convierten en la piedra angular de la transición de la información a la era del conocimiento.

El uso de las tecnologías es cada vez más intensivo en la prestación de salud ^(XXXVI) a través de su aplicación en el diagnóstico preciso, genómico, el tratamiento personalizado, manejo de un gran volumen de datos (big data), dispositivos electrónicos para el control y monitoreo de la patología crónica, pero no conducen a mejorar la equidad, sino que están principalmente orientadas a los mercados que pueden solventar sus altos costos, reproducir día a día la desigualdad y la inequidad, esta exposición tiene el sentido de un conjunto de técnicas e inversiones que puede realizar este país para mejorar el acceso al sistema de salud con calidad, hacer diagnóstico precoz de cáncer y tener mayores chances de curarlo, seguimiento más acabado de las enfermedades crónicas, incrementar la precisión en el seguimiento y tratamiento. ^(XXXVII)

Los sistemas de salud por sí solos, no tienden naturalmente a la igualdad, menos las tecnologías innovadoras, requiere de políticas activas del estado, modernizar la gobernanza del estado federal y sus instituciones sociales, la organización de la oferta, nominalización de la población, consolidar un sistema de información, propuestas que impulsen la igualdad, sino las innovaciones primero llegarán a quienes la puedan pagar.

La inequidad en salud es inaceptable moralmente trágica por sus implicancias y repercusiones y le genera más gastos a la sociedad. Es económicamente ineficiente y nos interpela como sociedad. En otras palabras, la inequidad no solo es injusta, sino que también contribuye a la ineficiencia en nuestros sistemas de salud. □

REFERENCIAS

- I) Maceira D. Morfología del Sistema de Salud Argentino. https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Doc_1141.pdf 2018
- II) Cherner ME, Hirth RA, Cutler DM. Increased spending on health care: long-term implications for the nation. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(5):1253-5
- III) Puig-Junoy J, López-Valcarcel BG. Economic evaluations of massive HPV vaccination: within-study and between study variations in incremental cost per QALY gained. *Prev Med* 2009; 48:444-8
- IV) López Valcarcel. BG 2010. Incorporación de nuevas tecnologías, salud y gasto sanitario. *Revista de ISALUD* <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/incorporacionnuevastecnologias.pdf>.
- V) Pichon-Riviere A, Drummond M, García Martí S, Augustovski F. Aplicación de la evidencia económica en la evaluación de tecnologías sanitarias y la toma de decisiones sobre asignación de recursos sanitarios en América Latina. Siete temas claves y una propuesta preliminar de implementación. 2021. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/nt-consideraciones-hta-la-2021.pdf>
- VI) Lakdawalla, D. N., Doshi, J. A., Garrison, L. P., Phelps, C. E., Basu, A., & Danzon, P. M. (2018). Defining Elements of Value in Health Care—A Health Economics Approach: An ISPOR Special Task Force Report [3]. *Value in Health*, 21(2), 131–139. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.12.007>
- VII) Braverman P, Arkin E, Orleans T, Proctor D, Acker J, Plough A. What is health equity? 2018 <https://behavioralpolicy.org/wp-content/uploads/2018/12/What-is-Health-Equity.pdf>

- VIII) Yao R, Zhang W, Evans R, Cao G, Rui T, Shen L Inequities in Health Care Services Caused by the Adoption of Digital Health Technologies: Scoping Review *J Med Internet Res*
- IX) Brownson, R.C., Kumanyika, S.K., Kreuter, M.W. et al. Implementation science should give higher priority to health equity. *Implementation Sci* 16, 28 (2021). 2022;24(3): e34144 <https://www.jmir.org/2022/3/e34144> DOI: 10.2196/34144
- X) Amy M. Kilbourne, Melissa M. Garrido, Arleen F. Brown, Translating research into policy and action, *Health Services Research*, 10.1111/1475-6773.13980, 57, S1, (5-8), (2022).
- XI) Brownson, R.C., Kumanyika, S.K., Kreuter, M.W. et al. Implementation science should give higher priority to health equity. *Implementation Sci* 16, 28 (2021).
- XII) Woodward EN, Matthieu MM, Uchendu US, Rogal S, Kirchner JE. The health equity implementation framework: proposal and preliminary study of hepatitis C virus treatment. *Implement Sci*. 2019;14(1):26.
- XIII) Repullo Labrador JR. 2022. Introducción a la gestión y su aplicación en sanidad. *Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud.GAPS*.2022; 1:2
- XIV) Racial And Ethnic Disparities In Patient Experience Of Care Among Nonelderly Medicaid Managed Care Enrollees Feb 2022 | Kevin H. Nguyen et al.
- XV) Betancourt JR. In pursuit of high-value healthcare: the case for improving quality and achieving equity in a time of healthcare transformation. *Front Health Serv Manage*. 2014; 30 (3): 16 – 31
- XVI) Currie, J, H Schwandt y J Thuilliez (2018), "Paupreté, Egalité, Mortalité: Mortality (In) Equity in France and the United States", NBER, Working paper now24623.
- XVII) Ministerio de Salud. Argentina. Secretaría de Acceso a la Salud. Umbrales costo efectividad para la evaluación de tecnologías sanitarias, una revisión bibliográfica. 2021. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/umbral-de-costo-efectividad-para-la-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias.pdf>
- XVIII) Vallejo-Torres, L., García-Lorenzo, B., & Serrano-Aguilar, P. (2018). Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health economics*, 27(4), 746-761
- XIX) Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., Devlin, N., Smith, P. C., & Sculpher, M. (2015). Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost effectiveness threshold. *Health Technology Assessment*, 19(14), 1–504. <https://doi.org/10.3310/hta19140>
- XX) Culyer, A. J. (2016). Cost-effectiveness thresholds in health care: a bookshelf guide to their meaning and use. *Health Economics, Policy and Law*, 11(4), 415–432. <https://doi.org/10.1017/s1744133116000049>
- XXI) Lomas, J., Martin, S., & Claxton, K. (2019). Estimating the Marginal Productivity of the English National Health Service From 2003 to 2012. *Value in Health*, 22(9), 995–1002.
- XXII) Husereau, D., Drummond, M., Augustovski, F., De Bekker-Grob, E., Briggs, A., Carswell, C., ... Staniszewska, S. (2022). Normas consolidadas de informes de evaluación económica de la salud 2022 (CHEERS 2022): guía de informes actualizada para evaluaciones económicas de la salud. *Revista internacional de evaluación de tecnología en el cuidado de la salud*, 38 (1), E13. doi:10.1017/S0266462321001732
- XXIII) Woods, B., Revill, P., Sculpher, M., & Claxton, K. (2016). Country-level cost-effectiveness thresholds: initial estimates and the need for further research. *Value in Health*, 19(8), 929–93
- XXIV) Consultado en <https://portal.cor.europa.eu/divisionpowers/Pages/France-Public-health.aspx>
- XXV) Brewer LC, Fortuna KL, Jones C, et al. Back to the Future: Achieving Health Equity Through Health Informatics and Digital Health. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(1): e14512. Published 2020 Jan 14. doi:10.2196/14512
- XXVI) Leo, DG, Buckley, BJ, Chowdhury, M, Harrison, SL, Isanejad, M, Lip, GYH, Wright, DJ and Lane, DA *Interactive remote patient monitoring devices for managing chronic health conditions: systematic review and meta-analysis*. *Journal of Medical Internet Research*. ISSN 1438-8871 2022. (Accepted)
- XXVII) Kovacs S Kaló Z, Daubner-Bendes, Kolasa K, Hren R, Tesar T, Reckers Droog, Browner W, Federici C, Drummond M and Zemplenyi AT. Implementation of coverage with evidence development scheme for medical devices: A decision tool for late technology adopter countries. *Health Economics*. Mar 2022; 1-12
- XXVIII) Ben Hassen D. Mobile-aided diagnosis systems are the future of health care. *East Mediterr Health J*. 2020;26(9):1135-1140 <https://doi.org/10.26719/emhj.20.042>
- XXIX) Colegio Oficial de Ingenieros Industriales de Madrid. Libro Blanco del Smart Hospital. Madrid: COIIM y AIIM; 2020
- XXX) Kwon H, et al *Healthcare Informatics Research* 2022; 28(1): 3-15.
- XXXI) Prasad V. Immunotherapy: Tisagenlecleucel - the first approved CAR-T-cell therapy: implications for payers and policy makers. *Nat Rev Clin Oncol*. 2018; 15:11-12.
- XXXII) Neelapu SS, Locke FL, Bartlett NL, et al. Axicabtagene ciloleucel CAR-T-cell therapy in refractory large B-cell lymphoma. *N Engl J Med*. 2017; 377:2531-2544.
- XXXIII) Rosenbaum L. Tragedy, perseverance, and chance - the story of CAR-T therapy. *N Engl J Med*. 2017; 377:1313-1315.
- XXXIV) Kajaal Chaudhry, Ehsan Dowlati, Catherine M. Bolland. (2021) Chimeric antigen receptor-engineered natural killer cells: a promising cancer immunotherapy. *Expert Review of Clinical Immunology* 17:6, pages 643-659.
- XXXV) William A. Nyberg, Justin Eyquem. 2022. Genome Editing Applications in Cancer T Cell Therapy. *Genome Editing in Drug Discovery*, pages 213-229.
- XXXVI) Weiss, Daniel et al. "Innovative technologies and social inequalities in health: A scoping review of the literature." *PloS one* vol. 13,4 e0195447. 3 Apr. 2018, doi: 10.1371/journal.pone.0195447
- XXXVII) Adams, S.A., Petersen, C. (2016). Precision medicine: opportunities, possibilities, and challenges for patients and providers. *Journal of the American Medical Informatics Association* 23(4), 787-790.

(*) Profesor Titular Universidad ISALUD. Médico especialista en Terapia Intensiva. Nefrología y Salud pública.

**Que todos necesiten lo mejor, no significa que todos necesiten lo mismo.
Salvo por el hecho de que necesitan lo mejor.**

La Obra Social Empresarial, que desde 1973 brinda seguridad en cobertura médica a cientos de empresas en toda la República Argentina.

Porque seguridad es tranquilidad.





Gestión de Sistemas de Salud
Auditoría de Terreno
Desarrollo de Redes Prestacionales
Optimización del Gasto
Programas Preventivos
Consultoría Informática en Sistemas de Salud

mail: chkconsultores@gmail.com - cel.: +54 9 11 36986400



En tiempos de pandemia...
**Cuidamos
la salud**

www.osim.com.ar

Superintendencia de Servicios de Salud / Organo de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga
0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar / R.N.O.S. 40120/9 - R.N.E.M.P. 611716

La pandemia del Covid-19 amplió la brecha entre América Latina y países desarrollados en materia de economía de la salud

Un estudio presentado por FIFARMA muestra los efectos antes y después de la pandemia en los sistemas de salud de América Latina, en indicadores como gasto público en salud, número de médicos, enfermeras y unidades de cuidado intensivo. La salud debe ser vista como una inversión y no como un gasto.

América Latina fue una de las regiones del mundo más golpeadas por la pandemia del Covid-19 en términos de salud y economía. La crisis sanitaria generada en la región fue resultado de varios factores como ineficiencias en los sistemas sanitarios y un bajo gasto público en salud inferior al de los países europeos y al de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Así lo evidenció el estudio "Entorno sobre las Políticas de Covid-19 y la Importancia de la Economía de la Salud en América Latina", que le puso datos y porcentajes a la situación vivida por los pacientes de la región y sugiere cómo se podría mejorar el manejo económico de este tipo de pandemias.

El estudio de la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) fue elaborado por Wifor, un instituto independiente de investigación económica con sede en Alemania, y le midió el pulso a la situación generada por el Covid-19 en materia de economía de la salud en Brasil, Argentina, Perú, Chile, México y Colombia, en comparación con países del primer mundo.

De acuerdo con sus hallazgos, mientras países como Francia tienen un gasto público en salud del 8.8% del Producto Interno Bruto (PIB), el Reino Unido, del 8.0%, España, del 6.5%, y los países del OCDE, del 5.8%, en América Latina, Argentina y Chile, los mejor calificados, llegan al 4.9%, y países como Colombia, apenas alcanzan el 4.1%, Brasil el 3.8%, Perú el 3.3% y México el 3.1%. El Covid-19 tuvo un impacto distinto en cada país en términos de muertes, pero con grandes diferencias frente a los europeos. El país con menos número de muertos por cada 100 mil habitantes fue Chile con 232, seguido de México (249), Colombia (274), Argentina (282), Brasil (309) y Perú (642). Mientras tanto en Europa, Francia tuvo 211 muertes por cada 100 mil habitantes, España 214 y el Reino Unido 240.

Adicionalmente, la mayoría de los países de América Latina mostraron una baja relación entre habitantes y médicos, enfermeras, hospitales y camas en las UCI. Aunque existen gran-

des diferencias entre los distintos países, y en algunos casos hay más médicos que enfermeras, el promedio general de América Latina con 2.0 médicos y 2.8 enfermeras por cada mil habitantes está por debajo del promedio de los países de la OCDE con 3.5 médicos y 8.8 enfermeras por cada mil habitantes o de Francia con 3.3 médicos y 11.5 enfermeras. En lo referente a las UCI, Brasil y Argentina se destacaron en América Latina con 20.6 UCI y 18.8 UCI por cada mil habitantes. El promedio de la región fue de 9.1 UCI por cada 100 habitantes, cifra inferior a la de los países de la OCDE (12.0) o la de Francia (19.4).

El subdesarrollo de la industria farmacéutica en la región también afectó el manejo de la pandemia. Mientras la participación en los ingresos del mercado farmacéutico mundial superó el 45% y el 20% para Norteamérica y Europa, respectivamente, en Latinoamérica representó menos del 5%. Además, el valor agregado generado en la industria farmacéutica de Latinoamérica fue de cerca del 5%, mientras en EE. UU. fue de 21% y en la UE cerca del 36%. En materia de investigación las diferencias son abismales. El 70% de las empresas de investigación y desarrollo farmacéutico están en Europa y Esta-

dos Unidos, y solo el 1% se encuentra en América Latina.

Cifras que desnudan las debilidades de la economía de la salud en América Latina. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la economía de la salud como "la función del sistema sanitario que se ocupa de la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades sanitarias de la población, individual y colectivamente, dentro del sistema sanitario".

"Ha llegado el momento de ver en América Latina a la salud como una inversión, como un facilitador del crecimiento económico, la riqueza y el empleo en lugar de un costo para la sociedad", señala Yaneth Giha, directora ejecutiva de FIFARMA. Las posibilidades hacia el futuro de crecimiento de la economía de la salud son grandes, pero ya este sector participa en el Producto Interno Bruto (PIB) y genera millones de empleos directos e indirectos en nuestros países. Por ejemplo, en Brasil representa el 9.7% del PIB y genera 6.8 millones de empleos directos y 3.2 millones indirectos. En Colombia representa el 7.7% del PIB y genera 2 millones de empleos directos y 200 mil indirectos. En Chile el sector salud genera más empleo (9.4%) que la construcción (8.5%) y el de la educación (8.9%). Cada dólar invertido en la economía de la salud genera un valor adicional en la economía en general.

Una concepción de la salud como inversión se traduciría en aumento del gasto público en salud, fortalecimiento de la investigación y la innovación en la industria farmacéutica de América Latina y de las capacidades regionales de producción de vacunas y medicamentos. Estas condiciones generarían un crecimiento del mercado de la economía de la salud, de la economía general y la creación de millones de empleos en la región. Adicionalmente al impacto económico, la inversión en la economía de la salud tiene un efecto social pues contribuiría al cumplimiento de uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) propuestos por las Naciones Unidas, concretamente el ODS 3, que busca garantizar una vida sana de las personas y promover el bienestar en todas las edades. □

Yaneth Giha





LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

La Pampa 1517 · 2° piso C · Ciudad de Buenos Aires · Tel. 011.4783.8197 / 011.4896.2614

www.prosanity.com.ar

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional
www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro valor

- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora.

Nuestras publicaciones



Tucumán 1668, 3° piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



Los aseguradores y el uso de sus datos

Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)



Una de las más importantes responsabilidades que deben cumplir los aseguradores del riesgo de responsabilidad profesional médica, (mala praxis) es ayudar a los médicos y/o a las clínicas, sanatorios y hospitales públicos o privados que compren una póliza para cubrir el riesgo derivado de su práctica, es colaborar con ellos en la reducción de los riesgos a los que se encuentra expuesta la práctica médica, y que involucre a la problemática jurídico-médica.

El progreso impresionante de la medicina incide en forma directa en el derecho, y esa es la razón por que se interesa cada vez más en la medicina, ante la necesidad, como un hecho social básico de conseguir una adecuada regulación de la protección de la persona y de la salud en las Ciencias Médicas y Jurídicas.⁽¹⁾

El derecho a la salud es en nuestro país, un derecho colectivo, público y social de raigambre constitucional, anclado en el artículo 42 de la Constitución Nacional de 1994 que reza, en lo pertinente, lo siguiente: "Los consumidores de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz: a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno".

Esto significa que entre un paciente y un establecimiento sanitario existe una relación de consumo. En efecto, según dispone el art.1092 del CCCN, se trata de la adquisición o utilización, en forma gratuita u onerosa, de bienes o servicios, por una persona humana o jurídica, como destinatario final, en beneficio propio o de su grupo social o familiar.

Teniendo en cuenta ello y cuando se reclamen supuestas deficiencias en la prestación médica por parte del sanatorio, la actividad encuadraría en las disposiciones de la ley de Defensa al Consumidor (ley 24.240 y modificatorias, arts. 1, 2, 3, 5, 12 y conc.) y de los arts. 1092 y siguientes del CCCN.

Esto ya no puede ser ignorado por nadie que se desempeñe en el ámbito médico ni paramédico. Hoy en día, casi toda la medicina se desarrolla dentro de establecimientos organizados en forma de empresa, y a través de financiadores que también son empresas.

Amén de lo señalado, el derecho a la salud se encuentra proclamado en normas jurídicas nacionales e internacionales, la Constitución de la OMS (1946), la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) todos los pactos integrados a la Constitución Nacional, la Ley de Derechos de los Pacientes, Historia Clínica y Consentimiento Informado, leyes que reglamentan la salud sexual, discapacidad, internación de personas, medicamentos, obras sociales, consensos médicos, entre otros cuerpos legales, así como los códigos de ética de las distintas sociedades médicas, nacionales y provinciales, Código Civil y Comercial y Código Penal de la Nación, códigos de procedimientos, en fin, un nutrido grupo de normas, que conforman lo que se ha dado en llamar el Derecho Médico.

Tampoco la existencia de estas normas puede ser ignoradas por los empresarios médicos, ni por los médicos que trabajan debajo de esos paraguas, ni por los financiadores.

Es por todo ello que no debería existir un mayor ni un mejor aliado de la comunidad médica, que el "Asegurador del Riesgo de Responsabilidad Civil Médica". La cuestión también pasa porque las organizaciones médicas se dejen ayudar por los aseguradores de mala praxis médica.

Algunos textos de pólizas (contratos de seguro) contienen una cláusula por la cual el asegurador se obliga a ello. Es decir, existe una obligación contractual de cumplir con esa ayuda.

Es por ello que las aseguradoras comerciales del riesgo deberían contar con un sistema que les permitiera analizar y evaluar los resultados de los incidentes, o sea de las conductas de los actores tanto de primera cuanto, de segunda línea, y las mediaciones y los juicios, para darles el tratamiento adecuado y mejorar la seguridad del paciente, antes de que las cosas ocurran.

Una de las mejores herramientas debería ser el uso de los datos de los Incidentes Eventualmente Compensables, (IEC), de los Efectivos Reclamos Compensados (ERC), de la Resolución Alternativa del Conflicto (RAC), de las Sentencias Absolutorias (SA) y de las Sentencias Condenatorias (SC).

Todas las aseguradoras del mercado poseen esos datos. Pero no los comparten, ni los evalúan en profundidad.

Resulta obvio no ignorar que las aseguradoras del riesgo de responsabilidad civil profesional médica deberían conocer casi con la precisión de un relojero, y compartir entre sí, la cantidad de casos y las sumas indemnizatorias pagadas por especialidad médica, cuáles son las especialidades más demandadas, la trascendencia de los cada vez más frecuentes errores de diagnóstico en oncología mamaria, cáncer de colon, pulmones o próstata, ya sea a través de la radiología, la ginecología o en cirugía general.

Y aún más, la cantidad de casos en que cada establecimiento o cada profesional se ha visto involucrado.

Todos esos datos surgen de sus bases de datos si las tuvieran, si existiera una verdadera preocupación por su evaluación, o si lo analizaran en profundidad y por supuesto la compartieran.

Las aseguradoras, al igual que los establecimientos médicos, deberían poseer un "Departamento de Análisis de Riesgo" que permitiera evaluar los casos, las conductas, las cantidades de reclamos según esas conductas, los tipos de lesiones que dieron origen a los reclamos, los episodios de infecciones del sitio quirúrgico y sus fuentes de producción, las demoras de diagnóstico, los casos de errores de diagnóstico, las caídas de las camas, los errores de lado, de miembro o de órgano.

Ni qué decir del perfil del reclamante. Es un dato ignorado completamente.

El mercado no crece, simplemente rota, los precios son todos muy parecidos para ser "competitivos", pero no siempre basados en la exposición a riesgo.

La comunidad médica se deja ayudar bastante poco por los aseguradores, y éstos tampoco están muy dispuestos a hacerlo.

Algo tendría que cambiar. Y todavía no hemos escrito sobre los lamentables procesos judiciales. Ya llegará el momento. □

1) Fernández Costales, J "Discurso de ingreso como catedrático de Derecho Civil a la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias, Oviedo, 2004."

(*) Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A. CEO de RiskOut - Consultora Especializada en Responsabilidad Profesional Médica - Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente. Derecho de Seguros.



ROSSI

Cuidándote siempre



TURNOS POR
WhatsApp

+549 11 6640 2020

NUESTRAS **SEDES:**



- Blanco Encalada 2557, C.A.B.A • Esmeralda 141, C.A.B.A
- Arenales 2777/2751, C.A.B.A • Beruti 2853, C.A.B.A
- Solar Shopping, C.A.B.A • Castex 3293, C.A.B.A
- K41 Imágenes: Av. Gaona 11024 PB, Colectora Sur Acceso Oeste.

TEST COVID 19:

- Sánchez De Loria 117, C.A.B.A
- Dardo Rocha 3034, San Isidro
- Juan Domingo Perón 855, C.A.B.A (*Sede exclusiva TEST COVID 19*)
- Zona Oeste: Aut. del Oeste, Km. 40, Bs. As (*Sede exclusiva TEST COVID 19*)

— SOLICITÁ TU TURNO ONLINE —

www.cdrossi.com



@centrorossi

ACTUALIZACIÓN DE LA ESTIMACIÓN DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA ASISTENCIAL CONTENIDA EN EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO). JULIO DE 2021

Por el Dr. Ernesto van der Kooy, Dr. Rubén Torres, Dr. Héctor Pezzella, Dr. Adolfo Carril, Cdor. Rubén Ricardo Roldán y el Lic. Nicolás Striglio.

Como todos los años PROSANITY CONSULTING y la UNIVERSIDAD ISALUD realizaron el trabajo de actualización de "La estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa médico obligatorio (PMO)". Este trabajo anual tiene dos objetivos fundamentales.

- 1) El primer objetivo determinar el valor de la canasta prestacional conocida como PMO a una fecha definida. (31 de julio).
- 2) El segundo objetivo de esta investigación es determinar a finales de julio 2021 en qué medida las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro y su comparación con los años anteriores.

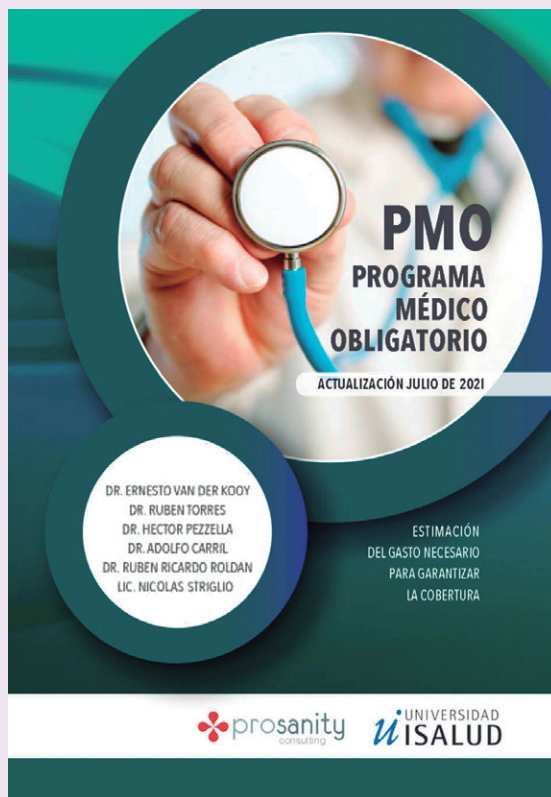
Si bien en el período julio 20 a julio 21 no existió el gran sesgo de la pandemia de Covid-19 como en el período anterior (que obligó a realizar dos determinaciones), se mantuvo la metodología con que fue realizada la estimación de julio 2020, o sea sin modificación de las tasas de uso respecto a la del 2019. Como consecuencia de haberse priorizado la atención de los enfermos con Covid-19, muchos de esos indicadores o tasas de uso no se han acomodado a lo habitual este último período. Ante esta situación, se actualizaron solamente los precios del trabajo anterior (julio 2020), aunque lo habitual es ir seleccionando prestaciones que van variando su uso o por cambios epidemiológicos o por la aparición de nuevas tecnologías, analizarlas, determinar los nuevos indicadores de utilización y modificarlos en la investigación. En los más de diez años en que se

realiza este trabajo, han sido abordadas muchas de las más relevantes y modificados sus indicadores en la grilla del PMO.

Respecto a la problemática del sector de la salud, los desórdenes económicos se han mantenido y potenciado, la inflación sigue siendo muy alta y desde julio del 2020 a la fecha del presente estudio, se ha producido una gran devaluación de la moneda. La pandemia ha agudizado la problemática económica previa. Sigue existiendo una falta de precios de referencia en el mercado. También, dada la gran dispersión de precios en algunos rubros, se dificulta la determinación de un valor que represente al universo, lo cual puede provocar algún grado de desvío en el costeo del PMO.

Todo el sistema sanitario, financiador y prestador, se mantiene en una crisis de gran magnitud, a lo que se suman los indicadores de pobreza e indigencia, aún a determinar post pandemia, los que se estiman en un 50% de pobreza medida por ingresos. Si se hiciera la medida de pobreza por necesidades básicas insatisfechas, seguramente en muchas regiones o localidades el indicador sería mucho mayor, influyendo como ningún otro factor en el estado sanitario de la población. No se conocen aún los impactos indirectos en morbilidad que generará la pandemia, como resultado de la falta de atención o ausencia de consulta de pacientes con patología previa o por nuevos eventos como los IAM, oncología, enfermedades mentales, etc.

La situación epidemiológica ha modificado el modo de acceso a determinadas prestaciones, impulsando la aplicación de tecnologías que aparecen como pasibles de persistir en el tiempo luego de la desaparición de la crisis sanitaria. Entre otras han destacado la teleconsulta, el uso de recetas digitales, las autorizaciones on line, etc. Respecto a la teleconsulta, no hay dudas de su potencial actual y a futuro, aunque en un marco regulatorio claro, seguridad de protección de datos, y equidad en el acceso a la conectividad. Estas herramientas son un buen complemento en determinados casos, no un reemplazo de la visita presencial. Todas las aplicaciones tecnológicas tienen múltiples ventajas, en la medida de su aplicación adecuada. Mejora de acceso a los servicios de salud, mejora de la eficiencia, reducción de costos, gestión de la información, actualización de conocimientos de



los integrantes del equipo de salud, mejora en la continuidad de los seguimientos, etc.

El segundo elemento que ha quedado como resultado de esta pandemia tiene que ver con una revalorización del rol de la Salud Pública, y de la integración público-privada, de la capacitación continua de los trabajadores de la salud y del rol esencial de los mismos haciendo especial énfasis en enfermería, salud mental, medicina familiar, etc. Durante la pandemia se ha logrado una mayor integración entre todos los sectores y subsectores de nuestro sistema de salud, con las sociedades científicas, universidades, etc. Se espera que este hecho se mantenga y profundice en el tiempo por ser uno de los elementos que aportan a la solución de un sistema fragmentado como el nuestro.

A pesar de lo fragmentado y segmentado de nuestro Sistema de Salud, durante la pandemia se logró un mejor funcionamiento en Red (público-privadas) lo que seguramente ha minimizado temporalmente las fuertes inequidades en el mismo tanto en el acceso, como en la oportunidad y la calidad de los servicios prestados, según las regiones y/o provincias, y según el subsector financiador.

Los diferentes estamentos de la salud tuvieron el abordaje de la pandemia como prioridad casi excluyente, por lo que durante este año no se han producido cambios estructurales sustanciales en el sistema. La casi totalidad de acciones desarrolladas han sido destinadas a afrontar este flagelo, con los cuidados, las restricciones y la vacunación como ejes de estas. El apoyo realizado a los financiadores y prestadores ha estado sustancialmente relacionado al financiamiento.

Como fue señalado en la publicación anterior, durante el período de pandemia la SSSALUD destinó fondos adicionales a las OOSS Nacionales con el propósito de paliar la caída de la recaudación potencial liberando fondos provenientes del FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA, dispuesto por el Decreto 908, del 2016. También liberó fondos correspondientes al SUR a cuenta de expedientes en trámite, para asegurar otro ingreso indispensable para las Obras Sociales, considerando que los costos de las prestaciones cubiertas por dicho reintegro son las que más aumentan año a año en el PMO. Este elemento se mantuvo

inalterable durante este período. El Estado Nacional aportó fondos directos a las empresas de salud y disminuyó algo, tanto la carga impositiva como previsional que recae sobre las mismas.

Los Seguros de Salud Obligatorios y dentro de ellos las Obras Sociales Sindicales, como así también el sector prestador que les brinda servicios ha mantenido todos los problemas preexistentes entendiendo que, la salida de la pandemia seguramente significará repetir y magnificar las serias dificultades del sector, a la luz de eventuales demandas contenidas, enfermedades que no han sido convenientemente cubiertas, el aumento presumible de morbilidad y de los costos, entre otros factores.

Las Obras Sociales en conjunto y por supuesto también las Sindicales padecen cada vez una mayor dificultad para cubrir las prestaciones a las que están obligadas, pues dependen de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los salarios, (sumados los bajos ingresos de los monotributistas y empleadas de casas particulares) que han seguido perdiendo valor con relación a la inflación existente. La caída de los ingresos se va profundizando, el aumento de costos en salud es incesante y el mercado laboral va modificando sus formatos sin conocerse a futuro como impactará en el subsistema.

Como expresamos en la edición anterior se hace imprescindible analizar si el Sistema de los Seguros Sociales Obligatorios es pasible de ser financiado a futuro exclusivamente con aportes y contribuciones como en la actualidad. El aumento de los costos en salud está marcado por un incremento de enfermedades crónicas y una esperanza de vida cada vez mayor, y la incorporación de nuevas tecnologías, sobre todo en medicamentos (biotecnológicos). Las coberturas de prestaciones incorporadas al SU en caso de discapacidades (Prestaciones Educativas cubiertas por Salud), pesan mucho en el costo del PMO, y aunque sigan siendo cubiertas desde el área de salud, los fondos deberían provenir del Estado Nacional o del sector educativo.

Respecto al sector privado prestador, la ley de emergencia sanitaria genera un alivio transitorio de las deudas impositivas y previsionales del sector de prestadores privados, que es quien sustenta la atención de la

mayor cantidad de prestaciones del Seguro Social Obligatorio, aunque, por otro lado, resiente la fuente de financiamiento de Obras Sociales del sector, que provienen justamente de aportes y contribuciones. Nuestro Sistema de Servicios de Salud por fragmentado, inequitativo y poco solidario necesita de muchas acciones a implementar, muchas de ellas simultáneas a fin de perfeccionar la integración de los diferentes subsectores y hacer un sistema más equitativo y eficiente para toda la población en lo que hace a la accesibilidad, oportunidad, calidad, etc.

Algunas acciones, abordadas como un todo, en forma unificada, pueden impactar en todos los subsectores al ser una problemática transversal a los mismos y aplicar, sin dudas y de forma muy importante, en el costo efectividad, la calidad y la equidad del sistema. Consideramos como un error el abordar la atención de la salud de las personas solo desde la perspectiva del financiamiento. Se ha marcado repetidamente en nuestras diferentes presentaciones que la mayor mejora en la salud de las poblaciones se logra abordando acciones sobre la pobreza, sobre los determinantes sociales, el medio y sobre las conductas de los individuos.

Y que, si bien la participación del sector de la salud es sustancial para el impacto en la salud poblacional, a través de sus acciones de educación de la salud y acciones de prevención como la vacunación, comparte las responsabilidades con muchos otros sectores y disciplinas, con los cuales debe trabajar mancomunadamente, y volcar recursos y generar acciones cuyo impacto en la salud de las poblaciones, supera en mucho el que tiene el Sistema de Servicios de Salud. El sistema sanitario es, en todos los sistemas de salud, quien lleva la mayor parte del gasto en salud, y al que se le vuelcan la mayor cantidad de recursos. Pero siendo que su impacto en la salud poblacional es limitado, (aunque importante) su abordaje no debe y no puede ser exclusivamente de financiamiento. Abordar y pensar exclusivamente la forma de conseguir fondos adicionales para subsanar la crisis de la salud, es un error conceptual de gran implicancia actual y a futuro.

Los costos de los sistemas sanitarios del mundo siguen en aumento y lo seguirán haciendo por las modificaciones epidemiológicas y por el avance

tecnológico. Es necesario una búsqueda diferente, integral y con claras modificaciones de los paradigmas de abordaje, tales como modificar los modelos de atención y basarlos efectivamente en la atención primaria de la salud, evaluar sistemas administrados de atención y de gestión, limitar los alcances del PMO a aquellas prestaciones con evidencia científica probada, con costo-efectividad, integrar las redes públicas y privadas para bien utilizar recursos disponibles, lograr una CUS para la población sin cobertura formal equitativa con la población formalmente cubierta, pagar desde la demanda y no desde la oferta, propender a la educación y capacitación continua de los recursos humanos del sistema, a su certificación, acreditar efectores de salud, generar una agencia de evaluación de tecnologías, generar mecanismos de aseguramiento para gasto catastrófico, trabajar para disminuir costos de no calidad, minimizar la variabilidad clínica, etc.

Este es un listado de solo algunas de las varias acciones estratégicas que aplicadas en conjunto deben ser la base del cambio estructural del Sistema de Salud, que asegure una calidad y un financiamiento adecuado y posible del sistema, y que lo haga sustentable en el tiempo. Para concretarlas se deben generar los espacios de consenso y coordinación y asegurar la participación de todos los actores del sector, de todas las regiones y jurisdicciones. De ahí la trascendencia de la rectoría y gobernanza de las autoridades sanitarias para llevar a cabo estos consensos. La pandemia, habiendo recolocado a la salud en el centro de las agendas, sigue constituyendo una oportunidad para encarar los desafíos, cuya solución definitiva, se encuentra largamente postergada, y que no permite nuevas dilaciones.

METODOLOGÍA

Se continuó con la metodología de investigación utilizada usualmente; los parámetros considerados son las tasas o indicadores de uso y los precios de mercado. Como en todos los trabajos anteriores no se incluyen los costos de administración, por no contar con información fiable de los mismos. El costo del PMO y sus indicadores han sido elaborados sobre la base exclusivamente de poblaciones activas, habiendo considerado como tales aquellas con rangos etarios entre 0 y 65

años, tanto para hombres como para mujeres. Los indicadores de uso y los precios considerados son de poblaciones de Obras Sociales Sindicales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Si bien la matriz elaborada es aplicable a todo el país, los indicadores y valores de mercado considerados corresponden a grandes poblaciones urbanas.

La inflación de julio 2020 a julio 2021 fue, según INDEC, del 50,19%. El incremento del dólar oficial en igual período fue del 34,4%. Si se considera solamente el valor que debe financiar el Seguro Social Obligatorio (sin los coseguros que provee el beneficiario de su bolsillo, en el momento de la prestación) teníamos al 31 de julio 2020 un valor de \$ 2.541,53. Con esta actualización de julio de 2021 el valor resultante ha sido de \$ 3.562,31, significando un incremento interanual del 40,2%. Si, por otra parte, también sin considerar gastos administrativos, examinamos la totalidad del valor necesario para garantizar la cobertura (lo financiado por los agentes de salud y lo financiado por el beneficiario de bolsillo), el costo per cápita del PMO, al 31 de julio de 2021 fue estimado en \$ 4.075,06 con coseguros al 100% y de \$ 3.946,33 con coseguros al 50%.

Mantenemos una estructura similar de gráficos que la edición anterior a fin de permitir un mejor cotejo de la información, y hacer más fácil la lectura comparativa. En la mayoría se ha tomado fundamentalmente el valor que deben financiar las OSN, y solo en algunos también el gasto de bolsillo de los beneficiarios.

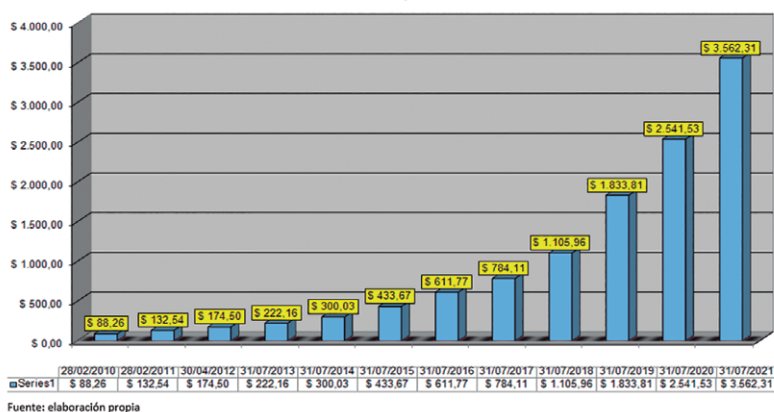
El Gráfico N° 1 compara los valores estimados del PMO a financiar por las

Obras Sociales para las actualizaciones anuales realizadas entre 2010 y 2021. Como puede observarse, el costo del PMO a financiar por los Agentes de Salud, ha seguido una tendencia creciente desde el 2010 aumentando año a año como mínimo por encima del 25% y con un aumento sustancial de su tasa de crecimiento anual desde el 2014 donde se incrementó cada año en alrededor o por encima del 40% y en 2019 llegó al 65,8%. Este año nuestros cálculos la estiman en un 40,2%. En este período (julio 2020 a julio 2021) el costo del PMO es inferior a la inflación determinada para igual período por el INDEC, como ocurrió en la actualización anterior, aunque siempre en un contexto de altísimo incremento interanual.

Los coseguros como mecanismos de regulación del sistema tienen actualmente un peso similar al año anterior. En este análisis del PMO a fines de julio del año 2021, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 512,75 por mes con coseguros del 100%, de los cuales \$ 253,27 corresponden a medicamentos ambulatorios (49% del total). Si consideramos los coseguros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 384,02 de los cuales los medicamentos ambulatorios significan \$ 253,27 o sea un 66% del total. En esta actualización (2021) el gasto de bolsillo con coseguros al 100% es un 12,6% del total y del 9,7% con coseguros al 50% (aumenta con relación al año anterior por el impacto mayor de los medicamentos ambulatorios).

En el Gráfico N° 2 se observan los valores financiados por los agentes de salud y el gasto de bolsillo en febrero 2010, en febrero 2011, en abril 2012,

GRÁFICO N° 1
GASTO ESTIMADO DEL PMO.
FINANCIAMIENTO POR LOS AGENTES DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO
Comparación de 2010 a 2021



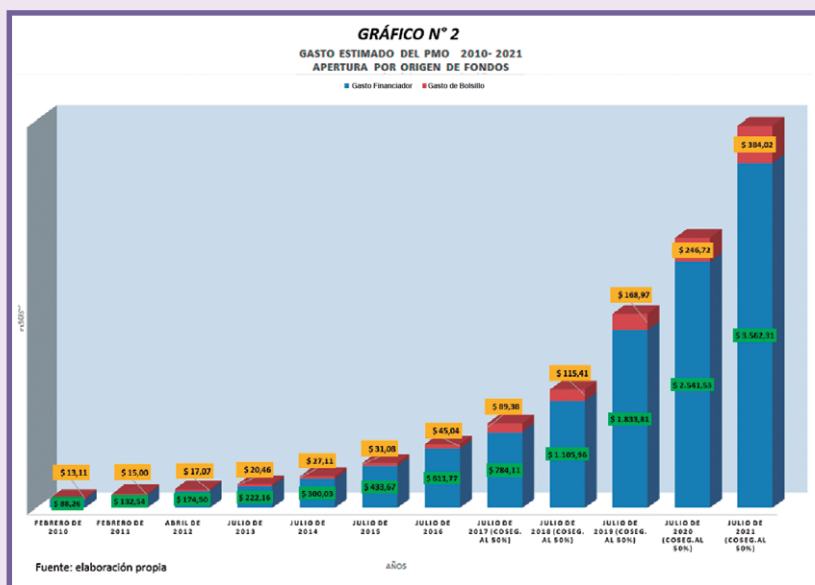


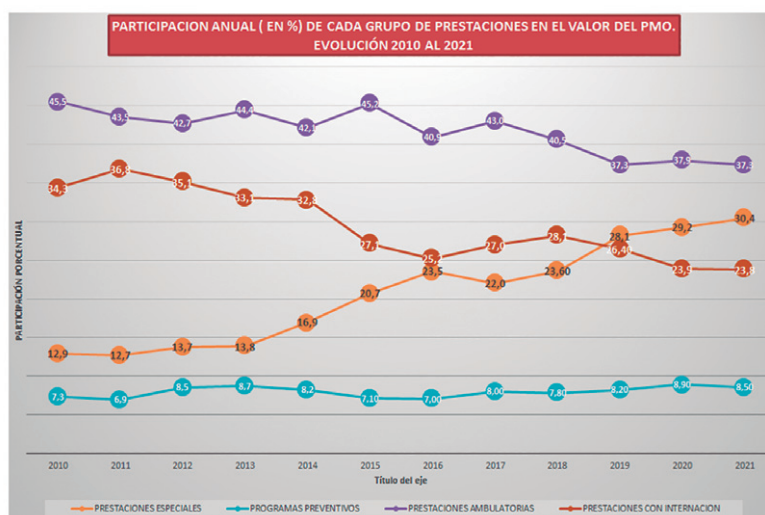
TABLA N°1

GRUPOS DE PRESTACIONES INCREMENTO DE VALOR SIN COSEGUROS

DESCRIPCION	JULIO DE 2020	JULIO DE 2021	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 226,95	\$ 302,71	33
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 963,84	\$ 1.328,46	38
PRESTACIONES CON INTERNACION	\$ 608,43	\$ 848,86	40
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 742,31	\$ 1.082,28	46
TOTAL COSTO PMO.	\$ 2.541,53	\$ 3.562,31	40,2

Fuente: elaboraci3n propia

GRÁFICO N° 3



y en julio desde el 2013 al 2021 inclusive.

En la Tabla N° 1 se comparan los valores por grupos de prestaciones en julio 2020 y en julio de 2021 sin considerar cosegueros, o sea teniendo en cuenta solamente lo que deben

abonar los Agentes del Seguro Social Obligatorio.

Se observa que el mayor incremento se verifica en las prestaciones especiales, influidos fundamentalmente por los precios de los medicamen-

tos. Único rubro que supera el aumento de costo del PMO año a año.

El Gráfico N° 3 muestra la evoluci3n en el tiempo de los diferentes grupos de prácticas con una ca3da importante de las prestaciones ambulatorias y en internaci3n desde el 2010, una meseta en programas preventivos y un fuerte incremento en las prestaciones especiales que han pasado de un 12,9% en 2010 al 30,4% en 2021.

En el rubro "Prestaciones Especiales", que analizamos específicamente en los últimos años por su constante incremento, los dos renglones más significativos por su crecimiento han sido los medicamentos especiales, las prótesis ligadas al valor dólar y las urgencias, emergencias y traslados. Las prestaciones del SU para discapacidad, con valores regulados, aumentaron en valores similares a los del PMO en esta actualizaci3n.

COMPARACION ENTRE EL VALOR DEL PMO Y LA RECAUDACION DE LAS OSN

En este apartado cumplimos el segundo objetivo de estos trabajos de actualizaci3n. El mismo consiste en comparar el valor del PMO financiado por los Agentes de Salud, actualizado en este caso a julio de 2021 (\$ 3.562,31) correspondiente en promedio a cada beneficiario del sistema, con la recaudaci3n promedio por cada beneficiario del universo de OSN. Dicho promedio, de acuerdo a los datos de SSSALUD sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudaci3n por aportes y contribuciones, alcanza los \$ 3.049 tomando febrero a julio 2021 para evitar distorsiones, debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones solamente.

Respecto a los fondos aportados a las OOS por el FSR en concepto de subsidios y reintegros, este año también han tenido un sesgo importante, al haberse continuado los aportes extraordinarios a las diferentes Obras Sociales de fondos por reintegros SUR adicionales a cuenta de expedientes en trámite. El valor recaudado promedio con todos los subsidios, etc. ha sido de \$ 3.684 para el período considerado.

Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, al desagregar dicha informaci3n por OS vemos que sola-

GRÁFICO N° 4

Posibilidad de cubrir el PMO con recursos propios (ingresos netos por aportes y contribuciones)



mente un 30% de dichas instituciones (87 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 70% restante (203 OSN) no alcanza el valor del PMO (Gráfico N° 4).

En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO dan cobertura solamente al 30% de los mismos mientras las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 70% de los beneficiarios del sistema (Gráfico N° 5).

En el Gráfico N° 6 y 7 se consideran además los ingresos provenientes del FSR por todos los subsidios y reintegros. Con esos fondos se logró que el 54% de las OOS lleguen a cubrir el valor del PMO sin gastos de administración, lo que significa la cobertura solamente del 40 % de los beneficiarios.

Este año (finales de julio 2020 a julio 2021 inclusive) el costo del PMO aumentó por debajo de la inflación y la SSSALUD aportó fondos extraordinarios al sistema. Es el segundo año consecutivo que ello ocurre. Ambos elementos han hecho que 43 OOS más hayan podido cubrir el PMO respecto al 2019. Debemos entender que este es un hecho excepcional, que se ha dado en los dos últimos años, y que a pesar de ello sólo el 54% de las OOS (40% de los beneficiarios) pueden cubrir el costo de un PMO sin gastos de administración, lo que marca la gravedad de la situación del subsistema. En el gráfico los dos años se han destacado en un color diferente.

GRÁFICO N° 5

Cantidad y porcentaje de beneficiarios en OOS según posibilidad de cubrir el PMO con recursos propios (ingresos netos por aportes y contribuciones)



GRÁFICO N° 6

Posibilidad de cubrir el PMO con recursos agregados (ingresos netos + subsidios + reintegros)

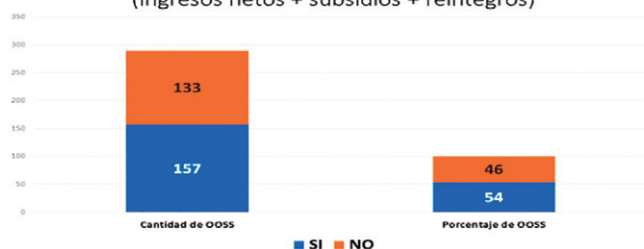
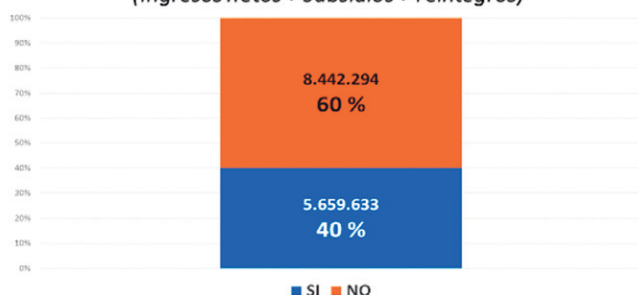


GRÁFICO N° 7

Cantidad y porcentaje de beneficiarios en OOS según posibilidad de cubrir el PMO con recursos agregados (ingresos netos + subsidios + reintegros)



CONCLUSIONES

Este trabajo corresponde a la undécima actualización de la "Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el PMO", a partir del documento metodológico original correspondiente al año 2010. Conocer los valores de las prestaciones que conforman el PMO es esencial. Si no se tiene referencia, ¿cómo puede una Obra Social estimar la posible carga financiera que tiene que afrontar, para brindar las prestaciones incluidas en el PMO, a las que está obligada? y ¿cómo puede compararlo con los ingresos que recibe? Los ingresos de las diferentes Obras Sociales difieren sustancialmente entre ellas, tal cual puede visualizarse en esta investigación y más allá de los mecanismos de compensación

existentes, muchas no alcanzan el piso mínimo para lograr cubrir la canasta.

Los Seguros Sociales Obligatorios, cuyos ingresos son un porcentaje de los salarios (aportes y contribuciones), se vienen deteriorando año a año con relación a la evolución del costo de las prestaciones y al aumento de la inflación. Durante el año analizado ha persistido el período de pandemia, caracterizado por una meseta de casos y olas periódicas. La SSSALUD frente a esta situación y con fondos propios, continuó distribuyendo montos importantes de dinero a las Obras Sociales reguladas, a cuenta de prestaciones SUR.

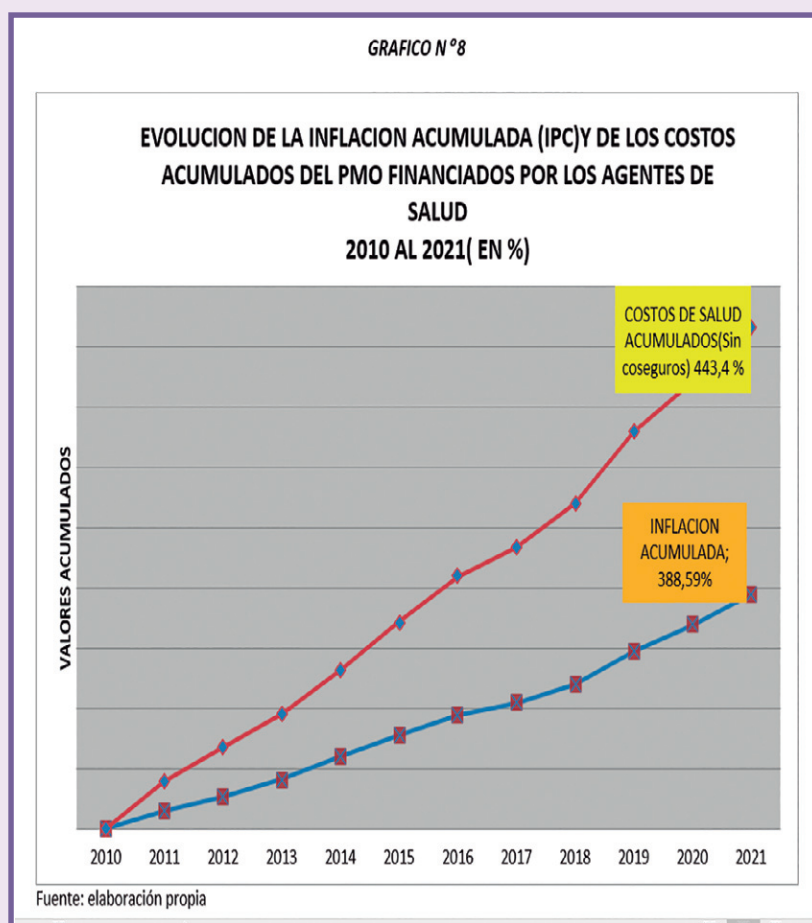
Si bien al fin de esta investigación, no se ha llegado en muchos renglones a los indicadores habituales de consumo, las tasas de uso han ido aumentando y aún se evalúa la posibilidad de un pico producto de la demanda contenida en algunas prestaciones sobre todo electivas.

Es necesario reiterar, como lo venimos haciendo año a año, que es necesario tomar acciones de fondo, estructurales en el Sistema de Salud Argentino y al mismo tiempo hacer viable al sector del Seguro Social que es la columna vertebral del mismo.

En el Gráfico N° 8 desde el 2010 hasta el 2021, para una inflación acumulada del 388,6% se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 443,4%. Es decir que en 11 años los gastos de salud han aumentado un 54,8% por encima de la inflación. (aun considerando que, como resultado de la pandemia, los dos últimos años los costos del PMO han sido inferiores a la inflación informada).

Sin considerar los coseguros, o sea tomando en cuenta solamente lo que financian los Agentes del Seguro de Salud, el PMO se ha incrementado en el período analizado en un 40,2% o sea en alrededor de un 10% por debajo de la inflación oficial.

El aporte promedio como gasto de bolsillo representa entre un 9,7 y un 12,6% del costo total del PMO 2021, según a que valor se tomen los coseguros autorizados. Si bien el gasto de bolsillo de los Seguros Sociales Obligatorios es sustancialmente menor al gasto de bolsillo total del Sistema de Salud Argentino (cercano al 30%), y casi similar al del 2020, todo gasto de bolsillo es un signo de regresividad de los modelos. En el caso del



Seguro Social obligatorio entendemos que actúa como regulador y como una fuente de financiamiento de este.

Los mecanismos solidarios tendientes a mejorar la equidad dentro del Seguro Social Obligatorio siguen perdiendo relevancia año a año, marcándose cada vez más las diferentes capacidades financieras existentes entre las diferentes instituciones. El rubro medicamentos es el que sigue concentrando el mayor interés. En este año de investigación, los medicamentos han sufrido un porcentaje de incremento del 54%, una vez más se colocan por encima del incremento del propio PMO y de la inflación registrada por el INDEC. Algunos medicamentos (la mayoría de alto costo) han superado sobradamente ese porcentaje global de incremento.

Según el análisis que hacemos en este trabajo para el 2021 el ingreso per cápita para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en \$ 3.049 por beneficiario/mes. Ello da como resultado que con estos aportes solo un 30% de las

OOSS (30% de los beneficiarios) tienen la posibilidad de cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración. Si incluimos todos los ingresos adicionales provenientes del FSR (subsídios y reintegros este año el 52% de las OOSS sindicales (40% de beneficiarios) tienen los fondos suficientes para cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Dada la alta inflación existente, se realizó, como en años anteriores, una simulación tendiente a determinar cuál sería el valor actual del PMO (a fines de febrero 2022) financiado por los agentes de salud, a partir del valor obtenido a fin de julio 2021 en esta investigación. Se tomaron en cuenta el IPC de CABA y el valor del dólar oficial, utilizando una fórmula ponderada que se ha desarrollado a tal efecto. Se debe resaltar, que existe una diferencia importante en los valores obtenidos para el período julio 2020/julio 2021, entre esta metodología de actualización de fórmula ponderada y la investigación que realizamos anualmente. □

Alto costo...

Destruir un financiador, beneficiarios, al beneficiario afectado y fuente laboral

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)



Hay dos problemas principales que limitan el acceso a los medicamentos y la tecnología médica. Uno de ellos es que son muy caros, aunque el costo para producirlos sea tan sólo una reacción de ese precio. Segundo, el desarrollo de medicamentos y las tecnologías están orientados a obtener el máximo beneficio económico, no social (Joseph Stiglitz 2012).

Después de un diagnóstico preciso, el acceso a los recientemente aprobados medicamentos o tecnologías puede convertirse en una barrera importante para la adecuada gestión como resultado de costos exorbitantes con precios de lista que van desde valores que superan el propio gasto en medicamentos del financiador al año por paciente.

Debido a que estos agentes se recetan durante la vida del mismo, el costo dictará el acceso y desproporcionadamente afectará a aquellos que tienen seguro insuficiente o que tienen ingresos fijos y grandes copagos. Al mismo tiempo, no está claro si un medicamento genérico económico alternativo, puede tener un impacto favorable en los resultados médicos y servir como una alternativa razonable tanto para los ensayos de eficacia comparativa como para la práctica clínica (Lohrmann G 2019).

Voy a centrarme en los medicamentos de alto costo, con indicación, advirtiendo que cualquier similitud con la realidad es pura casualidad. Muchos son los excelentes trabajos sobre enfermedades catastróficas y de agencias de tecnología sanitaria sobre los que hemos sido formados (Tobar y Col. 2015 - Actualidad).

Un excelente trabajo emite una serie de recomendaciones fundamentales... "Promover acciones para que los ciudadanos que conozcan sus derechos sobre cobertura sanitaria, para que los profesionales conozcan los precios de los productos indicados, sabiendo que hay drogas activas más económicas y por parte de las autoridades competentes para el cumplimiento de normas vigentes..." cito textual a (Ricardo Lara 2015).

La probabilidad de los prescriptores sobre el desconocimiento de principios activos de menor costo en el mercado farmacéutico, o el intenso marketing por parte de los productores del medicamento para la captación del mercado del producto por marca.

Es aquí donde debería aplicarse el concepto mencionado en la bibliografía precedente sobre la minimización del costo. El análisis es bastante sencillo. Con dos opciones de tratamiento farmacológico, cuando ambos son igualmente efectivos, se elige el que cuesta menos. Esto es particularmente importante en comunidades donde la financiación médica es muy limitada.

El análisis de costo-utilidad se centra en la esperanza de vida y la calidad de vida cuantificadas en años de vida ajustados por calidad (AVAC). En tal análisis, se asigna un valor monetario por un AVAC. Luego, a la terapia con medicamentos se le asigna un costo y se determina si esto aumenta el AVAC de una persona.

Algunos medicamentos pueden ser beneficiosos a corto plazo, pero en realidad no aumentan la duración ni la calidad

de vida de un paciente. Otros medicamentos no parecen tan efectivos a corto plazo, pero pueden aumentar el AVAC de una persona a largo plazo (Spiegato 2022).

Y en la Evaluación de Tecnologías Sanitarias surge un análisis de la efectividad clínica, costo-efectividad e impacto presupuestario desde la perspectiva de la seguridad social en la Argentina (Lifschitz, Catalano y Col. 2019).

La ausencia de una Agencia Nacional en nuestro país y su contexto llevan a que el acceso fuere una barrera en este caso económica. Y aquí tomo una frase... "Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo..." o "De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por los medios adecuados" (Ramón Carrillo 1946-1952).

Surge entonces el concepto del amparo judicial. Como nos dice Federico Tobar en un prólogo y nuevamente cito textual... "El trabajo titulado... El amparo judicial como instrumento de ampliación del PMO - El Estado nacional como garante de la salud" emprende una exploración tan necesaria como difícil.

"Porque no disponemos aún de un marco teórico referencial que ilumine indagaciones como esta. Es que hay un nuevo fenómeno sociopolítico: en el legítimo ejercicio de sus funciones los jueces detentan, cada vez, mayor poder decisorio en el ámbito sanitario". Es en esta tesis donde se busca como medio y estrategia elaborar una metodología para morigerar estas situaciones que evite la judicialización de estos casos (María Teresa Bürgin Drago - 2013).

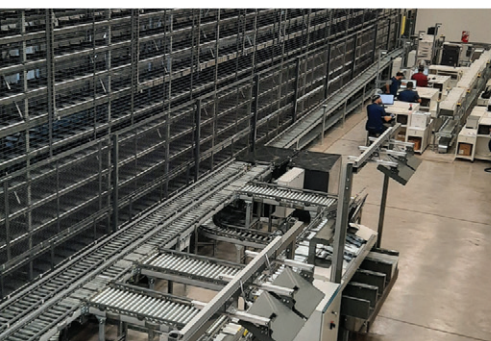
Esperemos que la nueva integración propuesta del sistema sanitario tenga presente en su Gobernanza este tema por ejemplo y cito textual... "La armonización de planes de beneficios de salud (abordaje de problemas ligados a la composición actual del PMO -judicialización vinculada al acceso a las prestaciones médicas asistenciales, desfinanciamiento, etc." (Ministerio de Salud - 2022).

Para el final nos sorprendemos al leer de un investigador principal de otro país del cual prefiero abstener su nombre cuando cuestiona al productor del fármaco por su costo dado que el productor aduce que el alto valor del mismo es por su valor de desarrollo y quien lo desarrolla menciona que con el riesgo de perder el trabajo el costo debería ser diez veces menor (SIC - 2022) y vuelvo a citar textualmente... "Después de un diagnóstico preciso, acceso aprobado recientemente los medicamentos pueden convertirse en una barrera importante para la apropiación gestión como resultado de costes exorbitantes con precios de lista que van desde U\$S 225,000 a U\$S 450,000 al año por paciente." (Hauptman, Jonathan, Maurer, American Journal of Medicine, August 2020).

Por el beneficio de nuestra salud que estos problemas se solucionen, lo que es más que un deseo, es una necesidad de consenso. □

(*) Médico y Doctor de la Universidad de Buenos Aires, área Ciencias Éticas, Humanísticas y Sociales Médicas.

*"Hace 20 años imaginamos
la empresa que somos.
Hoy ya trabajamos en la
empresa que vamos a ser"*



Nuevo Centro de Distribución Hornos

Un logro. Un punto de partida.

Un antes y un después en la forma de hacer las cosas.

Una búsqueda constante por superarnos.

Un compromiso con los pacientes que, día a día,
se hace más fuerte.

2001



SCIENZA

2021



EL TRAJE CAMBIÓ, EL CORAJE NO.

Gracias a todos los equipos médicos
que siguen reafirmando su vocación,
cuidando la salud de todos.

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300

Comercial y capacitación: 011 4588 5555



www.acudireemergencias.com.ar



LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD.