AÑO XXIV. N° 132. ENERO 2023 - WWW.REVISTAMEDICOS.COM.AR

Médicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

ANUARIO 2022

UN FUTURO COMPARTIDO | GALENO

TODO PARA CUIDAR A LAS SELECCIONES DE HOCKEY Y A LAS LEONAS Y LEONES DE TU EMPRESA

Sponsor oficial
de Los Leones
y Las Leonas

ARGENTINA

CONFEDERACIÓN
ARGENTINA DE HOCKEY

SanCorSalud
Medicina Privada

Superintendencia de Servicios de Salud - 0800-222-72583 - www.sssalud.gob.ar- Número de inscripción 1137

SIFEME

La **red** de emergencias médicas
más grande del país

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

UN SOLO TELÉFONO

UNA SOLA FACTURA

TODO UN PAÍS

IRAM OAA IQNet

www.sifeme.com

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

Médicos Medicina Global
La revista de salud y calidad de vida

Revista bimestral

EDITOR RESPONSABLE:
Jorge L. Sabatini

DIRECCIÓN, REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y PUBLICIDAD:
Paseo Cólon 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. Circula por suscripción. Impresión: Espacio Gráfico SRL. - Virrey Liniers 2203 - CABA.

GRAGEAS 6

ACUDIR
ACUDIR CONSOLIDA SU COMPROMISO INCREMENTANDO Y RENOVANDO SU FLOTA DE MÓVILES 8

OBRAS SOCIALES
ECONOMÍA EN SALUD: UN LLAMADO A LA REALIDAD
Por el Dr. Carlos A. Espelt - Director Médico - Construir Salud 10

LOS PROBLEMAS DE SALUD (SEGÚN LA ÓPTICA DE LOS ARGENTINOS)
Por el Dr. Benjamín Surace - Gerente de Planeamiento de OSUTHGRA 12

¿CAMBIO O MÁS DE LO MISMO?
Por el Dr. Gabriel Barbagallo - Presidente de FAOSDIR 14

CONFIANZA EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE
Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines 16

MEDICINA PREPAGA
SANCOR SALUD: CERCANÍA, COMPROMISO Y ESTRATEGIAS DE VALOR
Por el Dr. Fernando Werlen - Director General de Grupo SanCor Salud 18

¿CON LOS DECRETOS Y RESOLUCIONES SE RESUELVE UN PROBLEMA O SE COMPLICA MÁS?
Por el Lic. Julio Diez - Director – Dirección Comercial Corporativa – Swiss Medical Group 20

SALUD, ACOMPAÑAR LOS CAMBIOS
Por Juan Funes - Director Comercial de GALENO 22

INNOVACIÓN, COMPROMISO Y EXPERIENCIA: EL AÑO DE GRUPO OMINT
Por Grupo Omint 24

2023 PUEDE SER UNA OPORTUNIDAD HISTÓRICA
Por Ricardo Lilloy - Presidente de la Cámara de Entidades de Medicina Privada (CEMPRA) 26

PRESTADORES
LA SUSTENTABILIDAD DEL SECTOR PRESTADOR PRIVADO
Por el Cp. Jorge Cherro - Presidente de ADECRA 28

COLUMNA
UNA VICTORIA VERDADERA Y LA RECUPERACIÓN DEL RUMBO
Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA) 30

OPINIÓN
UN MODELO PRESTACIONAL DISPENDIOSO
Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo País 32

COLUMNA
OTRO AÑO SIN SALUD: LA OTRA PANDEMIA Y EL DESAFÍO DE INNOVAR
Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA 34

OPINIÓN
LA OTRA OLA
Por el Dr. Javier O. Vilosio - Médico - Master en Economía y Cs. Políticas 36

OPINIÓN
DE CERCA NADA ES NORMAL
Por el Lic. Patricio Pasman - Consultor de Entidades de Medicina Prepaga 38

VOCES
EL CONTRATO DE FIDEICOMISO EN LAS OBRAS SOCIALES
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados 40

DEBATE
EL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA ARGENTINA
¿ES EFICAZ LA ACTUAL POLÍTICA DEL GOBIERNO PARA CONTENER SUS PRECIOS?
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico - Especialista en Salud Pública 42

OPINIÓN
LA REFORMA QUE SUPIMOS CONSEGUIR
Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Área Salud Pública - Director Académico IPEGSA 44

COLUMNA
LAS INSTITUCIONES DEMOCRÁTICAS CONDICIONADAS POR LA EMERGENCIA PERMANENTE
Por Myriam Felperin - Especialista en RRII UBA - UNR y Carlos Vassallo Sella - Prof. Salud Pública FMC UNL 46

DEBATE
¿CÓMO GESTIONAR LA PRESIÓN TECNOLÓGICA?
DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTABLES (DMI) Y ACUERDOS BASADOS EN VALOR
Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud - Universidad ISALUD 50

COLUMNA
FRENTE AL PACIENTE
Por Fernando G. Mariona - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A - CEO de RiskOut 52

OPINIÓN
PROYECCIONES PARA LA ECONOMÍA EN 2023
Por el Lic. Ariel Goldman - Tesorero de la Asociación Argentina de Salud Pública (ASAP) 54

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.

GALENO

UN FUTURO COMPARTIDO

GALENO SALUD

GALENO ART

GALENO SEGUROS

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

GRAGEAS

50 ANIVERSARIO Osedeiv

CELEBRAMOS 50 AÑOS DE COMPROMISO, VOCACIÓN Y SERVICIO

El pasado 11 de noviembre, en un emotivo acto, el actual presidente de la Obra Social, Dr. Gerardo Bernusi, entregó al Dr. Carlos Alberto Céspedes una placa de reconocimiento por sus 25 años como presidente de la entidad, en representación de la Comisión Directiva.

También fueron homenajeados directivos de la institución que han sido parte fundamental del nacimiento, desarrollo y crecimiento de la Obra Social, logrado en todos estos años.

Queremos agradecer a cada una de las personas e instituciones que hicieron posible este camino recorrido, y renovamos hoy nuestro impulso para seguir adelante mejorando día a día, sosteniendo nuestro lema fundamental: fomentar el bienestar en la vida de las personas, para que puedan disfrutarla.

¡Gracias por estos 50 años compartidos! ■

LIBROS: "CÓMO TAPAR LOS AGUJEROS"

El Dr. Fernando G. Mariona, abogado, habitual columnista de "*Médicos*", acaba de publicar su libro, "Cómo tapar los Agujeros", donde propone una serie de recomendaciones y sugerencias para poder instalar dentro de un Establecimiento Médico, un Programa para la Gestión del Riesgo al que se halla expuesta en forma permanente la práctica médica, con la finalidad de tratar de brindarle al paciente una mayor seguridad, de forma comprensible para la Comunidad Médica y que facilite su actividad.

Ha sido hecho desde la visión de un abogado que durante casi cuarenta años se dedicó a tratar de entender cómo funciona la actividad del Cuidado de la Salud, tanto dentro de las Instituciones con su personal en relación de dependencia, como por "los médicos que vienen a trabajar de afuera", por diversas circunstancias propias de la actividad, desde la defensa en el campo civil.

Su texto está desarrollado de tal forma que lleve incorporada la visión preventiva legal, en un lenguaje comprensible para el médico y las Instituciones, ya sea en los ámbitos privados como públicos. Ha tratado en su obra, que la Metodología que aquí se presenta, sirva como complemento de los Programas de Calidad y Riesgo desarrollados por los Comités Institucionales, así como también de los Programas de Acreditación.

"Un sistema seguro no es aquel en el que no se cometen errores, sino que es un Sistema que se protege luchando contra las fallas latentes que favorecen los errores, e instalando barreras y defensas para disminuir las consecuencias de los errores". Es decir, nos comenta el Dr. Mariona, "¿cómo tapamos los agujeros para que la posibilidad de producir un daño no avance?". ■

LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA INCORPORÓ AL DR. MUSCOLO COMO MIEMBRO TITULAR

La Academia Nacional de Medicina celebró el pasado 3 de noviembre en su Aula Magna, una sesión pública extraordinaria con motivo de incorporar al doctor Domingo Luis Muscolo como Miembro Titular. El Acad. Muscolo, ocupará el sitial Nº 9 que perteneciera al Dr. Eduardo Alfredo Zancolli, quien fue designado Miembro Emérito el año pasado. Como invitado especial estuvo presente en el acto, el ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Fernán Quirós.

El Acad. Domingo Luis Muscolo, es Doctor en Medicina por la UBA, Especialista en Ortopedia y Traumatología. Con más de 26 premios a lo largo de su carrera, es presidente Honorario del Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología, entre 1995-2007 fue jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital Italiano de Buenos Aires, y desde 2007 a la fecha es jefe Honorario del Servicio de Ortopedia de esa institución, entre otros cargos.

En la apertura del acto, el presidente de la Academia Nacional de Medicina, Juan Antonio Mazzei, hizo entrega de un diploma y medalla al Acad. Muscolo, como nuevo miembro de la ANM. *"Nos reunimos para llevar a cabo el acto más significativo: la recepción de un nuevo académico de número, tal como ha sido una tradición a través de los doscientos años de existencia de la Academia de Medicina. Este Plenario, formado por los académicos titulares, estudió los antecedentes, intercambió opiniones, valoró no sólo los méritos profesionales sino también la envergadura moral y la trayectoria social del candidato, con una conducta ejemplar, de acuerdo con los principios de la ética. Brindaremos al nuevo académico el clima de respeto por sus creencias y opiniones, libertad intelectual y el afecto de sus pares"* **expresó Mazzei.** ■

Con tener la pared llena de diplomas
no alcanza para **contener** a pacientes
llenos de preguntas.

Junto a vos,
a lo largo de tu vida.

osde | 50 años

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 figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.

Acudir consolida su compromiso incrementando y renovando su flota de móviles

Con el firme objetivo de sostener altos estándares en la calidad de atención y prestación de sus servicios, la empresa de urgencias y emergencias médicas incorporó nuevas unidades móviles y continúa renovando su flota.

En sintonía con su crecimiento sostenido, y para cerrar el año 2022, **Acudir Emergencias Médicas** apostó una vez más al crecimiento. Recientemente amplió su flota de móviles, incorporando 25 unidades nuevas, para brindar servicios de Alta y Baja Complejidad: Toyota Hiace –con caja de cambios automática, otorgando mayor confort de manejo al conductor-, Mercedes Benz Sprinter 316, Mercedes Benz Sprinter 416 (Unidades de Terapia Intensiva Móvil Tipo III) y Renault Kangoo. Los nuevos recursos están carrozados con diseño exclusivo y equipados con tecnología de primera línea para la atención de urgencias y emergencias a pacientes adultos, pediátricos y neonatos. También se sumaron nuevas unidades móviles Toyota Etios, para atención médica domiciliaria.

Desde hace 20 años, Acudir mantiene una constante y firme actitud de trabajo, que le permite continuar en expansión y crecimiento, sorteando los desafíos que conllevan el sector de Salud y el cuidado de los pacientes. Para ello, asumió la responsabilidad de renovar periódicamente todos los recursos requeridos para brindar un servicio de excelencia. La calidad en la atención demanda renovar esfuerzos, procesos, conceptos y recursos. Con un norte bien definido y una misión que la identifica, esa calidad es el lema de la compañía y construirlo diariamente, un firme compromiso.

Actualmente, la flota de móviles se compone de más de 200 unidades de Alta y Baja Complejidad -además de unidades de primera respuesta inmediata en moto-, disponibles para urgencias y emergencias médicas, traslados de pacientes y visitas médicas domiciliarias. La amplia variedad de modelos y tipos de móviles permite agilidad, dinamismo y garantiza óptimos tiempos de arribo.

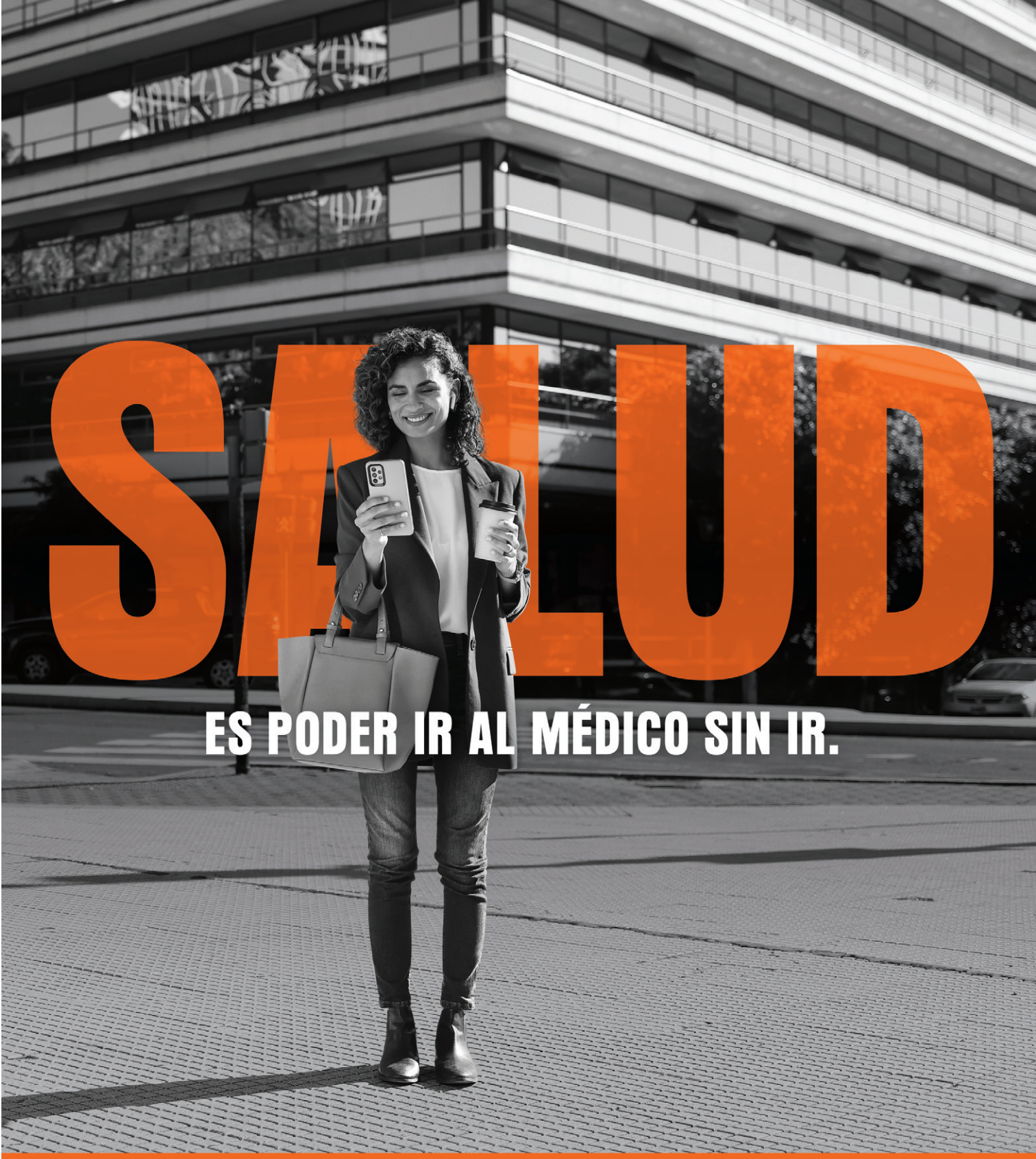
Con 23 Bases Operativas en CABA, Zona Sur, Zona Oeste y Zona Norte del Gran Buenos Aires, **Acudir Emergencias Médicas** se consolida como una compañía de gran estructura operativa, en constante crecimiento, que brinda servicios de urgencias, emergencias, traslados de pacientes, asistencia médica domiciliaria, video consulta, área protegida y cursos de capacitación, en un amplio radio de cobertura, buscando siempre la mejora continua de sus prestaciones. ■

Móviles Toyota Hiace, con **caja de cambios automática**; otorga mayor confort de manejo al conductor.

Acudir **amplía su flota con unidades móviles equipadas con la mejor tecnología**, al servicio de la medicina prehospitalaria.

Las **UTIM tipo III**, son **ideales para traslados** de larga y corta distancia **con requerimiento de equipos múltiples de trabajo como ECMO**. Cuentan con **Sistema Autodesbacterizante Pure Health**, capacidad extra de oxígeno y camilla y silla de ruedas Striker.

La diversidad de formatos en movilidad garantiza **óptimos tiempos de arribo**.



CAM DOCTOR | Medifé está conmigo

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL DE OBRAS SOCIALES Y ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA - 0800 222 SALUD (72583) - WWW.SSSALUD.GOB.AR - R.N.E.M.P. Nº: 1199/15.

ECONOMÍA EN SALUD: UN LLAMADO A LA REALIDAD

Por el Dr. Carlos A. Espelt (*)

Sabemos que el costo (y el precio) de los servicios de atención de salud se incrementan (en nuestro país y en otros) no solo en mayor proporción que la inflación si no por su dinámica de crecimiento propia, dada por factores tales como el mayor conocimiento científico, el desarrollo tecnológico, el mayor conocimiento de los usuarios con el incremento de sus demandas, etc.

Y a la inversa de lo que sucede en casi todos los demás sectores, la incorporación de tecnología de punta no abarata costos ni precios si no que los incrementa.

Así, la llamada "economía de salud" ha adquirido un perfil propio y parece que cada vez se diferencia más de las restantes disciplinas de la misma especie. Ello por el hecho que aquí media la salud y la vida de las personas, como centro y contexto, lo que más incide en esta diferenciación y la hace tan sensible para la sociedad.

Pero se está ensanchando la grieta (por usar una expresión de moda) entre lo que es humanamente necesario y lo que es económicamente sustentable.

Esto no es nada nuevo y a lo largo de siglos se fueron buscando mecanismos destinados a zanjar el problema, y así tal, nuestro sistema de OOSS se desarrolló como un instrumento más o menos específico dentro de la Seguridad Social en general, para sustento financiero de la cobertura en salud de grupos definidos; en nuestro país, fundamentalmente de la mano de los sindicatos ya desde el siglo XIX.

Pero el sistema de salud se ha fragmentado, como todos sabemos, y peor, incluyendo el propio subsistema de OOSS. Esta fragmentación es nuclear para fomentar la *ineficiencia* relativa del sistema, poniendo en riesgo su aceptable *eficacia*.

Parafraseando lo dicho en un programa de actualidad de la TV, en las OOSS *"nos estamos enfermando de diagnósticos"*. Luego -como suele decir un colega- las soluciones habrían de venir de la mano del "*señor hay que…*".

Hay que hacer esto y aquello y lo otro, siempre el "*hay que…*" sin puntualizar quienes, cómo, cuándo, con qué, etc. Son muchos quienes tienen o creen tener soluciones pero tienden a chocar con los hechos concretos, de los que unos pocos sirven como ejemplos, tales como el precio de nuestro PMO que ronda los $ 6 a 9 mil per cápita (requiere un salario mínimo de cerca de $ 200.000 cuando según el RIPTE el sueldo promedio es de unos $ 156.000), hay medicamentos cuyo valor ya supera en 400 mil dólares al Zolgensma (el Libmeldy por caso) y cerca del 50% del FSR se consume en prestaciones de discapacidad, muy especialmente en traslados por automotor y prestaciones educativas, gasto que viene en una tendencia ascendente y se inclina a conformarse en una suerte de Pareto en los recursos y reintegros del Fondo.

Con muchos etcéteras. Por ejemplo, la ley de cobertura de las enfermedades poco frecuentes: éticamente impecable. Obvia un detalle: de dónde saldrá el dinero para pagar.

Es muy grande la tentación de caer en el "*hay que…*" y seguramente todos habríamos de tener ideas resolutivas. Nunca va a faltar la sempiterna invocación a la *eficiencia en el uso de los recursos*, expresión estereotipada volcada a veces en discursos rayanos con la tontería.

Más razonable parece ser la invocación a la *efectividad*, grado real o expresión práctica de la *eficacia*, tanto de las intervenciones asistenciales como de la gestión, pero para ello es poco probable que nuestro actual modelo de salud vaya a ser lo suficientemente idóneo.

Un modelo extraño porque todos los actores tienen algo de razón: los proveedores de servicios intentan maximizar sus beneficios, los usuarios quieren maximizar la calidad asistencial que reciben y los financiadores buscan optimizar los recursos que administran.

¿Todo esto junto y al mismo tiempo? ¿Realmente alguien piensa que ello es posible con este modelo que más que fragmentado está hecho un picado en innumerables pedazos?

Está claro que hemos llegado al límite entre lo que debe hacerse éticamente y lo que el actual sistema de OOSS y aún el de Prepagas pueden financiar. Lo único que parcialmente al menos podría brindar un resquicio a este problema no es sino un cambio de modelo.

Un cambio del actual modelo implica no solo la decisión política de llevarlo a cabo si no el compromiso de su extensión en el tiempo más allá del color del gobierno de turno. Implicaría además enfrentar las resistencias al cambio propias de quienes tienen todos los intereses puestos en cada subsector, además de los factores culturales e históricos que son parte de él.

Si comenzáramos ahora llevaría no menos de una década.

Algunas propuestas paliativas -que no son excluyentes entre sí- pueden intentarse:

- ✔ Que los gastos en educación y transporte de las personas con discapacidad lo asuman los respectivos ministerios o la ANDIS, como lo requieren desde hace tiempo las OOSS y sindicatos.
- ✔ Un fondo de coberturas de prestaciones de "alto costo y baja incidencia" con aportes del FSR, las propias Prepagas, el Tesoro Nacional y OOSS de otros subsistemas. Requiere integraciones que no a todos pueden gustarle.
- ✔ Crear un observatorio de estudio de costos de producción de servicios e insumos para tratar de dejar que el sistema de OOSS sea precio-referente.
- ✔ Una política de precios fijos y uniformes para los medicamentos como ya la hubo en otros años.
- ✔ Que la SSSalud elabore periódicamente un listado de precios tentativos, no vinculante, de las prestaciones más habituales o de las del PMO o la Canasta, si esta se diseña.
- ✔ Un seguro público (mejor que los varios que ya se intentaron años atrás y cuyo fracaso ha sido todo un éxito) cuyo desarrollo debería superar más de un período de gobierno.
- ✔ Un ente estatal para la producción de medicamentos de alto consumo, no protegidos por patentes, para todo el país (al estilo de los que funcionan en varias provincias).

Aun en el pesimismo se pueden hacer varias cosas. O no se hará ninguna si no hay decisiones y acuerdos políticos y solo continuaremos con los parches y las discusiones sobre cómo se distribuye el FSR o cuanto se paga el día cama o la unidad bioquímica o la consulta o la cápita.

Seguir solo con eso será repetir la historia, decir lo mismo con palabras diferentes, continuar el/los mismos diagnósticos de siempre con expresiones grandilocuentes y vacías, hacer lo de siempre para continuar siempre igual….

Más tarde o más temprano habrá que elegir. ■

(*) Director Médico - Construir Salud (Obra Social del Personal de la Construcción – OSPeCon).

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

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

OSPE 25 AÑOS

ospesalud.com.ar
GESTIONES ONLINE

Disponible en Google Play

0800 444 0206
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

0800 444 6773
ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga 0800-222-SALUD (72583) - www.argentina.gob.ar/sssalud - R.N.E.M.P. 620646 - R.N.O.S. 1-1530-0

LOS PROBLEMAS DE SALUD
(SEGÚN LA ÓPTICA DE LOS ARGENTINOS)

Por el Dr. Benjamín Surace (*)

En el año 2022 debatimos por las vacunas para el Covid-19, por la integración de los subsistemas de salud, la crisis de los establecimientos asistenciales, los recortes presupuestarios y llegamos a noviembre con una nueva crisis del recurso humano en salud.

Según la silla que ocupe el disertante, escuchamos o leímos:

- ✔ "El avance de tecnología de los insumos médicos está produciendo cambios que ponen en jaque la sostenibilidad del sistema".
- ✔ "Las nuevas tecnologías ingresaron en todas las prácticas médicas. En las imágenes haciendo visible al ojo humano lo que no lo era. En las quirúrgicas ya nada se resuelve con bisturí, pinzas hemostáticas e hilos de suturas. Hoy en algunas prácticas se emplea el bisturí harmónico, las cámaras de video, el láser, las prótesis 3 D, etc.".
- ✔ "El precio de los nuevos medicamentos biológicos incrementaron su participación porcentual en el gasto de la salud en forma exponencial".
- ✔ "Hay una gran inequidad en la atención sanitaria: el acceso a las prestaciones necesarias para restablecer la salud no es igual en todo el país".
- ✔ "La Argentina carece de políticas para los medicamentos de muy alto costo".
- ✔ "Tenemos un sistema solidario que fue desfinanciado por políticas que lo descremaron sin compensación alguna, y que además para dar solución a los que no tenían trabajo formal se los incorporó como monotributistas con un aporte inferior al del trabajador formal y a las necesidades financieras de los subsistemas de salud".

Durante el curso de este año, ocuparon muchos centímetros de prensa las propuestas de reformas; por ejemplo: el tema integración de los subsistemas registra 13.000.000 de citas en Google.

En las redes de WhatsApp se pasó a debatir todo, desde la integración de los sistemas al problema de la gran crisis del recurso humano en salud.

Pero, en realidad, la caja de resonancia de los problemas de los ciudadanos debe ser el parlamento nacional, por tal motivo analizamos los proyectos de ley presentados en el Congreso Nacional entre el 1º de enero de 2022 y el 30 de octubre 2022, que demuestran el interés de los representantes del pueblo y de las provincias en los temas que nos ocupan, aunque no se hayan plasmado hasta ahora en resultados positivos. Para considerarlos se agruparon por temas generales.

Se registran 260 proyectos de ley en la Comisión de Acción Social y Salud de Diputados y 108 en la Comisión de Salud del Senado de la Nación. Una síntesis de la muestra total de las dos Cámaras organizadas por temas se gráfica en el cuadro.

Las "**Políticas de Salud"** deberían tener sustento en leyes y las mismas requieren algunas condiciones particulares además de las que conforman las técnicas legislativas: nos referimos al consenso, viabilidad, aceptabilidad, sustentabilidad y sostenibilidad en el tiempo.

PROPUESTAS DE POLÍTICAS DE SALUD:

PROYECTOS DE LEY (TEMAS)	NÚMERO
ENFERMEDADES	60
ESTRUCTURAS Y SERVICIOS PROFESIONALES	27
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	15
INFANCIA Y SALUD	12
ALIMENTACIÓN	7
EMBARAZO Y PUERPERIO	6
EVALUACIÓN TECNOLOGÍAS SANITARIAS	4
EUTANASIA / MUERTE ASISTIDA	4
INDUSTRIA FARMACÉUTICA	4
CONSUMOS PROBLEMÁTICOS	3
TALLA BAJA	2
TARTAMUDEZ	1
ELEMENTOS DE GESTIÓN MENSTRUAL	1
VIOLENCIA DE GENERO	1
CONTENIDO DEL PMO	1
ESTÉTICA	1
SALUD LABORAL	1
MUERTE SÚBITA	1

En el actual contexto de nuestro país, deberíamos concentrar los esfuerzos inmediatos con los recursos disponibles, siempre escasos, **en las políticas de prevención, dirigidas con formas que impacten en la salud**, tales como promover y regular el mercado interno para garantizar la protección de los trabajadores, los consumidores y el medio ambiente**.**

Invertir en las regiones más pobres (agua potable y distribución de las redes cloacales, es lo primero que se hace en los países más desarrollados cuando se organiza un poblado estable).

Determinar por ley el contenido de una misma **canasta básica explícita de prestaciones de salud para todos los ciudadanos** sería un buen comienzo.

Los avances en la tecnología médica que proveerá tratamientos genéticos y otros, de precios elevados para nuestro poder adquisitivo deberían tener políticas diferentes. En los países más desarrollados, se analizan por medio de **una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias,** cuyos pronunciamientos son aceptados por todos (incluido el Poder Judicial), **y hay un solo comprador: el Estado,** con la capacidad negociadora que ello representa.

Y finalmente, **iniciar el desarrollo de un Proyecto de Historia Clínica Digital** común a todos los argentinos respetando las autonomías provinciales. Al respecto el modelo implementado por España que teniendo historias clínicas diferentes conforme al lugar de residencia sirve como ejemplo para resolverlo. El programa desarrollado incluye el registro de datos básicos: informe clínico de alta, atenciones de urgencias, resultados de laboratorio, imágenes y estudios se encuentran disponibles en soporte electrónico para que el ciudadano pueda disponerlo para su atención en cualquier jurisdicción (algo semejante a las vacunas cargadas en el SISA y portables en la aplicación "MI ARGENTINA"). ■

(*) Gerente de Planeamiento de OSUTHGRA (Obra Social de la Unión de Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina).

Omint

55 años

EXPERIENCIA PARA LO QUE SIGUE

Superintendencia de Servicios de Salud. Órgano de control de las empresas de medicina prepaga - www.sssalud.gov.ar 0-0800-222-72583 R.N.E.M.P.:Nº1336

¿CAMBIO O MÁS DE LO MISMO?

Por el Dr. Gabriel Barbagallo (*)

La Federación de Obras Sociales de Dirección cumplió durante 2022 sus primeros treinta años de vida y desde su inicio, las veinticinco entidades que la conforman brindan prestaciones sanitarias al personal fuera de convenio del ámbito empresarial, como así también a un importante número de afiliados adherentes, que eligen libremente atender los problemas de salud de sus familias en nuestras instituciones. Ya en la declaración de nuestra misión resaltamos *la importancia de ofrecer al conjunto de la sociedad una visión estratégica y sustentable de la salud, dentro de los principios solidarios propios de nuestro subsistema de la seguridad social*, donde la sustentabilidad y la solidaridad son los dos pilares básicos del sector, que se ve amenazado por circunstancias económicas desde hace ya varios años y que corre el riesgo de colapso, si no se toman medidas de fondo y sostenibles en el tiempo.

La campaña presidencial de Bill Clinton de 1992 quedará en la historia como una de las más importantes remontadas electorales en relación a lo que presagiaban las encuestas previas y un cartel colgado en su bunker fue tal vez la clave comunicacional, allí podían leerse los siguientes tres puntos: *"¿Cambio o más de lo mismo? Es la economía, estúpido y No olvidar el sistema de salud"*.

Haciendo un paralelismo con nuestra realidad, podríamos decir que desde hace años seguimos aplicando las mismas soluciones económicas a los mismos problemas sanitarios, con idénticos resultados: **El desfinanciamiento del sistema.**

En los últimos años, el costo de la salud fue aumentando de manera exponencial debido principalmente a la innovación tecnológica, al aumento constante del promedio de edad y a la cronificación de enfermedades que antes eran mortales, lo que en sí constituye un gran avance para la humanidad. Además, a la inflación estructural de nuestra economía debemos agregarle la constante promulgación de leyes de cobertura obligatoria de tratamientos para enfermedades raras o caras, lo que genera una erogación de recursos cada vez más costosos para pocas personas, que deben solventarse con una fuente de recursos finita originada en los aportes y contribuciones de la masa laboral. **Gastos que crecen exponencialmente versus recursos que aumentan en forma lineal constituyen una perfecta catástrofe malthusiana**.

La incorporación permanente y desordenada de terapias y tecnologías al universo prestacional, tendrá que pasar en algún momento por el tamiz de la costo-eficiencia y el metaanálisis de evidencia científica con la creación, tantas veces postergada, de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias autárquica y aséptica que pondría razonabilidad en la oferta y brindaría soporte calificado a la justicia cada vez que ésta necesitase fallar en casos de reclamos de cobertura.

En este escenario, el riesgo de derrumbe es grande y la onda expansiva que se genere puede hacer peligrar la provisión de servicios de millones de personas de los tres subsectores, tanto el público, el privado o el de la seguridad social ya que, en esta lógica de vasos comunicantes, el colapso de uno de ellos hará desbordar inevitablemente a los otros.

El año termina con algunas certezas y no pocas incertidumbres. La confirmación de un sistema mensual de actualización automático de las tarifas de los planes de salud, que se sitúe por debajo de la remuneración imponible promedio de los trabajadores (RIPTE) o por debajo del costo de la salud, es un progreso respecto de años anteriores, ya que pone previsibilidad a una constelación de intereses donde, por sobre todos ellos, **existe la gente**: pacientes que sufren enfermedades, beneficiarios que pagan cuotas o aportan de su sueldo, trabajadores sanitarios, profesionales de la salud y contribuyentes, entre otros.

En otro orden de cosas, también es el momento de discutir si la salud privada y la seguridad social (alcanzando tanto a prestadores como a financiadores privados), que atiende las dos terceras partes de la población con carácter complementario respecto del estado, debe soportar semejante carga de impuestos municipales, provinciales y nacionales, sumada a la imposibilidad de disponer del crédito fiscal que otorga el IVA.

Llegó la hora de replantear las reglas de juego para que la salud sea un derecho universal, previsible y sostenible en el tiempo. La situación es tan compleja y delicada que requiere soluciones de fondo. El aumento de recursos que llegue por el ajuste de las cuotas de la medicina prepaga puede paliar parcialmente el deterioro económico, pero no solucionar los problemas estructurales de la salud. En un mundo complejizado donde la humanidad aumenta su esperanza de vida en base a tratamientos caros y a la cronificación de enfermedades, el resultado que se vislumbra es una población longeva, crónicamente enferma y en soledad. Es el momento de discutir entonces si debemos seguir haciendo lo mismo o debatir seriamente un sistema de salud moderno que se financie en forma genuina y que asegure una prestación equitativa para todos los ciudadanos, independientemente de la cobertura elegida; un menú de prestaciones de probada costo eficiencia evaluada por un cuerpo colegiado de consulta obligada; programas de acceso a terapias de alto precio para personas con enfermedades poco frecuentes garantizadas y financiadas por el Estado y un régimen impositivo de acuerdo a una función complementaria del Estado como son tanto la salud privada como la seguridad social.

Durante décadas acomodamos el sistema de salud a un presupuesto, tal vez haya llegado el momento de discutir el sistema de salud que queremos más allá del que tenemos y del que podemos y a partir de allí, buscar las fuentes de financiamiento que lo hagan posible. La seguridad social sigue siendo uno de los pilares de la cobertura médica de las personas en Argentina y FAOSDIR, como cámara del sector, seguirá trabajando para brindar sistemas de salud solidarios y sostenibles a nuestros asociados y a sus familias.

FELIZ 2023. ■

(*) Presidente de FAOSDIR (Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección).

LA CALIDAD NO SE IMPROVISA

PROSANITAS
INTELIGENCIA EN GESTION

La experiencia y los logros hablan por sí mismos. ProSanitas cuenta con 23 acreditaciones y reacreditaciones de Calidad en instituciones de Salud. Te acompañamos a dar el salto hacia a una diferenciación sostenible.

Gestión de la Calidad Total

Descubrí en el código QR todas las soluciones tecnológicas de ProSanitas BSC para Gestión de la Calidad: seguimiento de hallazgos; gestión de grandes bases de documentos de procesos; gestión de Indicadores y Cuadro de Mando Integral. Más fácil y accesible.

PROSANITAS
INTELIGENCIA EN GESTION

11.4183.3942
prosanitas.com.ar
Av. del Libertador 6285 3º P.
info@prosanitas.com.ar
@ProSanitasBSC
ProSanitas BSC

CONFIANZA EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE

Por el Dr. Carlos Felice (*)

En momentos de tanta incertidumbre y volatilidad como los actuales, resulta difícil superar la planificación a corto plazo y poder ver más allá de las turbulencias que continuamente hacen tambalear la supervivencia de nuestras organizaciones.

No han sido pocos los obstáculos que debimos sortear las obras sociales este año. Pero el desafío está en poder visualizar los objetivos estratégicos que nos permitirán sostener en el largo plazo la visión organizacional, en nuestro caso, la de una obra social sindical, innovadora, solidaria, accesible y con servicios de alta calidad.

Crisis laboral del personal sanitario

El hecho de que cada vez más profesionales de la salud desarrollen sus actividades exclusivamente por cuenta propia -al margen de las obras sociales y prepagas-, coloca a las entidades financiadoras en una encrucijada a la hora de garantizar la cobertura de todas las especialidades médicas exigidas por el Plan Médico Obligatorio.

En algunas zonas del país, se suma al anterior otro punto crítico: el poder de presión de los Colegios Médicos para fijar honorarios desproporcionados con relación a la cápita percibida por las obras sociales a través de aportes y contribuciones.

Rol del Estado

La política de desfinanciamiento que avanza cada vez con mayor ímpetu sobre los fondos de las obras sociales perjudica directamente a un actor social: los trabajadores. A ellos corresponde el Fondo Solidario de Redistribución, y es su derecho a una salud de calidad la que vulnera el Estado al apropiarse de estos recursos.

En cuanto al financiamiento de todas aquellas prestaciones médico-asistenciales denominadas de alto costo, es imperativo que, en el marco de la insostenible situación económica general del país, sean absorbidas por el Estado Nacional. La salud es una de sus obligaciones prioritarias, por lo cual el Estado debe asumir la responsabilidad de auxiliar a las obras sociales en lugar de contribuir a su hundimiento.

Las obras sociales sindicales administramos recursos de los trabajadores que confían en nosotros para cuidar su salud. No cabe duda de que es nuestra obligación administrar estos recursos con la mayor eficiencia posible, pero no debemos olvidar que estos recursos son finitos. En este sentido, el Estado Nacional también tendría campo de intervención en el control de los laboratorios que proveen medicaciones de altísimo costo, con efecto devastador para todo el sistema de salud.

Telemedicina

Con OSPAT fuimos pioneros implementando el servicio de telemedicina Hola Doctor! en el ámbito de las obras sociales, y continuamos trabajando fuertemente para que nuestros afiliados perciban los beneficios de la modalidad remota.

Sabemos que la tecnología desempeña un papel fundamental en la atención médica y en el fortalecimiento del sistema de salud, sin embargo, resta todavía medir el beneficio productivo de la telemedicina y su impacto en la gestión del riesgo clínico. Existe, por ejemplo, alguna evidencia de mayores prescripciones y derivaciones cuando el paciente no se encuentra cara a cara con el profesional de la salud; los médicos más jóvenes parecen sentir un mayor peso frente a la carga de riesgo en la consulta virtual.

No obstante, ello, tengo la certeza de que la telemedicina es una herramienta de accesibilidad muy poderosa que no tiene vuelta atrás. Lo que planteo es que, responder con evidencia científica a los nuevos interrogantes que abre la telemedicina permitirá diseñar políticas más eficientes y con mayor calidad en la atención, optimizando los recursos disponibles y reduciendo costos.

Prevención y atención primaria

La estrategia de salud digital de OSPAT está alineada con la de Atención Primaria de la Salud. En 2021 lanzamos las Estaciones Diagnósticas Hola Doctor!, pequeñas cabinas dotadas de alta tecnología que permiten al paciente realizar autochequeos asistidos por voz e imagen, utilizando un conjunto de dispositivos que proveen información diagnóstica interactuando con un médico en videoconsulta. Funciona como un centro de atención primaria de salud que, ensamblado con telemedicina, aumenta la accesibilidad a consultas simples que requieren contención diaria, reduciendo al mismo tiempo la demanda en el segundo nivel de atención.

El nuevo desafío ahora es implementar circuitos integrados más eficientes, que optimicen las derivaciones de la consulta virtual al ámbito presencial y de pacientes ambulatorios a hospitalizados.

El concepto de salud cambió en los últimos años y las organizaciones del sector debemos acompañar esos cambios. Dado que la salud pasó de ser la mera ausencia de enfermedad a un estado integral de bienestar físico, mental y social, ya no basta con brindar servicios asistenciales, debemos promover también hábitos saludables.

En esta línea, en noviembre de 2022 implementamos desde OSPAT un programa de cesación tabáquica para que nuestra población afiliada acceda fácilmente a videoconsultas con especialistas junto con la medicación requerida para garantizar la efectividad del tratamiento. Entendemos que es enorme el potencial para desarrollar desde las obras sociales en materia de prevención en salud y hacia allí nos enfocaremos fuertemente en el 2023.

Innovación

En el contexto actual, los referentes del sector de la seguridad social nos vemos obligados a innovar. Y cuando hablo de innovación no me refiero solo a la incorporación de tecnologías y procesos más eficientes; pongo a la innovación en el centro de toda estrategia de transformación tanto al interior de nuestras organizaciones como también del sector.

Debemos generar propuestas innovadoras para hacer frente en forma conjunta a las políticas de desfinanciamiento, los costos crecientes de la judicialización de la salud, el negocio de los laboratorios con capacidad de desangrar financieramente a cualquier obra social con medicaciones de bajo impacto y altísimo costo.

Es necesaria una reforma que elimine los incentivos perversos y garantice la equidad y accesibilidad de los trabajadores al sistema de salud, ello sin poner en jaque la supervivencia del subsistema de obras sociales. ■

(*) Presidente de OSPAT (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.

FEFARA AVANZA

DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS

app.dsalud.com.ar

IFG | INSTITUTO DE FORMACIÓN EN GESTIÓN

SISTEMA FEDERAL DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL

RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL

FEFARA PROYECTA

RED ESPECIALIZADA

▸ **Además contamos con nuestros Sistemas Informáticos de Gestión y nuestra Biblioteca Virtual.**

Gestionamos políticas para garantizar un servicio farmacéutico óptimo, de eficiencia y calidad profesional.

Hipólito Yrigoyen 900 3º Piso (1086) Capital Federal 011 43429473
fefara@fefara.org.ar www.fefara.org.ar @fefaraoficial

SANCOR SALUD: CERCANÍA, COMPROMISO Y ESTRATEGIAS DE VALOR

Por el Dr. Fernando Werlen (*)

Finaliza un año signado por un contexto socioeconómico inestable que influyó directamente en el desarrollo, evolución y concreción de los proyectos de crecimiento de nuestro sector corporativo. Un escenario con muchas dificultades que exigió mayor flexibilidad y cautela en la gestión y planificación de nuestras operaciones de negocio, aún más en el rubro de la salud, donde asegurar un completo estado de bienestar es una gran prioridad.

Desde nuestro Grupo empresario sostenemos un enorme compromiso con la mejora del sistema de salud en todas sus dimensiones. Se trata de una responsabilidad compartida entre quienes somos protagonistas del sector sanitario, quienes debemos garantizar y promover el cuidado de la salud de los argentinos. Como líder de una compañía de medicina privada considero que, en primer lugar, es necesaria la implementación de un plan macroeconómico a largo plazo que nos posibilite superar las dificultades y lograr la estabilidad, que nos permita llevar adelante reformas estructurales y ajustes de diversas variables para beneficiar, principalmente, a los ciudadanos.

Desde mi formación como médico y experiencia profesional, destaco la importancia de abordar este escenario de forma integral donde tecnología, recursos, costos, pacientes y mercado sean, por igual, contemplados en la búsqueda de un equilibrio que proporcione soluciones duraderas y reales para quienes más nos necesitan.

Tenemos claro que somos un eslabón fundamental del sistema de salud argentino, estamos directamente involucrados en este proceso. En este camino, logramos posicionarnos entre las empresas líderes del mercado, operando desde hace casi cincuenta años para que la mayor cantidad de individuos y familias argentinas accedan a un servicio de salud digno y de calidad. Trabajamos día a día para alinearnos a las demandas y expectativas de las personas, interpretar sus necesidades para así poder ofrecer alternativas acordes a cada segmento de la población y planes de cobertura que contemplan desde prestaciones esenciales hasta una Línea Exclusive, con servicios premium, y nuestra Línea Empresa enfocada en el segmento corporativo.

Por la esencialidad del servicio, nuestra misión siempre estuvo y estará enfocada en el acompañamiento de nuestros más de 700 mil asociados y 3.500 empresas clientes en los distintos momentos de su vida. En este camino, la cercanía es una prioridad y se trata de uno de los valores fundamentales que guía el accionar de la empresa. Tal es así que contamos con más de 300 puntos de atención ubicados en diferentes provincias del país, además de la atención virtual a través de videollamadas y nuestra amplitud de plataformas digitales que potenciamos día a día.

Nuestro compromiso es altísimo y se traduce en las acciones que desarrollamos en la diaria, en nuestras metodologías y en la planificación estratégica del negocio. Detrás de cada decisión, lo primordial es el conocimiento y el profesionalismo. Ese es el ADN que sustenta a nuestros equipos de trabajo. Los más de 203 mil prestadores son nuestros aliados estratégicos, los que materializan el servicio cuando nuestros asociados lo necesitan. Por eso los elegimos entendiendo y valorando su calidad humana, buscando conformar realmente una red, un sostén, en el que cada rol asegure la calidez y el profesionalismo necesarios en esos momentos tan especiales. Este es el mejor modo de crear una relación de confianza, que se traslada después a la seguridad y tranquilidad hacia nuestros asociados.

Para que el aporte al bienestar sea total, en SanCor Salud elegimos estar alineados en las posibilidades que nos abren los avances tecnológicos, los desarrollos científicos, las nuevas dinámicas de trabajo. Nuestro principal foco es la innovación, una gran guía que nos posibilita perfeccionar constantemente los productos y servicios, sosteniendo y mejorando su calidad.

Como mencioné, el acompañamiento a quienes nos confían su salud es nuestra gran responsabilidad. Con estrategias de mercado precisas, emprendimos en los últimos años un plan de diversificación donde ampliamos las unidades de negocio operando no sólo en medicina prepaga sino también en la comercialización de seguros, cadena de farmacias, centro médico de atención con especialidad de diagnóstico y servicios de turismo. Propuestas que, además, reflejan nuestra capacidad de transformarnos y potenciar proyectos de crecimiento aún ante un panorama de inestabilidad e incertidumbre.

Con una mirada estratégica, nos ampliamos y nos repensamos. Porque cada una de nuestras iniciativas se encuentran enfocadas en la búsqueda de bienestar, al que entendemos como un completo estado de armonía física, mental y emocional. En esta búsqueda de bienestar, revisamos también nuestras prácticas empresariales con el objetivo de transformarlas para generar impactos efectivos en la sociedad. Predicamos con nuestro ejemplo y lo hacemos en sintonía con las políticas de sustentabilidad que atraviesan de manera transversal a todas nuestras acciones.

Y lo seguiremos haciendo como parte de nuestro compromiso empresarial. Al delinear las perspectivas para el año entrante, desde nuestro Grupo empresario renovamos la responsabilidad de seguir fortaleciendo la calidad de nuestros productos y servicios, para estar a la altura de las necesidades de las personas, llegando con posibilidades y respuestas a quienes más nos necesitan. Nos comprometemos a continuar potenciando los desarrollos tecnológicos para seguir avanzando, a tender lazos que sostengan diálogos productivos que construyan un sistema de salud sustentable, inclusivo para los argentinos y argentinas, y equitativo para todas las partes que lo conformamos. ■

(*) Director General de Grupo SanCor Salud.

FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
POSGRADOS

INSCRIPCIONES ABIERTAS

INICIO MARZO Y ABRIL 2023

Doctorado en Ciencias de la Salud
Maestría en Salud Publica
Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica
Maestría en Gerontología Clínica
Especialización en Medicina Legal
Especialización en Nutrición

Diplomatura en Didáctica y Pedagogía
Diplomatura Dermatología Oncológica
Diplomarura en Obesidad
Dilomatura en Rehabilitación Neurológica
Curso Medicina del Dolor
Curso de Soporte Nutricional

Seguí capacitándote en Fundación Barceló.

informesba@barcelo.edu.ar

barcelo.edu.ar

¿CON LOS DECRETOS Y RESOLUCIONES SE RESUELVE UN PROBLEMA O SE COMPLICA MÁS?

Por el Lic. Julio Diez (*)

El Gobierno Nacional / Superintendencia de Servicios de Salud en el mes de noviembre redactaron dos decretos y otras dos resoluciones definiendo algunos temas que hoy no se encuentran claros respecto de cómo seguir a partir del mes de febrero 2023.

Hay 3 grandes temas que se abarcaron.

Actuarial y de reservas

En este decreto se solicita la creación de una Comisión Técnica dentro de la actividad aseguradora regulada por la Ley N° 20.091. Un análisis preliminar da a entender que lo que se busca con esta comisión es generar una doble supervisión como el que por ejemplo existe en el Sistema de Riesgos del Trabajo donde el cumplimiento de las prestaciones médicas y dinerarias, como así también la prevención y protección del trabajador, quedan dentro de la órbita de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Y todo lo referente a los capitales mínimos, relaciones técnicas y sus cumplimientos, corresponde a la Superintendencia de Seguros de la Nación. Entiendo que la búsqueda del Gobierno se orienta hacia este objetivo.

Si fuera así, en la medida que busque darle solidez al sistema, permitiría que todas las empresas que hoy actúan brindando servicios de cobertura médica, estén encuadradas dentro de parámetros que tengan como objetivo la solidez del sistema en el largo plazo. Me parece bien.

Mi único miedo es el alcance de la regulación y que termine siendo otra regulación más sobre un sistema de salud, al que la regulación del 2011 viene jaqueando año tras año.

Actualización de los precios

Pasamos de un ÍNDICE donde se encontraba definida la metodología, la estructura de costos, frecuencia de actualización, y aunque no nos dejaba conformes porque no contemplaba inflación médica ni el retraso acumulado, íbamos alcanzando la inflación en un tiempo no tan largo. Tarde, pero llegábamos. Teníamos hasta cierta previsibilidad. El nuevo ÍNDICE incorporado, si bien mejora los tiempos de la actualización al llevarlos a períodos mensuales, incorpora un nuevo INDICADOR (el RIPTE) que se debe aplicar a un determinado segmento de la cartera, y que hace imposible su implementación.

Un modelo muy difícil de aplicar, ya que partimos de bases muy complejas de comprobar respecto de la situación del afiliado y su remuneración, y también cambiantes a lo largo del año, que hacen que nos sea imposible de planificar y administrar.

Por otro lado, van disociados de la realidad de los costos de cada una de las empresas de medicina privada que están alineados con el índice que ajusta a todo el sistema.

Ni hablar de la problemática que se va a presentar de cara a los prestadores a la hora de actualizar cada empresa de medicina privada a su red de prestadores. ¿Cómo los prestadores van a tener algún tipo de certeza que el índice de actualización que le vamos a estar bajando sea el que realmente deba ser? Me imagino que le vamos a estar agregando una nueva complejidad en la relación Financiador/Prestador al sistema actual de traslado de los aumentos.

Planes con Copago y el 25% de descuento

Dentro de las resoluciones surge la obligación de generar planes espejo a los planes a la venta al público, pero, con copagos y con un descuento del 25% respecto del plan actual vigente.

Todavía no se publicó una reglamentación o resolución aclaratoria al respecto, y hay diversas opiniones sobre su alcance.

"Mi único miedo es el alcance de la regulación y que termine siendo otra regulación más sobre un sistema de salud, al que la regulación del 2011 viene jaqueando año tras año".

Suena al menos raro, que planes ULTRA PREMIUM en un Prepago con altos niveles de reintegros y accesos a cartillas FULL, deban tener su plan con copagos. ¿Sería una FERRARI con caja de cambios manual?

¿Si el objetivo es que el socio tenga planes médicos para poder bajar de plan, no puede bajar a un plan menor y con menos acceso a cartilla, o menos reintegros?

Imagino que el organismo tiene la idea de que la persona pueda quedarse en la misma empresa de medicina privada, pero en un plan inferior en beneficios o cartilla.

Entiendo que la solución sería entonces un plan con copagos, inferior a los que hay a la venta actualmente, con un descuento del 25% sobre el plan inferior sin copagos de esa misma empresa de medicina privada.

De otra forma, va a ser un tema muy burocrático el hecho de tener planes que comercialmente son muy difíciles de vender (imagínense la FERRARI con levantavidrios manual – millennials googleen por favor), solo para cumplir con normativas ideadas sin tener en cuenta la realidad de lo que quieren los asociados: *un plan RED dentro de la misma empresa.*

Todo esto, ¿no se podría haber hecho más simple? ■

(*) Director – Dirección Comercial Corporativa – Swiss Medical Group

hms health

PASAPORTE SALUD

SALUD A UN CLICK DE DISTANCIA

- Identificación rápida
- Cartilla geolocalizada
- Plataforma de pagos integrada
- Llamadas de emergencia a un click

Confían en nosotros

Medifé · IOSE · DOSUBA · AUSTRAL SALUD · Accord Salud · MEDICUS

avalian · osde · Unión Personal · Accord Salud · IOSFA · OSSEG · SCIS

Visítenos en www.hms-tech.com

SALUD, ACOMPAÑAR LOS CAMBIOS

Por Juan Funes (*)

Cuando me invitaron a participar de este Anuario, me vinieron a la cabeza varios temas, a lo lejos uno sería lo que dejó el Covid-19, básicamente el impacto psicológico de la sociedad frente a esta pandemia, el mundial de futbol, quien no sueña con ver a Messi levantar la copa y lograr tan ansiado trofeo de salir campeón del mundo, la economía en uno de los peores años de los últimos 20, o el sistema de salud y sus variables. Y como dice el refrán zapatero a tus zapatos.

Es un momento donde el sistema de salud continua en una constante transformación producto de ir adaptándose a las dificultades que se presentan, con los financiadores y los efectores, en situación de mucha complejidad y donde se debe lograr un entendimiento mutuo para sostener el mejor sistema de salud posible.

Es en este sentido en donde todos buscan la forma de poder llevar a su organización a afrontar estos vaivenes que por el momento parecen inevitables. Por un lado, los impactos de una economía en crisis que en el corto plazo parecería difícil que pueda traernos un marco de mayor previsibilidad, la inflación médica que es constante mes a mes y que condice con el sistema inflacionario que tenemos, las paritarias en porcentajes difíciles de aceptar sin una financiación que finalmente se da en el traslado al valor de la cuota.

Si uno repasa los años posteriores a la promulgación de la Ley de Medicina Prepaga nº 26.682, el sistema continúo ampliando su cantidad de afiliados, en los segmentos más bajos de productos, pero la curva de rentabilidad fue decreciendo hasta llegar a perforar el punto de equilibrio.

Luego de ello llegó el Covid-19, es ahí donde GALENO mostro su enorme capacidad no solo para dar respuesta a sus asociados, sino también, al sistema de salud y sus financiadores a través de su gran estructura sanatorial (Sanatorios de la Trinidad).

GALENO inauguró en plena pandemia la guardia más grande de CABA en el Sanatorio de la Trinidad Palermo con 50 posiciones interdisciplinarias, con corredores sanitarios bien separados de adultos y niños. Asimismo, incorporó en sus 12 pisos 84 suites first class.

Hacia fines del 2021 ya se vislumbraba que el Covid-19 iba a continuar en el año 2022 con sus mutaciones cada vez más contagiosas, pero con la certeza que las vacunas evitarían que los casos terminen siendo graves, y las personas que han cursado la enfermedad fue en el estadio leve o moderado. Esto demostró que al final el plan de vacunación fue costo-eficiente ya que los casos ocurridos no se han complejizado en su mayoría.

Posterior a la pandemia, el sector se vio sumergido en un sistema de precios regulados, con aumento de aranceles regulados, según la Resolución 2577/2022 las Empresas de Medicina Privada (EMP) y los Agentes del Seguro de Salud deberán incrementar los valores retributivos de las prestaciones médico-asistenciales en al menos un NOVENTA POR CIENTO (90%), pero dejando afuera un ítem clave y que es el eje en el sistema que hace disparar el costo médico, ese ítem son los medicamentos de alto precio, les digo alto precio porque no se sabe su costo real, que están sin regular y que es cada vez más difícil que las EMP y las Obras Sociales puedan hacerse cargo de los mismos.

Desde el espíritu de dar salud es muy valiosa la aparición de tratamientos innovadores. Pero al ser esos medicamentos de altísimo precio, es de sentido común pensar que una EMP grande, chica o mediana, le será muy dificultoso continuar haciendo frente a dichas prescripciones.

Desde GALENO venimos hace muchos años con la misma dinámica, de aportar al sistema de salud, sanatorios y centros médicos de primer nivel, con tecnología de última generación, generando puestos de trabajo de calidad. Es necesario en esa mesa de diálogo desarrollar un plan para generar un control y seguimiento a las prescripciones de aquellos tratamientos innovadores y de altísimo precio.

Debemos en forma conjunta defender los recursos que tenemos, que son escasos, para brindar la mejor medicina posible a la mayor cantidad de personas. Es por ello que la provisión de estos tratamientos debería pasar por un sector especializado que determine el Ministerio de Salud para que lo avale y de corresponder, posteriormente lo brinde.

Así como en las vacunas para Covid-19 el Estado es el único facultado a su compra y distribución, estos tratamientos deberían seguir el mismo modelo, ya que el Estado garantizaría el buen uso de dichos recursos y estaría finalmente realizando la tarea de controlar la correcta aplicación en los casos que correspondiera.

Ahora enfoquemos la mirada en que las principales consultoras internacionales luego de terminar con los informes de las tendencias para el año 2023, nos indican que a nivel mundial la pandemia nos ha dejado un incremento notorio en tres enfermedades, el cáncer debido a que la gente dejó de hacerse estudios de detección temprana y al momento de ser detectados están en un estadio avanzado y con un costo más elevado en el tratamiento de dicha patología, en segundo puesto están los efectos del encierro y teletrabajo, esto trajo aparejado problemas musculares y debilitamiento óseo, por último y no siendo algo menor, es el incremento en patologías cardiovasculares, también estas se van a incrementar en el año 2023.

En todas estas patologías ya se vio en el 2022 su incremento y el costo que debieron afrontar los sistemas de salud a nivel mundial, pero en el sistema argentino el incremento a nivel de costos siempre termina siendo mayor que en otros países del mundo, debido a que muchas drogas son importadas y no se fabrican a nivel local.

Por último, para el 2023, el desafío de GALENO estará en continuar creciendo como una de las empresas de salud integradas más grande de la Argentina. Desde lo prestacional esperamos inaugurar el Sanatorio de la Trinidad de Neuquén, para mediados de julio, que contará con 25.000 metros cuadrados, siendo la inversión privada en salud más grande en la historia de la Patagonia. Un sanatorio pensado para brindar con los más altos estándares de calidad médica, un cuerpo médico de excelencia y equipamiento de última generación la mejor calidad en salud.

Desde lo comercial continuar creciendo desde los equipos de ventas individual en todo el país, y desde la venta corporativa donde somos especialistas en el diseño de planes a medida. Y desde lo institucional seguiremos con la misma calidez y excelencia que son los pilares fundamentales sobre los cuales trabajamos desde hace más de 35 años, manteniendo los mismos valores desde el primer día. ■

(*) Director Comercial de GALENO

Tu tranquilidad es nuestro propósito

Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.

SCIENZA

www.scienza.com

OSR technology Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.

INNOVACIÓN, COMPROMISO Y EXPERIENCIA: EL AÑO DE GRUPO OMINT

El eje central de nuestra misión es brindar a las familias una atención personalizada con asistencia y cuidados médicos de destacada calidad. Durante el 2022, como en años previos, tuvimos que hacer frente a diferentes obstáculos para conservar intacto nuestro objetivo.

Una de las principales preocupaciones que tuvimos que afrontar fue el incremento de los precios en toda la cadena de valor de nuestros servicios dentro del sector salud.

Se trata de una problemática que persiste a lo largo del tiempo. Hemos puesto especial atención en estar atentos a las necesidades de nuestros prestadores médicos con el fin de mantener el diálogo y el buen vínculo que nos caracteriza, organizando eventos de relacionamiento, así como también académicos, para fortalecer el mismo.

En medio de esta compleja coyuntura, Omint cumplió 55 años y volvimos a reforzar nuestro compromiso de expandir nuestros servicios e implementar nuevos, en función de las necesidades de los/as asociados/as, para posicionarnos como líderes dentro del campo de la salud.

La responsabilidad y el **compromiso** por parte de nuestro equipo médico, administrativo y técnico nos permite tener una mirada concreta puesta en el futuro, pero también en el presente, para garantizar la seguridad y la atención que se merecen nuestros socios/as y pacientes.

En el marco de este aniversario, elegimos lanzar una campaña por los 55 años de Omint donde el foco estuvo puesto en el reconocimiento a nuestros médicos, mostrando el diferencial que ofrece nuestra cartilla médica, con profesionales de experiencia y con gran calidad humana.

Los invitamos a ver la pieza final que filmamos en nuestras clínicas haciendo clic en el siguiente enlace: https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7009279171914776578/.

Este año continuamos con el proceso de transformación digital, apostando a la tecnología y la innovación digital, que cumplen un rol primordial en el sector médico, y nos permite ofrecerles a nuestros socios/as una mayor accesibilidad y agilidad.

Como pioneros en el desarrollo del servicio de Médico Online, seguimos apostando a la telemedicina, incorporando más especialidades médicas en este servicio para los planes de Omint y añadiendo herramientas tecnológicas centradas en la digitalización de datos, que nos permitan acompañar a nuestros/as socios/as en cada paso del camino que recorremos juntos.

Además este año lanzamos, desde Omint ART, el nuevo servicio de videoconsultas médicas, que permite a los trabajadores, que sufren un siniestro, acceder a sus informes y programar turnos. El profesional puede generar órdenes y realizar prescripciones de forma rápida y de manera online.

Nuevamente, fuimos pioneros en el lanzamiento de este servicio en la industria de los seguros de trabajo.

Dentro de este marco, implementamos: el desarrollo y renovación de aplicaciones móviles, que facilitan en gran medida la resolución de problemas y contribuyen al desempeño operativo.

Bienestar Online, la primera plataforma digital de talleres audiovisuales destinados a la promoción de salud y mejora de la calidad de vida, a través de la incorporación de hábitos saludables. Y Mint el chatbot con inteligencia artificial que brinda respuestas efectivas a consultas simples que realizan los socios desde nuestra web, entre otros desarrollos.

Con respecto a la oferta de planes médicos y seguros de vida, contamos con nuestra plataforma Omint Digital, que permite cotizar y comprar de manera sencilla e inmediata facilitando la optimización en los tiempos de repuesta desde cualquier dispositivo con conexión a internet.

En breve estaremos sumando la posibilidad de adquirir seguros de accidentes personales y seguiremos avanzando en mejoras en la compra de planes de salud para Pymes.

También, continuamos promocionando el plan Omint MiDoc, que ofrece una atención integral adaptada a las necesidades de cada afiliado/a, y garantiza un apoyo personalizado y de calidad. Al mismo tiempo, nos facilita jerarquizar la atención de los profesionales y sistematizar las consultas en cada historia clínica de manera digital. ■

Grupo Omint

En camino a la V° Jornada Atención Primaria de la Salud

CADIME
CÁMARA DE INSTITUCIONES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

ANUNCIA SU PREMIO 2023
"APS, ARTICULACIÓN PÚBLICO PRIVADA Y REFORMA SECTORIAL"

U$S10.000*

Al mejor trabajo de investigación referido a:

- Iniciativas o mejoras en el acceso y/o la calidad de servicios ambulatorios privados en el primer nivel de atención.
- Integración o articulación público privada en cualquier área de la prestación de servicios de salud ambulatorios.
- Evaluaciones de la situación del financiamiento, la gestión o los recursos humanos en el ámbito de los servicios de salud ambulatorios privados.
- Diseño o propuesta de reforma del sector salud en los aspectos del financiamiento, la gestión o los recursos humanos en el ámbito de los servicios de salud ambulatorios.

La apertura y cierre de la recepción de los trabajos propuestos serán en marzo y agosto de 2023, respectivamente.

Toda la información sobre el reglamento del Concurso y la conformación del Jurado estarán disponibles en: **www.cadime.com.ar** y serán difundidos a través de nuestras **redes sociales a partir del 15/3/23.**

Página Web

WhatsApp

cadime@cadime.com.ar

Los prestadores de servicios ambulatorios de Salud somos esenciales para la salud y la economía de los argentinos

*U$S10.000 y/o su equivalente en pesos argentinos al tipo de cambio Dólar Billete Venta Banco Nación vigente al día anterior al anuncio del ganador del Premio.

2023 PUEDE SER UNA OPORTUNIDAD HISTÓRICA

Por Ricardo Lilloy (*)

Se acerca un año electoral y con ello una oportunidad para mejorar la salud en la Argentina. Es posible que nuestra clase política esté mejor predispuesta a escuchar a los que viven día a día los problemas, las falencias y las distorsiones que afectan al sistema sanitario. Y que bien conocen sus fortalezas y virtudes.

La salud ha dejado de ser un tema marginal para la sociedad que contó con una poderosa herramienta para enfrentar la pandemia. Quien asuma en diciembre de 2023 tendrá que atender la demanda de la sociedad de estar respaldada por un sistema sanitario sólido, sin las fisuras que hoy lo resquebrajan tanto en el subsector público, como en el privado y la Seguridad Social.

Será el momento de revisar varias de las decisiones erradas que desde los tres poderes del Estado se vienen tomando desde hace décadas. Pero no hay lugar para ensayos extremos y compulsivos.

La emergencia que atravesó el país -y que continúa amenazando con repetirse- dejó una enseñanza: no es una buena decisión tener a la salud privada y a la Seguridad Social indefensas.

La gestión de la Superintendencia de Servicios de Salud en este último año sentó un importante antecedente al medir e informar la evolución del gasto en salud en un índice de Costos de Salud como dato fundamental a la hora de actualizar los ingresos del sistema.

"La salud ha dejado de ser un tema marginal para la sociedad que contó con una poderosa herramienta para enfrentar la pandemia".

Las disparadas del dólar que impactan en los insumos y equipos, la alocada carrera ascendente del costo de los tratamientos especiales (cada vez de mayor incidencia) y la inflación que deteriora los sueldos deben, necesariamente, corresponderse con los ingresos del sistema privado.

Pero claramente subsistir en el corto plazo no alcanza para enfrentar los desafíos que nos esperan a la vuelta de la esquina: los costos millonarios de los nuevos tratamientos, el envejecimiento de la población, el avance de las enfermedades crónicas, la posibilidad de nuevas epidemias, y la falta de transparencia y control de proveedores de insumos médicos, entre otros.

Para lograr la sustentabilidad de todo el sistema a largo plazo es necesario, entre otros aspectos, un PMO en base a prioridades y posibilidades de financiamiento.

Se deben generar órganos de concertación de niveles estatales y sector privado para convenir regulaciones y compromisos inter-estatales o estatal-privados. En estos órganos también deben tener voz los usuarios del sistema.

"Para lograr la sustentabilidad de todo el sistema a largo plazo es necesario, entre otros aspectos, un PMO en base a prioridades y posibilidades de financiamiento".

Es necesario crear un fondo para financiar enfermedades catastróficas. La cobertura se debe regular en forma racional y su atención -en todos los subsectores- debe realizarse según protocolos validados a nivel nacional, basados en la evidencia y utilizando tecnologías evaluadas y aprobadas por las más prestigiosas agencias internacionales para terminar con la judicialización de la salud.

Para hacer una reforma que funcione, primero hay que ordenar el sistema, corrigiendo sus distorsiones.

Desde CEMPRA estamos trabajando con nuestros equipos para presentar propuestas fundadas, que aporten ideas, que sumen conocimiento y que contribuyan a alcanzar soluciones aplicables que permitan devolver equilibrio al sistema, fortalecerlo y poder brindar una respuesta más eficiente y equitativa a las necesidades de atención sanitaria de los argentinos. ■

(*) Presidente de la Cámara de Entidades de Medicina Privada (CEMPRA) - Miembro de la UAS.

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.

25%

SEGURO DE HOGAR

20%

INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)

15%

SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com

SWISS MEDICAL SEGUROS

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

LA SUSTENTABILIDAD DEL SECTOR PRESTADOR PRIVADO

Por el Cp. Jorge Cherro (*)

La gran preocupación que hay en el sector médico prestador por la sustentabilidad del sector llevó a ADECRA+CEDIM a diseñar y poner en funcionamiento un indicador de monitoreo de la sustentabilidad de las instituciones. Básicamente se trata de unir otros indicadores que ADECRA+CEDIM actualiza periódicamente y que tiene directa relación con la sustentabilidad. Esto indicadores son:

a. El Índice de Precios de Insumos de la Atención de ADECRA+CEDIM: este índice mide la evolución de los costos laborales y no laborales de una estructura estándar de costos en instituciones privadas con y sin cama. Se actualiza trimestralmente sobre una muestra de instituciones asociadas a ADECRA+CEDIM.

b. El Índice de Precios de las Prestaciones Médicas (aranceles), cuyo objetivo es hacer un seguimiento trimestral de la evolución de los precios una canasta de prestaciones y módulos determinada.

c. Un índice que surgió durante la pandemia que es el de ocupación. La caída de la ocupación en el 2020 motorizó la construcción de un esquema de monitoreo mensual de esta variable que es vital para la integridad económica de las instituciones.

Con estos tres índices se construye el Índice de Sustentabilidad de las instituciones médicas, que es la relación entre la evolución de los precios de los insumos (costos) y los precios de las prestaciones ajustados por ocupación (ingresos). De esta forma, el índice mide la evolución de la sustentabilidad de las clínicas y sanatorios desde el punto de vista de precios de insumos, precio de prestaciones y nivel de ocupación.

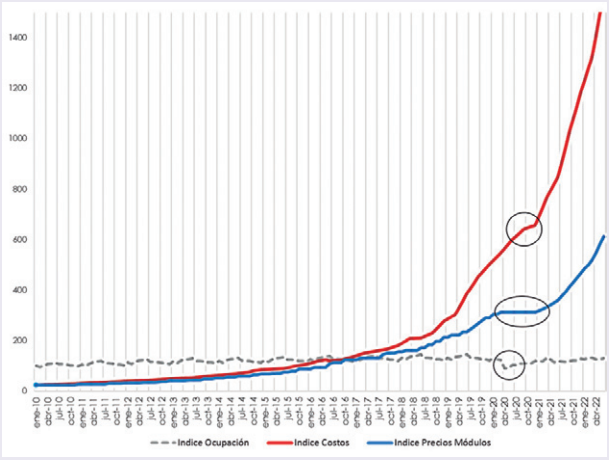
Para tener una visión gráfica de cómo se mueven estas tres variables se presenta el *Gráfico 1*. Cabe destacar que, para poder analizar el comportamiento a largo plazo, en la serie del índice de ocupación, para los años prepandemia, se utilizó el índice del estimador mensual de actividad económica de INDEC (EMAE) del sector servicios sociales y de salud.

En el *Gráfico 1* puede observarse que los precios de los insumos para la atención médica crecieron de manera desacelerada en el año 2020 producto de la desaceleración de la inflación que provocó el confinamiento. Sin embargo, en el año 2021 se vuelven a acelerar hasta el último período en análisis, junio de 2022.

Los aranceles que pagan los prepagos estuvieron congelados en el 2020 (y se empezaron a ajustar muy gradualmente a partir del año 2021, siempre por debajo de la evolución de los precios de los insumos).

En línea punteada se presenta la evolución de la ocupación de camas que cae al 70% respecto a lo que se considera una ocupación normal al inicio del confinamiento y se fue recuperando lentamente. Con la segunda ola, la ocupación llega a niveles de saturación entre los meses de abril y julio de 2021. Luego se mantiene relativamente estable, y a partir del primer trimestre del año 2022 comienza a recuperarse, aunque levemente.

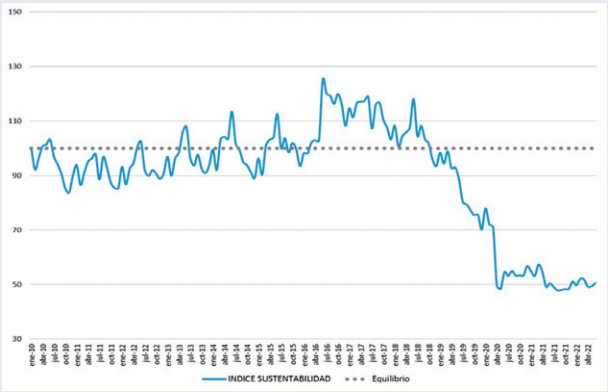
Gráfico 1



Precios de insumos, prestaciones y ocupación
Enero 2010 = 100
Fuente: elaboración propia en base a ADECRA+CEDIM

Luego, ajustando la evolución de los aranceles por la evolución de la ocupación se obtiene un indicador de la evolución de los ingresos de las instituciones. Adicionalmente, ajustando este indicador por la evolución de precios de los insumos se obtiene el Índice de Sustentabilidad que se presenta en el Gráfico 2.

Gráfico 2



Índice de Sustentabilidad de los prestadores médicos
Enero 2010 = 100

Fuente: ADECRA+CEDIM

El índice muestra la sustentabilidad de los prestadores en comparación con enero 2010 = 100. Se puede ver que, entre 2016 y 2018, el índice se encontraba por encima del equilibrio, gracias a, principalmente, los aranceles recibidos por los prestadores médicos privados.

> “En el balance queda que el 2021, y la primera mitad del 2022, cierra con un nivel de sustentabilidad de los prestadores similar al que había en el inicio de la pandemia allá por abril del 2020, aun cuando la ocupación está cerca de la normal pero la brecha entre aranceles y precios de los insumos es bastante mayor”.

Desde mediados de 2018 el Índice de Sustentabilidad empieza a caer a debido al incremento del índice de costos, producto de la fuerte devaluación del tipo de cambio. A partir de abril de 2020, con la pandemia, esta caída se exacerba aún más, llegando al nivel 50, pero esta vez como consecuencia de la baja ocupación de las clínicas y sanatorios privados. En diciembre de 2020 la ocupación retorna a niveles cercanos a los normales, pero dicha recuperación se limita a llegar a un nivel 60 debido a que los precios de insumos subían y los aranceles estaban prácticamente congelados (solo se dio un 10%).

Entre marzo del año 2021 se produce la recuperación más importante, no porque hayan mejorado los aranceles respecto de precios de insumos, sino porque la ocupación llegó a niveles de saturación.

En el balance queda que el 2021, y la primera mitad del 2022, cierra con un nivel de sustentabilidad de los prestadores similar al que había en el inicio de la pandemia allá por abril del 2020, aun cuando la ocupación está cerca de la normal pero la brecha entre aranceles y precios de los insumos es bastante mayor.

Hay que tener presente que este índice mide la evolución de la sustentabilidad. Entonces, cuando está bajo y no sube, no necesariamente significa que las clínicas no están teniendo márgenes, sino que los márgenes se están manteniendo vía menores compras. Las mismas pueden ser menos contratación de personal y menos compras de insumos o de menor calidad. Esta conducta puede ser el resultado de un mejor gerenciamiento con uso racional de los recursos o, alternativamente, por “ajustes” a las contrataciones, a las remuneraciones y en el uso de insumos lo cual puede poner en riesgo la calidad médica.

En cualquier caso, con un nivel tan bajo como el que se observa ahora, lo que está diciendo es que la situación económica y financiera de las instituciones de salud están en una situación mucho más precaria que cuando comenzó la pandemia. ■

(*) Presidente de ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina).

UNA VICTORIA VERDADERA Y LA RECUPERACIÓN DEL RUMBO

Por el Dr. Rubén Torres (*)

El fútbol devolvió a una sociedad agotada por la grieta y las penurias económicas, la sensación de pertenencia a un todo, y una alegría y entusiasmo desde hace mucho tiempo ausentes. Sensaciones que la política no ha podido darle desde hace tiempo.

Cuando la Argentina ganó su segundo campeonato mundial de fútbol, su expectativa de vida al nacer era 5,9 años menor que ahora (en ese lapso el mundo la aumento en 8 años), y su mortalidad infantil disminuyó desde entonces, el 68%.

En el primer caso aumentamos esa expectativa de vida menos que nuestros compañeros entre los mejores del mundo incluida Croacia, que experimentó en ese lapso una guerra, o Marruecos que la elevó en 14,7 años.

Incluso quienes fueron eliminados antes que nosotros, Portugal, Suiza y Brasil, la elevaron 7,2; 6,8, y 11,4 respectivamente. Algo similar sucede con la mortalidad infantil, donde Marruecos, Brasil y Portugal la descendieron un 75% (y este último partiendo de una tasa de la mitad de la nuestra).

Poco después del mundial que Francia ganara en 1998, Rosario tenía 6 crímenes cada 100.000 habitantes, ahora tiene 18, mientras su población creció el 10% y los asesinatos un 300%; los resultados de comprensión lectora de las pruebas PISA en alumnos de 15 años, ponían a la Argentina en el segundo lugar de A. Latina; hoy está en el séptimo.

Hoy, 4 de cada 10 hogares (donde vive la mitad de la población urbana) recibe alguna asistencia social, sin la cual la indigencia sería del 20% y la pobreza del 50%, según la UCA.

Seguramente Suiza no será un país peor desde que su selección se fue de Qatar tras perder 6 a 1, tampoco Portugal, Brasil o España; ni el triunfo de una selección mejorará un país.

La verdadera victoria se empezará a construir trabajando para que en el próximo Mundial no haya en la Argentina más crímenes, chicos sin ir a la escuela ni más pobres que ahora.

Pase lo que pase en esta nueva expresión de pasión futbolera, hay muchas cuestiones que merecen un debate amplio de cara a la sociedad como objetivos absolutamente prioritarios: la reconstrucción de la educación, salud y seguridad como bienes a ser garantizados por el Estado.

Mientras el Gobierno busca postergar la crisis con parches que le permitan transitar hasta las próximas elecciones sin una disparada inflacionaria que lo obligue a una transición precipitada, y la oposición dice que sus equipos técnicos trabajan en programas para reconstruir el país, sería importante que quienes aspiran a conducir esa reconstrucción observen que llevarla adelante requiere de recursos, y terminar con una gran lista de privilegios (no conductas ilegales sino recursos de los que se benefician diferentes sectores).

Y vean la excelente oportunidad que la espontánea manifestación popular les ofrece para analizar sentimientos y motivaciones, y descubrir las razones de por qué les resulta tan difícil conectar con aquellos a los que representan.

Y consideren la posibilidad de que esa sociedad no esté dispuesta a soportar mucho tiempo más mirando al costado y tolerando esos privilegios, como los cientos de regímenes jubilatorios especiales de sectores específicos, que pagamos entre todos; o las legislaturas de algunas provincias, que tienen gastos absolutamente desproporcionados y constituyen fuente de empleo inagotable para familiares de dirigentes políticos.

O inaceptables empresas públicas que responden a un modelo de Estado solo presente para aquellos que trabajan en ellas, generando un déficit de más de 3.500 millones de dólares anuales. O Registros de Propiedad Automotor en manos de familiares y amigos de dirigentes políticos que se hacen ricos prestando un servicio que podría ser digital y gratuito.

> "Mientras, los responsables del fracaso se echan culpas unos a otros, nadie se hace cargo, la sociedad reclama tibiamente y el país continua sin rumbo".

Esos privilegios tienen respaldo en instrumentos legales que habrá que modificar o eliminar contando con mucho respaldo social para que haya posibilidad de superar la crisis y la decadencia, y construir un destino digno para los argentinos.

Arrastramos una deuda fenomenal: erradicar definitivamente la pobreza, y la mejor manera de hacerlo es a través de la educación, sin ella no hay desarrollo posible pues no estaremos preparados para resolver los desafíos de un mundo donde la carta ganadora es el conocimiento.

Mientras, los responsables del fracaso se echan culpas unos a otros, nadie se hace cargo, la sociedad reclama tibiamente y el país continua sin rumbo.

Viendo el actual estado de la Argentina, y los resultados obtenidos, estamos lejos de ser conducidos por los más aptos, y la igualdad al nacer, hoy es nada más que una ilusión, con los niveles de pobreza impiadosa de casi la mitad de los argentinos.

Esa multitud que tomó las calles, alegre de verse representada por la selección, y feliz de haber encontrado, por algunos momentos, en el fútbol, la representación que le niega la política no espera de ella, la compra de vuvuzelas y el ¡Vamos, vamos Argentina!... sino la recuperación del rumbo hacia una Patria más justa y equitativa. ■

(*) Presidente de IPEGSA (Instituto de Política, Economía y Gestión en 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) - ww.sssalud.gob.ar -RNOS 1-2210-4 RNMP 1252

UN MODELO PRESTACIONAL DISPENDIOSO

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Cuando calificamos de *dispendioso* el modo en que funcionan nuestros recursos de atención médica, no sólo nos referimos a la cobertura gratuita que los efectores del Sistema de Salud proporcionan a los pacientes sin cobertura -nativos o extranjeros-, sino también a la conducta con que los actores asistenciales ejercen sus tareas habituales. En primer lugar, la disponibilidad de medios tecnológicos de diagnóstico ha reducido el tiempo dedicado al interrogatorio clínico y -sobre todo- a la paciencia de los profesionales para escuchar los síntomas que relata el enfermo y/o sus familiares. En lugar de registrar esos indicios para individualizar el problema, prefieren agregar medios de diagnóstico, que podrían seleccionarse con el simple recurso del examen físico.

Algunos ejemplos. Ante episodios de acidez postprandial o reflujos gastro-esofágicos en pacientes jóvenes, indican video-endoscopías altas, necesarias para una presunción diagnóstica más seria. Una modesta proctorragia de hemorroides, induce video-endoscopías bajas, que podrían sustituirse con un simple tacto anal. Suponiendo que el antígeno prostático específico (PSA) es suficiente, eluden el tacto prostático rectal, sin palpar el tamaño y la consistencia de la próstata. Se piden ecografías con efecto Doppler-color para buscar nódulos tiroideos por primera vez, sin haberlos hallado previamente con una ecografía simple.

En la entrevista clínica inicial se ha abandonado el examen físico básico (auscultación cardiopulmonar, pulso y presión, palpación abdominal, peso y talla) de la Semiología, y se empieza con análisis de rutina y algunos estudios de imágenes. Los análisis de rutina se han ido multiplicando hasta más de 20 determinaciones, sin que estén fundamentadas por un diagnóstico diferencial. El razonamiento esencial de la Clínica Médica ha sido reemplazado por estudios en "tiro de escopeta", con los que se espera descubrir lo que el criterio clínico no ha sabido explorar. Esta conducta asistencial, no sólo es técnicamente inadecuada, sino que incrementa el costo de la atención médica y el *desperdicio* de estudios efectuados sin una finalidad diagnóstica específica.

A menudo los *papers* especializados terminan recomendando la necesidad de la *detección precoz* -como única estrategia preventiva-, lo que termina sobrecargando estudios, como parte de un *screening*, sin agregar recomendaciones generales que contribuyan -en una verdadera estrategia preventiva- a evitar que las enfermedades se produzcan. En la práctica corriente se encuentran diabéticos tipo II, tratadas con complejos esquemas de nuevos hipoglucemiantes y monitoreos de glucemia, sin indicaciones dietéticas, ni programas sistemáticos de actividad, caminatas o viajar en transporte público. Para osteopatías metabólicas de la menopausia, se esmeran en explorar nuevos "calcificadores" esqueléticos de alto costo, sin recomendar ejercicios físicos y moderada exposición al sol, como principal criterio preventivo de la osteopenia. Se satura la publicidad de cremas con protectores solares al 50%, para prevenir el cáncer de piel. No se trata de tomar sol durante horas, sino de llevar partes de la piel descubiertas al caminar, unos 15 minutos por día para sintetizar vitamina D. El "agujero de ozono" sólo afecta el extremo sur de la Patagonia.

Otro factor de distorsión es cierta información existente en Internet. Es bueno que la población reciba información y educación sanitaria, pero algunos pacientes piden mediciones de todo tipo de vitaminas y oligoelementos, cuya significación por supuesto ignoran. En realidad, la correcta alimentación, si no existen indicaciones o restricciones específicas, consiste en consumir verduras y frutas variadas, lácteos, huevos, cereales y alimentos proteicos, incluyendo el pescado, para resolver las distorsiones de la dieta de los argentinos. Si no hay contraindicaciones específicas, la alimentación y la actividad física no deben ser protocolos científicos, sino acciones fisiológicas saludables.

Muchos se preguntan ahora, por dónde empezar para reformar nuestro Sistema de Salud, que llega a consumir casi un 10% del PBI, que resulta gravemente deficitario para los pacientes que tienen cobertura, y que deja más de un 40% de la población sin cobertura. La organización es fragmentada y no sustentable: más de la mitad de las obras sociales (OS's) no alcanza a cubrir el costo actual de la atención (PMO). La atención no garantizada por OS's o prepagos, debe ser proporcionada por servicios públicos, que lo hacen en modo caritativo. Los costos se siguen incrementando con el precio de los medicamentos accesibles y nuevos tratamientos de montos inalcanzables, que en algunos casos terminan siendo subsidiados por el Estado o judicializados.

Algunos protagonistas sostienen que el Estado debería dedicar más recursos para financiar la salud, con la suposición implícita de que es una garantía de equidad distributiva. Pero precisamente el Estado es el más dispendioso y menos equitativo de los actores, como quedó demostrado en la pandemia. Otros proponen reformular el régimen de OS's, es decir abordar el sistema por la Seguridad Social (SeS). Pero el enfoque con que unos y otros alientan esos abordajes es netamente *asistencialista*. Los hospitales públicos fueron pensados para ser sostenidos por el Estado, con acceso gratuito de todos los usuarios, "para garantizar integralmente sus derechos". Las OS's fueron diseñadas, para que los trabajadores mediante sus tributos y los patronales, "no tuvieran que concurrir al hospital público para ser atendidos como *ciudadanos de segunda*". Las empresas de medicina prepaga (EMP's) fueron organizadas para proveer servicios de *alta gama* para trabajadores y funcionarios de mayor poder adquisitivo, pero no como un contrato bilateral de seguro. En todos los casos, los proyectos fueron encarados desde la **oferta**, es decir, desde los actores hacia los usuarios, por lo que el conjunto del sistema resulta *asistencialista*: si no alcanzan los recursos, se verá cómo puede resolverlo el Estado, que no tiene más fondos, ni poder suficiente para hacerlo.

Si en lugar de pensarlo en clave *asistencialista*, se encarara desde el punto de vista de la **demanda**, es decir, formulando el sistema como *aseguramiento* -mediante un régimen de *distribución de riesgos* sociales, que nunca será infinito-, sino con una clara definición de los beneficios cubiertos, la estimación *actuarial* de la siniestralidad y el cálculo del costo distributivo de la cobertura, según el nivel de riesgo. Con el enfoque de articular un sistema, donde los beneficiarios prevengan *colectivamente* sus riesgos en salud, contribuyendo con una magnitud proporcional de la prima de aseguramiento. Las OS's, las EMP's (que adhieran al sistema) y la cobertura estatal (sea la CUS, planes Nacer o Sumar) deberían contar con un *ente reasegurador*, para los riesgos que excedan la *siniestralidad* previamente estimada y claramente definida, en base a *prioridades* sanitarias, no según relatos de *integralidad*, que nunca se concretan …o quedan en el camino. Los sistemas de salud son un instrumento de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la población. Pero el bienestar general no depende sólo del Sistema de Salud, sino del complejo económico-social de la política predominante en el entramado social. ■

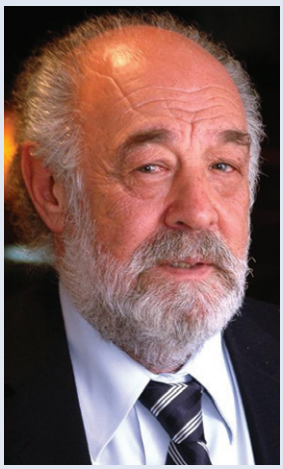
(*) Médico sanitarista. Autor de "Un sistema de salud de más calidad" (Prometeo, 2020). Director de la Maestría en Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló. Miembro del Grupo PAIS.

100% de cobertura en Anticonceptivos

Tenés derecho.

www.ospat.com.ar/anticoncepcion

OTRO AÑO SIN SALUD: LA OTRA PANDEMIA Y EL DESAFÍO DE INNOVAR



"En los momentos de crisis, sólo la imaginación es más importante que el conocimiento".
Albert Einstein

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

Arribamos a otro diciembre que no da muchos motivos para celebrar, con dos temas que sobresalen muy concretos y expresivos sobre las fallas de campo sanitario: un aumento exponencial de casos de Covid-19, que muestra que la pandemia no es algo que haya sido superado, y los reclamos de residentes que desnudan un sistema fallido por donde se lo mire.

Como ya hemos señalado, la pandemia no dejó de demostrar las debilidades del sistema. Se sostuvo mal y se desatendió muchas otras cuestiones de salud que hace rato empezaron a mostrar sus consecuencias. La lógica fue encarar la pandemia como si se tratara de un tornado que concentra su fuerza en un momento en el que se relegan otras cosas, y luego se vuelve a la normalidad atendiendo a sus efectos. Lo cierto es que se trata de una nueva variable permanente, con sus fases diferentes, pero que debía encararse en concordancia *con todo el resto de la salud pública.*

El "sistema" sanitario quizás no colapsó, pero podría decirse que implosionó o se pinchó. Ya no se trata de un sistema público con limitaciones, sino del total del área sanitaria desfasada y desatendida, con un vaciamiento de obras sociales y prepagas, con mano de obra cara que se vuelca al sistema privado particular (gasto de bolsillo), y con la mano de obra barata que salió a decir basta. Efectivamente, la utilización de los residentes que desatiende su formación es una clara muestra de la desestructuración y anomia del sector público, sin omitir que afecta de igual manera al sector privado.

Pero el tema sobresale casi únicamente por el costado salarial, aunque debería permitir ver las grietas de un "sistema de residencia" que hace rato no cumple satisfactoriamente con las tareas de preparación médica que debería. El reclamo salarial es sin dudas legítimo y resulta básico. Es incluso necesario como parte de una forma de sustento que permita un mayor involucramiento profesional con la tarea. Pero si la cosa queda sólo ahí, significa desaprovechar una oportunidad de calar más hondo. Por qué no reclamar por un mejor sistema de residencia, de atención médica, de formación profesional. Como lo supo resumir un reclamo histórico de trabajadoras: *es por el pan que luchamos, pero también por las rosas.*

Repasando este año (y el anterior), no podemos dejar de nombrar el rol de involucramiento de los profesionales en sus instituciones, que ha brillado por su ausencia. Se discute crear más universidades, cuando evidentemente se trata de qué se hace (y qué no) con las que ya tenemos. Sufrimos de una innegable ausencia de actores (e incluso voces) institucionales que se pongan a la altura de las circunstancias y adquieran una *actitud propositiva*. Nuevamente, es una variante del pensamiento mágico, donde las universidades por sí solas serían la solución, lo mismo que leyes que buscan transformar la realidad a fuerza de decretos. Vale una vez más la máxima de Siegfried Kracauer: *"No se trata de transformar las instituciones, sino de que los hombres cambien las instituciones"*.

En términos más amplios, y entrando en un año electoral, preocupa la mezcla de ceguera y cinismo, por no usar adjetivos más fuertes. Pasamos de la posverdad al *gaslighting* [1], es decir, del engaño a la manipulación; de la despreocupación por la verdad al más bochornoso fraude moral (de un *término* a la *técnica* de su aplicación). No solo fallan las autoridades de distinto rango, sino que también el propio basamento ético, el cemento moral de la comunidad está roto. ¿En qué confiamos los argentinos? Apenas nos ilusionamos con una buena cosecha, Vaca Muerta o el litio; y en proseguir con la cuarta, quinta y sexta dosis de la vacuna, cualquiera sea la que consigamos.

Podríamos graficarlo como otra pandemia, una más oculta y por ello mismo más dañina. La pandemia de la ignorancia, la negación, la negligencia, la ceguera. Debemos salir de *la ilusión de las alternativas*, que nos aprisionan y limitan a todos. Como el caballero del relato de Geoffrey Chaucer (La mujer de Bath) quien termina negándose a la resignación de optar entre las alternativas extorsivas que se le brindan para sobrevivir, y sólo entonces logra superar el estancamiento. Hay que abrirse paso entre la maleza y generar un nuevo camino. Tenemos herramientas, experiencia, modelos, personas idóneas, instituciones con trayectoria. Se trata de ponerlo en marcha. Se trata de animarse a innovar. De invitar a crear algo distinto, algo mejor, en lugar de conformarse con más de lo mismo, emparchando y maquillando.

El norte deben ser las prioridades planteadas con toda claridad, y si los resultados no son satisfactorios, entonces habrá que cambiar algo. Lo cierto es que las prioridades que nos había impuesto la pandemia

> "En un nuevo año electoral, la salud debería ser un tema prioritario que movilice discusiones, debates, pero sobre todo propuestas, y no meros eslóganes vacíos. La compulsa democrática es una oportunidad donde se dinamiza la interacción entre representados y representantes: donde los liderazgos políticos interpelan a la ciudadanía y viceversa".

no las hemos reparado: seguimos sin médicos (los hay en términos absolutos, pero no distribuidos de manera racional en especialidades y territorios y disponibilidad de atención equitativa), sin personal de enfermería suficiente y jerarquizado, sin la infraestructura adecuada, sin los equipos ejecutivos de gestión, sin siquiera un **Observatorio Nacional de Salud** que genere datos fidedignos e información permanente, y un largo etc.

El reclamo de los residentes, la falta de información transparente y confiable, y muchos otros temas, cada uno podría constituirse en una buena punta de ovillo para comenzar no a tirar de la misma, lo que tensaría más la madeja, sino a desanudar con paciencia. Debemos, por ejemplo, reiterar la necesidad de una **Gerencia Pública Contable**, con agenda por etapas, y con gestión y presupuesto por resultados, empleando criterios de producción pública (*"empresas públicas de servicios"*). El mismo además debería contar con una **Oficina de Información y Comunicación**, encargada de unificar las alertas y campañas, reemplazando la habitual fragmentación comunicacional espontánea, por un mensaje institucional claro y unívoco, frente al impacto emocional que influye en la salud mental y en la convivencia cotidiana, elementos estos imprescindibles para una gestión eficiente. Subordinados ambos a un "tablero de comando", dependiente de un **Gabinete Estratégico de Gestión Operacional**.

En definitiva, la verdadera alternativa es construir **un sistema federal integrado de salud**, lo que no significa empezar de cero. Contamos con elementos, pero hay que diseñar un nuevo funcionamiento orgánico de la totalidad. Puede ser de distintas maneras, pero es un crimen persistir en alargar la deformidad del presente. Lo expresó hace siglos San Agustín: *"errar es humano, persistir en el error es diabólico"*.

En un nuevo año electoral, la salud debería ser un tema prioritario que movilice discusiones, debates, pero sobre todo propuestas, y no meros eslóganes vacíos. La compulsa democrática es una oportunidad donde se dinamiza la interacción entre representados y representantes: donde los liderazgos políticos interpelan a la ciudadanía y viceversa.

El camino a recorrer no es corto ni fácil, pero resulta imprescindible empezar a caminarlo. ■

REFERENCIA

1) Es la manipulación psicológica de una persona, generalmente durante un largo período de tiempo, que "causa que la víctima cuestione la validez de sus propios pensamientos, percepción de la realidad o recuerdos y generalmente lleva a la confusión, pérdida de confianza y de autoestima, incertidumbre sobre la estabilidad emocional o mental de uno mismo, y una dependencia del perpetrador" (del diccionario Merriam-Webster).

(*) 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; Coordinador del área de Salud Pública, del Depto. de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos. 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).

LA OTRA OLA

Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)

Para cualquier persona mínimamente interesada en la problemática social es fácil comprender la relación entre economía y salud de una población. De igual forma resulta muy intuitiva la vinculación de diversos factores que expresa el conocido ciclo *salud-economía-bienestar*; o la de los llamados *determinantes sociales* y las consecuencias medidas en términos de sufrimiento y muerte prematura en una población.

A nadie debería sorprender entonces que estemos atravesando un momento, desde el punto de vista sanitario, tanto o más crítico que los últimos dos años que hemos vivido bajo la amenaza del Covid-19.

¿Contar con más terapias intensivas, y más respiradores sería una respuesta adecuada para enfrentar esta situación? Decididamente no. Esas fueron prioridades en la urgencia epidemiológica planteada a partir de marzo de 2020. Pero no son las herramientas necesarias para enfrentar una nueva *ola* de la que no se habla.

Y es que salvo que asumamos que por algún motivo nuestro sistema de salud (en su conjunto) ha salido de estos últimos tres años suficientemente fortalecido y ofrece ahora una accesibilidad adecuada y condiciones de calidad buenas o muy buenas, la situación sanitaria va a seguir deteriorándose. Todo indica lo contrario, y otra "ola" comienza a inundarnos, aunque tenemos pocas noticias de ella.

Por una parte, en el mundo se generan evidencias del impacto del aislamiento prolongado (la "*cuarentena*") en múltiples áreas de la salud poblacional: la caída en las coberturas de vacunación, la pérdida de oportunidades de intervenciones preventivas efectivas, la interrupción de los controles en enfermos crónicos, y, particularmente, el impacto del aislamiento por sí mismo, especialmente en los dos extremos del ciclo vital en lo referido a condiciones vinculadas con la maduración psicomotriz y la salud mental.

Además, claro, de la por ahora no del todo clara cuestión de las consecuencias mediatas del Covid-19, del Covid prolongado *(Long Covid)*, y eventualmente de la vacunación específica.

En la Argentina contamos con algunos informes y datos parciales que nos permiten suponer que no somos la excepción. Y no tendríamos por qué serlo.

Pero además hay que sumar el impacto de la crisis económica y social que sufrimos -y esa sí es nuestra- con el aumento de la pobreza, la indigencia, y el deterioro de la economía. Todas cuestiones que indudablemente están impactando en la salud de los argentinos, en múltiples formas.

Aunque no sean visibles en los medios de comunicación, ni en boca de los líderes de opinión. Ignorar que esto sucede, y se agravará, es desmentir todo lo dicho y escrito sobre la vinculación entre las condiciones de vida, la salud y el bienestar.

Nos faltan además los indicadores sanitarios cuanti y cualitativos que nos permitan, en forma oportuna, planificar acciones para reducir los daños que, como mencionamos antes, se expresan en sufrimiento evitable y muertes prematuras, y en un espiral de mayor deterioro de las condiciones sociales y económicas.

Pasados los aplausos de hace casi tres años, el protagonismo de la atención de la salud colectiva en la agenda pública se diluyó rápidamente, y todo volvió a ser igual que antes -o peor- para los equipos de salud en cuanto a condiciones de trabajo y remuneración, tal como recientes conflictos en el sector han puesto en evidencia.

Nada de fondo se ha modificado efectivamente en materia de organización e integración del sistema o fortalecimiento del capital humano en busca de adecuar la cobertura y mejorar el acceso y la calidad de los servicios. Por el contrario, asistimos a un progresivo deterioro de estas condiciones, en todos los subsectores de la salud.

Algunas medidas se han tomado en lo referido al financiamiento, pero siempre en el contexto de la puja política entre grupos o subsectores con mayor poder de *lobby*, sin una perspectiva de sistema y sin algún marco de acuerdos sectoriales que otorguen consistencia a procesos de cambio que son imprescindibles.

Nada indica que los tiempos de la política en un año electoral permitan construir esa racionalidad. Pero la necesidad de modificar las reglas de juego de la organización y el funcionamiento del sistema es más acuciante que hace unos pocos años. O algunas décadas. Y no a la inversa. Comprenderlo es responsabilidad de la política.

Es de esperar entonces que, alcanzados por esta ola de pobreza y crisis social, le vaya mucho peor a los que peor están, pero más tarde o más temprano nos vaya peor a casi todos. Porque algunos siempre se salvan, claro. ■

(*) Médico. Mg. en Economía y Ciencias Políticas.

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.

OSDO
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN

PREVENCION QUE LIMITA RIESGOS ECONOMICOS

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

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

www.prudenciaseguros.com.ar » prudencia@prudenciaseguros.com.ar
Palacio Houlder, 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

DE CERCA NADA ES NORMAL

Por el Lic. Patricio Pasman (*)

El elogio habitual de mi madre cuando conoce a una persona que le cae bien, es decir que es muy normal. Ser una persona "normal" sería ser "gente de bien", pensar lo "normal", lo de siempre, lo esperable.
Suena razonable ya que finalmente ser "anormal" siempre ha sido un insulto, alguien que vive o piensa "fuera de la norma".
Caetano Veloso en su fantástico tema "Vaca Profana", nos regala otra mirada diciendo que "nadie de cerca es normal". A medida que nos acercamos más al conocimiento de una persona, mejor podemos ver su singularidad, riqueza y profundidad. En definitiva, llegar a acercarnos a la punta del iceberg de ese misterio que somos cada uno de los seres humanos.

Filosofaba sobre este debate imaginario entre mi madre y Caetano, mientras pensaba en cómo había sido el año 2022 para el sector de las obras sociales y la medicina prepaga.

Viniendo de dos años tan atípicos como fueron el 2020 y 2021, lo primero que me surgió es que **habíamos vuelto a tener un año "normal".**

El año 2020 la pandemia sacudió al mundo y nos cambió en muchos aspectos.

En el sector tuvimos que adaptarnos rápidamente a operar en forma remota y monitorear permanentemente que las coberturas y el acceso a las prestaciones estén a la altura de las circunstancias. Avanzamos significativamente en consultas médicas virtuales, receta digital y portales y aplicaciones de autogestión. Creo que salimos medianamente bien parados según la opinión de nuestros usuarios.

El año 2020 tuvo muy poco de esa "normalidad" que tanto elogia mi madre.

En el año 2021 tuvimos un desborde del gasto. Los usuarios salieron en forma masiva a realizarse chequeos, consultas y estudios médicos que no habían realizado el año anterior. Las prestaciones médicas, odontológicas y de salud mental crecieron en exceso, finalizando el año con tasas de utilización en niveles "anormales".

Algunos prestadores médicos, ante la merma de clientes/pacientes durante la estricta cuarentena del año 2020, comenzaron a utilizar eficientemente herramientas de marketing digital para promover el uso de los servicios que prestan, en especial todo lo relacionado a estudios preventivos.

Esta utilización "anormal" de los servicios de salud estuvo combinada con un significativo atraso en los precios de los planes. Ante la compleja situación económica vivida durante la pandemia, los aumentos autorizados por el gobierno fueron muy bajos comparados con la inflación. **Mientras que la inflación acumulada de estos dos años fue de 105%, el aumento autorizado a las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) fue de 62%.**

Podemos todos imaginar las importantes pérdidas económicas que las EMP tuvieron con este "choque de planetas" de consumo postergado y precios atrasados. **Otro año muy "anormal".**

En una primera mirada del 2022, se tiende a pensar que se volvió a la "normalidad". Las tasas de utilización, por ejemplo, volvieron a parecerse a las del año 2019.

Sin embargo, como sugiere Caetano Veloso con las personas, si miramos más de cerca nos encontramos que tiene poco de "normal". Comencemos con lo sucedido a fines de octubre.

A mediados de año, para evitar la subjetividad y el oportunismo político del gobierno de turno en el otorgamiento de los aumentos a las EMP, el Ministerio de Salud definió a través de la Resolución 1293-2022, un índice para el ajuste de las cuotas. Una muy buena medida sin duda que garantizaba previsibilidad y seguridad jurídica. Los aumentos no se establecerían en función al lobby y las negociaciones entre cámaras y funcionarios de turno. Un índice técnico que, entre otras virtudes, libera al Gobierno a exponerse públicamente autorizando los aumentos.

El índice de incremento a partir de mitad de año fue el producto de una matriz de costos con una incidencia diferente según el componente del gasto. La incidencia quedó establecida en un 52,4% en la variación de los recursos humanos, un 12,2% de los medicamentos, un 17,2% de insumos médicos y un 18,2% de otros insumos y gastos generales.

Este nuevo índice reflejó en agosto un aumento del 11,34% y en octubre un 11,53%.

En diciembre el índice fue de 13,8%.

A fines de octubre, unos días después de comunicar este incremento a los usuarios con más de 30 días de anticipación como dice la ley, la vicepresidenta de la Nación emitió un tweet.

Un solo tweet. Menos de 280 caracteres. Solo 256 caracteres para ser más precisos.

Decía lo siguiente:

"Resulta francamente inaceptable el nuevo aumento, esta vez de dos dígitos (13,8%), que el Gobierno autorizó a las empresas de medicina prepaga, y que de esta manera suman el 114% anual de aumento otorgado. O sea, más de un 20% sobre la inflación anualizada".

En realidad, no fue uno solo. Hubo otro tweet, aunque con el anterior ya bastaba.

El segundo decía:

"Oportuna y reservadamente, manifestamos nuestra opinión contraria a seguir concediendo aumentos que afectan a las familias argentinas en un servicio imprescindible como el de la salud y que además agrava al proceso inflacionario".

Pocos días después de conocerse ese tweet, el gobierno emitió a las apuradas dos DNU (decreto de necesidad y urgencia) y dos resoluciones que vuelven a cambiar las reglas de juego. Como se sabe, estos permanentes cambios afectan considerablemente la tasa de inversión y el consecuente desarrollo de nuestro país. Me ha tocado trabajar para distintas empresas extranjeras que invirtieron mayormente en los años 90 y luego se fueron del país. Esta era una de sus mayores preocupaciones.

Terminando de escribir este artículo a mediados de diciembre, aún no sabemos cómo se van a poder administrar estos decretos. La improvisación y el apuro traerán innumerables inconvenientes al sector, incluyendo también a usuarios y prestadores.

Otra de las "anormalidades" de nuestro sector, es continuar con la cobertura de medicamentos de alto precio, inviable para muchas de las EMP. Lo "normal", como sucede por ejemplo en nuestros países vecinos Chile y Uruguay, sería que fueran cubiertos por un fondo nacional y no por las entidades.

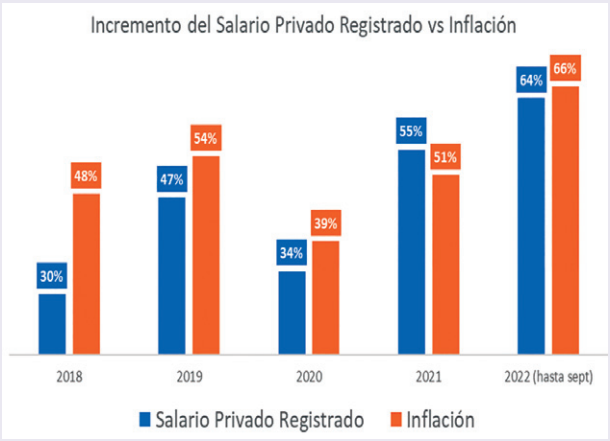
Algunos ejemplos de medicamentos de alto precio para tomar dimensión del problema son: Zolgensma de U$S 2,125 millones o el Spinrazza U$S 750 mil primer año y U$S 375 mil a partir del segundo de por vida, ambos para el AME (Atrofia Muscular Espinal); el Zokinvy para Síndrome de Hutchinson-Gilford con un costo de U$S 1,03 millones por año o el Aduhelm para la enfermedad de Alzheimer a U$S 56 mil por año.

El gasto en medicamentos de una EMP que solía estar en el orden del 20% del gasto total, hoy representa alrededor del 30%. Lo mismo sucede con el gasto en prótesis y estudios de diagnóstico. Todos crecen desde hace muchos años por encima de los ingresos.

Una de las consecuencias no deseadas, es que inevitablemente se destina año a año un menor porcentaje del gasto en honorarios médicos. Muchos médicos dejan de atender por prepaga o intentan cobrar un "plus" a los asociados.

Con respecto al país, los indicadores no son alentadores. Uno de los motores de crecimiento del sector es la evolución del empleo privado registrado. Ese motor esta apagado. El empleo privado registrado, se encuentra prácticamente estancado desde hace 10 años. No así el empleo público que creció un 32% en esos mismos años.

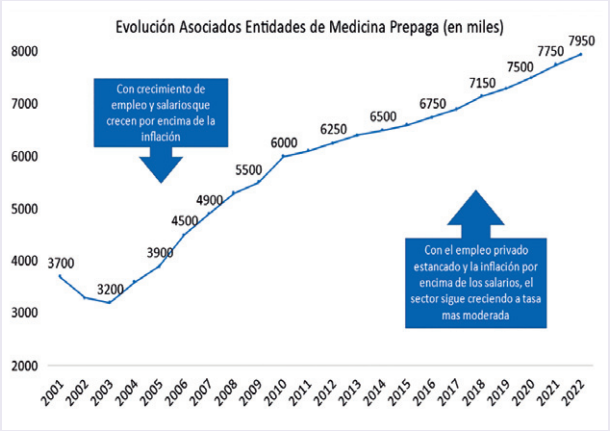
Otro indicador es la variación del salario comparado con la inflación que nos muestra dos datos muy relevantes. Por un lado, el poder adquisitivo de los empleados en relación de dependencia. Por el otro los ingresos de aportes y contribuciones a las obras sociales.



Salvo en el año 2021, el poder adquisitivo y el ingreso de aportes y contribuciones a las obras sociales vienen por debajo de la inflación. En estos 5 años el deterioro ha sido muy significativo.

Según el informe recientemente publicado de IPEGSA, PROSANITY y la USAL, **sobre un total de 290 obras sociales nacionales, hay 140 que no reciben los ingresos suficientes para poder cubrir el PMO** (Programa Médico Obligatorio). En términos de beneficiarios la situación es mucho más grave aún, ya que **estas 140 obras sociales brindan cobertura al 77% del padrón de beneficiarios del sistema**. Una catástrofe sanitaria de la cual poco se habla lamentablemente.

Es llamativo que el sector de las EMP sigue creciendo. El relevamiento que vengo haciendo todos los fines de año muestra que el sector está cerca de alcanzar los 8 millones de afiliados.



Pese al estancamiento del empleo privado y la pérdida del poder adquisitivo, la medicina prepaga es un aspiracional de la población y año a año hace más esfuerzos para mantenerse o ingresar al sistema. Puede verse con claridad que la tasa de crecimiento era mayor cuando los salarios crecían por encima de la inflación y se generaba empleo privado.

Este fin de año nos encuentra a todos unidos luego del campeonato del mundo ganado por nuestra selección de fútbol. Mucho se viene escribiendo acerca de los valores que lo llevaron al triunfo. **Esfuerzo, liderazgo, humildad, inteligencia y trabajo en equipo, son algunos de esos valores que necesitamos para nuestro sector y para el país.**

Brindemos por esto ¡Salud! ■

(*) Consultor de Entidades de Medicina Prepaga

OSIM 50 años
OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN
50 años de trayectoria y compromiso, brindando salud de calidad
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

EL CONTRATO DE FIDEICOMISO EN LAS OBRAS SOCIALES

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

Mediante la Resolución 1806/2022 la Superintendencia de Servicios de Salud ha regulado la celebración de contratos de fideicomiso de administración por parte de los agentes del seguro de salud.

Recordemos previamente cuáles habían sido las normativas dictadas en el último tiempo sobre esta materia. Mediante la Resolución 615/2011-SSSalud, el organismo de contralor había prohibido expresamente la suscripción de contratos de fideicomiso de administración. Esta normativa recibió críticas de nuestra parte, toda vez que no puede admitirse la prohibición por resolución de un organismo de la Administración de actos jurídicos que están admitidos y regulados por ley.

Posteriormente, la Superintendencia dictó la Resolución Nº 346/2018-SSSalud que permitió los fideicomisos de administración, con dos tipos de limitaciones: a) vinculada a la cuenta recaudadora, disponiendo que podrían constituirse a partir de dicha cuenta, y b) con una limitación temporal que no podía exceder el mandato de las autoridades que en ese momento tenía el agente de salud de que se trate. También recibió nuestra crítica, desde que impone obligaciones que desnaturalizan el instituto y violan las previsiones de la normativa vigente a ese momento.

Esta nueva norma (Boletín Oficial del 17/11/2022) reglamenta la posibilidad para los agentes del seguro de salud de celebrar contratos de fideicomisos de administración, en carácter de fiduciantes y conforme las pautas establecidas por el Código Civil y Comercial de la Nación.

Al respecto, recordemos que los Capítulos 30 y 31 del Código Civil y Comercial de la Nación reglamentan el contrato de fideicomiso en los artículos 1666 al 1707 de ese cuerpo normativo, definiendo al contrato de fideicomiso del siguiente modo: *"cuando una parte, llamada fiduciante, transmite o se compromete a transmitir la propiedad de bienes a otra persona denominada fiduciario, quien se obliga a ejercerla en beneficio de otra llamada beneficiario, que se designa en el contrato, y a transmitirla al cumplimiento de un plazo o condición al fideicomisario"*. Las normas regulan el contenido del contrato (art. 1667), el plazo (art.1668) que no puede superar los treinta años, la forma (art.1669) que puede celebrarse por instrumento público o privado (con limitaciones) y que debe inscribirse en el registro que corresponda.

Es importante señalar a esta altura, que la regulación que se impone con esta norma para la constitución de fideicomisos de administración se refiere específicamente a las previsiones del artículo 1682 del Código Civil y Comercial de la Nación en cuanto prescribe: *"Propiedad fiduciaria. Sobre los bienes fideicomitidos se constituye una propiedad fiduciaria, regida por las disposiciones de este Capítulo y por las que correspondan a la naturaleza de los bienes"*. Esto supone, en consecuencia, que este acto administrativo que estamos analizando permite y reglamenta la transferencia de la propiedad fiduciaria de la cuenta recaudadora de los agentes del seguro de salud.

Por su parte, el artículo 1683 dispone que *"Efectos frente a terceros. El carácter fiduciario de la propiedad tiene efectos frente a terceros desde el momento en que se cumplen los requisitos exigidos de acuerdo con la naturaleza de los bienes respectivos"*. Es decir, entonces, que la transferencia de la propiedad fiduciaria de la cuenta recaudadora habilita repelar cualquier reclamo /acción / medida que pretenda ejecutarse sobre dicha cuenta a partir de la constitución del fideicomiso. Ese había sido el fundamento del dictado de la Resolución 615/2011-SSSalud ya citada; y también la argumentación acerca de "poner en jaque" al sistema a través de la proliferación de mecanismos contractuales como éste. Disentimos desde el mismo momento del dictado de esa norma (ya derogada) con sus fundamentos y más con sus consecuencias, por las argumentaciones expresadas en el primer párrafo de este informe. En todo caso, habrá que regular aquellos aspectos que resulten específicos de la actividad de que se trate y en este caso es necesario establecer mecanismos que eviten la constitución de un fideicomiso en fraude a los acreedores anteriores a su suscripción. En síntesis, no se puede legislar el uso por el abuso.

Volviendo a la resolución en análisis (la Nº 1806/2022-SSSalud), la norma en su artículo 1 habilita la posibilidad de celebrar contratos de fideicomiso de administración entre varios Agentes del Seguro de Salud con un mismo fiduciario, sin que ello los exima del cumplimiento de sus obligaciones a título individual por parte de aquéllos. Dicho de otro modo, puede un mismo agente fiduciario revestir ese carácter respecto de más de una obra social.

Finalmente, el artículo 1 introduce el requisito de presentar los contratos para su verificación y registro por ante el organismo de contralor (en el caso, la Gerencia de Control Económico Financiero de la SSSalud). Hacemos hincapié en la **verificación y registro**, sin que ello implique pronunciarse sobre la *aprobación* del referido contrato.

Señalemos algunos requisitos que impone la norma:

- A los agentes del seguro de salud, informar las modificaciones y extinciones de los contratos.
- A los fiduciarios, la exigencia de abrir una cuenta fiduciaria en instituciones bancarias oficiales e informarla dentro del plazo de treinta días. Se deberán someter al contralor de la SSSalud.
- Sin perjuicio del plazo de vigencia de contrato establecido por el artículo 1668 del Código Civil y Comercial de la Nación, la norma exige la facultad de rescindir *"en cualquier momento, incluso antes del vencimiento del plazo pactado"*, con un preaviso establecido en un plazo no menor a ciento ochenta (180) días.
- La obligación que se autoimpone la SSSalud de informar a la AFIP y a la ANSES los datos de las cuentas en las que se deberán depositar los aportes y contribuciones (bienes fideicomitidos).
- La suscripción del contrato de fideicomiso no enerva las obligaciones que los agentes del seguro de salud siguen manteniendo en cuanto a las disposiciones de las leyes 23.660 y 23.661.
- Los fiduciarios se someterán al control *"irrestricto"* de la autoridad de aplicación, obligación que se traduce en exhibir toda la documentación que se le requiera, vinculada a las operaciones incluidas en el fideicomiso de administración.
- Los fiduciarios serán solidariamente responsables, tanto frente a la autoridad de aplicación como hacia los usuarios de la obra social respecto de las obligaciones asumidas en el contrato.
- El Fideicomiso debe rubricar libros contables y mantener el archivo de toda la documentación respaldatoria de las transacciones.
- La Obra Social deberá contar con pleno conocimiento de los contratos prestacionales y acompañarlos a la autoridad de aplicación de conformidad y en los plazos de la normativa vigente.
- La Obra Social deberá implementar un plan de auditoría periódica del cumplimiento de las obligaciones asumidas por el fiduciario.
- Se instruye a la Gerencia de Control Económico Financiero del organismo a establecer un registro de contratos de fideicomisos celebrados e informados.
- Finalmente, la norma impone la adecuación de los contratos de fideicomiso vigentes a las disposiciones de este nuevo acto administrativo de alcance general, con una fecha límite fijada al 28 de febrero de 2023.

Consideramos que esta nueva normativa viene a traer un marco de funcionamiento regulado a un mecanismo de contratación que no sólo está vigente en varios agentes del seguro de salud, sino que está regulado por el Código Civil y Comercial de la Nación. Y lo que hace la resolución es adecuar su funcionamiento a esa normativa de alcance general. ■

EL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA ARGENTINA
¿ES EFICAZ LA ACTUAL POLÍTICA DEL GOBIERNO PARA CONTENER SUS PRECIOS?

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

El precio de los medicamentos ha crecido históricamente por encima del índice general de precios al consumidor (IPC) en nuestro país. Los diferentes gobiernos han desarrollado políticas diversas para enfrentar esta problemática sin mucho éxito. El actual Gobierno viene intentando que los precios de medicamentos suban menos que el IPC a través de una política de congelamientos temporales de precios acordados con las principales cámaras de la industria. Algo similar a los precios cuidados que implementa con otros rubros.

Los diferentes acuerdos de congelamiento de precios

A partir de la resolución conjunta 1/2020, emitida en noviembre 2020, producto de la disparada de precios de medicamentos relacionados con el Covid-19, se establecieron, por 150 días corridos, precios máximos de venta institucional a los organismos de salud de los subsistemas público, privado y de la seguridad social de todo el país para los medicamentos de terapia intensiva. Finalizado este acuerdo, en el segundo trimestre del 2021, los precios volvieron a dispararse.

Posteriormente y ante estos nuevos incrementos se firmó un nuevo acuerdo entre el Ministerio de Salud, CAEME, CILFA y COOPERALA para retrotraer los precios de los medicamentos de prescripción de todos los segmentos al precio de venta al público del lunes 1 de noviembre del 2021 y mantener dichos precios estables hasta el día 7 de enero del 2022. Nuevamente, finalizada la medida, los precios volvieron a subir, según da cuenta un informe del Observatorio de Costos de UAS, citado por el diario Página 12 el 20 de julio de 2022.

Producto de esos aumentos, el Gobierno vuelve a anunciar un nuevo acuerdo con las cámaras de laboratorios y empresas farmacéuticas para que durante los 60 días posteriores a esa firma los precios de los medicamentos estén un punto por debajo del Índice de Precios al Consumidor (IPC) del mes anterior y se anuncia también la implementación del programa "Pacientes Cuidados", que preveía un 35% de descuento en los valores de los remedios para la población sin obra social ni prepaga.

Finalizado ese acuerdo, el Gobierno nacional y los representantes del sector farmacéutico lo prorrogaron por 60 días, disponiendo un aumento máximo de los medicamentos de hasta un punto por debajo del índice de precios al consumidor (IPC) nivel general del mes anterior. Esa prórroga tuvo vigencia hasta el 18 de noviembre del año en curso (2022) e incluyó a todos los medicamentos que se comercializan a través de farmacias, sean por prescripción o de venta libre.

Recientemente, según se publicó en TELAM el 15 de diciembre próximo pasado, el ministro de Economía, Sergio Massa, anunció un nuevo acuerdo con las cámaras del sector farmacéutico para fijar un tope de aumento de precios para los medicamentos de venta bajo receta del 3,8% mensual, que regirá desde diciembre hasta el 31 de marzo de 2023.

El incremento de precios en este período

En esta misma revista en la edición de noviembre de 2021 publiqué que los precios de los medicamentos habían registrado incrementos superiores al alza de la inflación en 2020 (Observatorio de precios de costos de la salud de la Unión Argentina de Salud - UAS). Los medicamentos de uso hospitalario habían aumentado en promedio un 278%. Específicamente los medicamentos de terapia intensiva aumentaron un 439% durante la pandemia.

A su vez, según el trabajo de la UAS, los medicamentos de alto costo tuvieron aumentos superiores a 55%, mientras que los fármacos de uso común en pacientes ambulatorios aumentaron 46,1%. Por su parte, los fármacos para el tratamiento de VIH, hepatitis, ITS y tuberculosis aumentaron 84% en promedio. La variación acumulada de medicamentos y descartables con insumos Covid-19 fue de 119,7%; mientras que en los últimos cinco años los medicamentos aumentaron un promedio de 487%.

Según un revelamiento de Adecra-Cedim publicado en el diario La Nación, en el segundo y en el tercer trimestre se registraron los mayores aumentos (77% y 72%, respectivamente). En el último período del año y a inicios del 2021 el encarecimiento fue menor (en el primer trimestre el aumento de precios llegó a ser menor a la inflación del período). Esto se debió, según el informe, a la resolución conjunta 1/2020. Pero una vez finalizado este acuerdo, en el segundo trimestre de ese año, los precios volvieron a dispararse con un aumento promedio de estos insumos del 18%, es decir, 10 puntos porcentuales más que el período anterior.

Por otro lado, el informe "Análisis de la variación de precios de medicamentos", de abril del 2022 de la Dirección de Economía de la Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Nación observó que todas las canastas (venta libre, laboratorios seleccionados, medicamentos de venta bajo receta), superaron el comparador económico del CER (16,2%) y el comparador económico del tipo de cambio (10,5%) en lo que iba del año 2022. Cuando analiza la variación interanual el informe observa que todas las canastas menos la de medicamentos de venta bajo receta superan el comparador económico del CER (52,4%) y absolutamente todas superan al comparador económico del tipo de cambio (20,5%).

A su vez, según un informe del Observatorio de Costos de UAS, citado por el diario Página 12 el 20 de julio de 2022, en enero del 2022 los medicamentos aumentaron el 3,6%, en febrero, 4,1%, y en marzo se da un salto del 6,6% (datos relevados por el Centro de Profesionales Farmacéuticos,

> "El precio de los medicamentos ha crecido históricamente por encima del índice general de precios al consumidor (IPC) en nuestro país. Los diferentes gobiernos han desarrollado políticas diversas para enfrentar esta problemática sin mucho éxito".

Ceprofar) y en abril el incremento fue del 2,8%. En mayo de ese año, según lo refleja UAS, los aumentos volvieron a superar la inflación general, promediando el 6,1%.

El relevamiento realizado entre el 1 de enero y el 10 de noviembre de 2022 por el Centro de Profesionales Farmacéuticos (Ceprofar) y publicado por el medio Urgente 24 el 23 de noviembre de este año, revela que los precios de los medicamentos aumentaron en total 79% con respecto al año pasado e incumplieron así con el compromiso con el Gobierno. El segmento de venta libre se elevó 82,3%, algo similar a las drogas recetadas. Ambos valores siguen estando por encima del IPC que en mismo período fue del 76,6% según el INDEC.

Según el mismo informe, hay diferencias de entre 3 y 6 veces entre la marca más cara y la más económica en medicamentos muy usados; por ejemplo, omeprazol (antiulceroso), losartan (antihipertensivo), clopidogrel (antitrombótico), enalapril (antihipertensivo), drospirenona (anticonceptivo), paracetamol (analgésico), ibuprofeno (analgésico), entre otros.

Desde el Observatorio de Costos de la Salud de la Unión Argentina de Salud (UAS), la entidad que nuclea a las principales empresas del sector privado del sistema sanitario del país se advierte que *"A diferencia de lo que plantea el Gobierno, en el mes de julio de 2022 los medicamentos ambulatorios aumentaron 7,36% con respecto a junio de 2022, según datos de la Confederación Farmacéutica Argentina"*.

Algunas conclusiones

Los acuerdos de precios temporales en un contexto de alta inflación no son adecuados para mantener el incremento de los precios de estos por debajo del incremento del IPC u otros indicadores como hemos visto. El problema del incremento de precios de los medicamentos por sobre la inflación es un problema crónico.

Se debe contar con información confiable de precios de medicamentos, centralizar la política de medicamentos hoy altamente fragmentada, implementar un programa de uso racional, desarrollar un verdadero mercado de genéricos, generar un listado nacional de medicamentos mandatorio para las compras de organismos oficiales y agentes del seguro, eliminar o disminuir la propaganda de medicamentos en medios masivos de comunicación, implementar la Agencia Nacional de Tecnologías Sanitarias con incidencia real en la política de medicamentos, entre otras medidas si queremos generar instrumentos adecuados para encarar el problema del precio de los medicamentos.

Caso contrario, los precios de los medicamentos seguirán ganándole a la inflación, impactando fuertemente en el bolsillo de los ciudadanos y en los presupuestos de los financiadores y aumentando las brechas de inequidad aún más a las actuales. ■

(*) Médico - Especialista en Salud Pública

UCA
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

LA REFORMA QUE SUPIMOS CONSEGUIR

Por el Dr. Mario Glanc (*)

La Argentina destina el 9,4% de su PBI al gasto total en salud. (Ministerio de Salud 2022). Dentro de ese 9,4%, sólo el 2,7 se sufraga con recursos provenientes de impuestos. El 0,5% a través del Ministerio de Salud, el 1,8% a través de las provincias y el 0,4% los municipios (Ibíd). Si bien el gasto total es de los más elevados de la región, el gasto público, entendido como proveniente de rentas generales, y excluyendo a Haití y a un par de pequeños estados insulares caribeños, es el más bajo de la Región. En toda América somos el país que menos gasta en salud a partir de recursos provenientes del bolsillo de sus ciudadanos. Aunque tal subfinanciamiento se compensa con aportes provenientes de otras fuentes (contributivos y bolsillo), organismos internacionales sitúan en un 6% del PBI el piso mínimo de gasto público para financiamiento de su sistema de salud (OPS-OMS). Provincias y municipios se encuentran limitados a las restricciones de su capacidad recaudatoria, su equilibrio fiscal, las cuotas de coparticipación, y el financiamiento complementario que puedan ofrecer algunos programas de carácter nacional. Por su parte, la seguridad social provincial, exhibe porcentajes de aporte, modelos de atención y resultados variables según cada jurisdicción, en un entramado de manifiesta porosidad entre ambos niveles, el contributivo y el que no lo es.

En la medida que esta estructura de financiamiento permanece inalterada en su peso subsectorial desde hace décadas, y que las restricciones fiscales a las que el país inevitablemente deberá hacer frente en un presente inmediato y en un futuro mediano, parece evidente que el modelo de cobertura pública en salud encontró desde el financiamiento, esperablemente su piso, pero también probablemente su techo, quedando para cada provincia un modelo de gestión y de provisión de servicios en el que es posible la innovación, pero donde el encorsetamiento proviene desde los recursos. Esta situación, cristalizada, admite el arbitraje de partidas discrecionales, lo cual comienza a inscribir una impronta: es el poder del Estado Nacional y no las variables sanitarias, epidemiológicas o sociales quien da en definitiva apoyo, sustento y auxilio al sistema provincial a partir de los diferentes mecanismos a los que puede echar mano para ello. *Mientras el ajuste se profundiza a partir de la pauperización del recurso humano -el equipo de salud-, y el alargamiento de las listas de espera, a pesar de la autonomía y heterogeneidad provincial, no es la rectoría en salud la que define la sustentabilidad y el modelo, sino la capacidad coercitiva del poder político.*

En un contexto de transformación demográfica y epidemiológica, el desfinanciamiento del modelo de la seguridad social se agrava con la progresiva desaparición de los supuestos que dieron origen al modelo contributivo (ocupación plena, formalidad, baja morosidad, suficiencia de aportes, relativamente más bajos costos prestacionales, etc.). Pero ese panorama mundial se conjuga en nuestro país con un subsector fragmentado en alrededor de 280 entidades, de las cuales sólo un 25% recauda recursos suficientes para financiar el programa prestacional al que están obligadas (Prosanity - IPEGSA 2022). Un subsistema que casi durante tres décadas drenó sus beneficiarios más protegidos sanitaria y financieramente hacia el sector privado generando un patrón híbrido de asociación y financiamiento público con provisión privada. Un modelo de Obras Sociales que al final de la trayectoria activa de sus beneficiarios los deriva a un aseguramiento carente de sustento actuarial que, por otra parte, no actúa como modulador de precios a partir de su capacidad de compra, sino que por el contrario se vale de su fuerza negociadora en detrimento del resto del sistema. *Un subsector, finalmente, que permanece cristalizado desde 1971 sin haber incorporado otras transformaciones que las reformas parciales de los 90, sino que, por el contrario, fue adecuando sus usos y costumbres a los intereses corporativos de aquel que mejor pudiera usufructuarlos en cada momento.*

Actualmente, en situación de desfinanciamiento estructural a partir de un claro desbalance entre ingresos y egresos, agotado y deficitario el Fondo Solidario de Redistribución depende para su subsistencia de las transferencias discrecionales que el Tesoro nacional pueda trasladar. De hecho, el presupuesto 2023 incluye una línea específica a tal efecto. Y una vez más se verifica la misma traza: un subsector basado la coexistencia de instituciones mayormente inviables, que proveen servicios de calidad desigual a beneficiarios segmentados según capacidad de aporte, y que dependen del arbitrio del Estado Nacional para sostenerse en actividad. En ese contexto, *no es la racionalidad sanitaria, no es el propósito de acceder a un modelo de justicia y equidad lo que el Estado garantiza, sino la mera subsistencia a través del recurso discrecionalmente provisto.*

Nuevamente: *No es la irrenunciable potestad regulatoria de la autoridad sanitaria la que prevalece. Es la fuerza coercitiva del poder político.*

El punto de confluencia con el sector privado llegó hace pocos días. Los DNU publicados en la primer semana de noviembre modificarían -en caso de ser ratificados por el Congreso- el marco regulatorio de la medicina prepaga generando (DNU742/22) una Comisión con el fin de analizar la factibilidad de encuadrar a las EMP dentro de la actividad aseguradora (Ley 20.091), particularmente en lo que hace a la solvencia técnica de las entidades concurrentes, e introduciendo a través del Dto. 743/22 durante 18 meses el tope de incrementos en sus cuotas a un 90% del índice RIPTE del mes precedente para beneficiarios voluntarios o procedentes de la seguridad social cuyos ingresos no superen los seis salarios mínimos vitales y móviles, con prescindencia de la efectiva modificación de sus costos empresariales, ausencia de posible incremento de cobertura y por fuera de todo cálculo actuarial, en contradicción con el Art. 17 de la Ley 26.682. Introduce -por otro lado- la obligatoriedad de ofrecer planes asistenciales idénticos a los existentes, pero con un 25% de deducción en su precio e introducción de copagos como -supuestamente- mecanismo de compensación y contención de gasto.

Independientemente de lo mucho que el tema ya había sido impulsado en los '90, asimilar la actividad de Medicina Prepaga a la aseguradora, tal abre la puerta a un amplio abanico en el que se incluyen, entre otras, la posibilidad de transformarlas en empresas de aseguramiento por contra prestación dineraria frente a "siniestros" de salud, y/o de modificar la obligatoriedad de cobertura integral flexibilizando la misma. Un modelo de HMO's en el que el riesgo siniestral, recaiga en el asegurado, a menos que su capacidad económica fuera tal que estuviera en condiciones de pagar la prima de un seguro integral. A su vez, la obligada oferta de planes idénticos al preexistente pero cofinanciados en el momento de provisión de los servicios, en la medida que el valor de la cuota no debe exceder al 75% del valor actualizado a diciembre/22, el copago necesariamente deberá ser muy alto. La introducción de ese copago en los niveles asistenciales I y II hace caer el costo directo de la prestación sobre el bolsillo del enfermo en el momento preciso en que hace utilización de los servicios. *A mayor enfermedad, mayor pago. A mayor vulnerabilidad, mayor discapacidad laboral, mayor sufrimiento, mayor pago*. S*e castiga a los más enfermos para lograr una baja en la cuota de los más sanos, y mejorar la rentabilidad empresarial*. Ningún "neoliberal" se atrevió a tanto.

Más allá de las dificultades operativas obvias que la cuestión plantea, la introducción de este modelo, configuraría un escenario de alta concentración de oferta, en el que los grandes actores del sector, particularmente quienes puedan hacer confluir la medicina prepaga tradicional con la actividad aseguradora serán los grandes ganadores. En la vereda de enfrente, aquellas de menor peso económico y/o menor cartera serán principales perjudicados. Entidades sin fines de lucro, como las del amplio Mutualismo en Salud, que por definición no cuentan con un capital que sustente la solvencia técnica probablemente solicitada, pasarían ser actores marginales sujetos a la resolución de un oxímoron: Por imperio de la Ley 26.682 forman parte del universo de la Medicina Prepaga. Por manda del Dto. 743 no lo estarían.

En ese entorno, es altamente probable que se generen mayores niveles de desfinanciamiento, caída de oferta, menoscabo de calidad y por supuesto sustentabilidad. Pero por encima de todo, *deterioro del acceso, la equidad y la justicia del modelo.*

Queda entonces perfilado el modelo "integrado": *El sector público y el de la seguridad social sujetos a la decisión y arbitrio del poder político, con prescindencia de los aspectos decisorios en materia de regulación sanitaria, igualación de derechos, calidad de servicios y cuenta de resultados, y el sector privado, con las mismas omisiones, pero relegado en su cobertura integral sólo a un cada vez más reducido núcleo de beneficiarios con capacidad de pago suficiente, y sujeto al financiamiento que finalmente, se conceda a partir de negociaciones extra sectoriales pautadas, aprobadas y publicadas por... el poder político.*

La reforma en curso en la Argentina ha abandonado toda pretensión de apoyar la rectoría del sistema a través de su autoridad regulatoria. Camina por el sendero de concentrar toda decisión sobre el financiamiento en el poder omnímodo del Estado, y se aparta de toda consideración vinculada con la equidad transversal, la calidad asistencial y el derecho a la salud. *Más allá de la retórica confusa, efectivamente sí, estamos caminando hacia un sistema de salud integrado, en el que el Estado haya recuperado su poder de rectoría. Sólo que se está haciendo sin metas sanitarias, sin criterios de justicia, sin valores explícitos y consensuados por la sociedad en su conjunto. Más que fortaleciendo la salud desde la rectoría del sistema, instrumentando el sistema para que el Estado se apropie de éste, desde la retórica vacía de una reforma sanitaria silente.*

Y de la peor manera. ■

(*) Doctor en Medicina. Área Salud Pública. Ex Director Maestría y Especialidad en Sistemas de Salud. Universidad ISALUD. Director Académico IPEGSA

LAS INSTITUCIONES DEMOCRÁTICAS
CONDICIONADAS POR LA EMERGENCIA PERMANENTE

Por Myriam Felperin [1] y Carlos Vassallo Sella [2]

La recuperación de la democracia en la Argentina a partir de diciembre de 1983, entre sus múltiples implicancias, significó la posibilidad de reconstruir un esquema institucional de tres poderes independientes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. El Poder Legislativo recuperó parcialmente su rol en materia económica tal como surge de la Constitución Nacional.

La carta magna original (1853) fue concebida desde un punto de vista político como un espacio de acuerdo para garantizar procesos de mediación de dos relaciones particularmente conflictivas: a) entre los ciudadanos y el Poder Ejecutivo referido a la política fiscal y presupuestaria (asignación de recursos), para ello la Cámara de Diputados es el ámbito por excelencia; b) la relación entre el Poder Ejecutivo Nacional y las Provincias, donde la Cámara de Senadores tiene una agenda "natural" vinculada a la coparticipación federal, economías regionales, competencias federales, etc.

Durante el primer período democrático el debate del presupuesto tuvo *escasa* visibilidad.

En términos generales, los tiempos y las formas de presentación fueron insuficientemente respetados. La inflación, la falta de recursos técnicos y la débil tradición democrática asociada a la rendición de cuentas y la transparencia, condicionaron la posibilidad de cerrar el ciclo presupuestario.

En 1991 se inicia un proceso de fortalecimiento del sistema de administración financiera y control del Estado. Promovida conjuntamente por el Ministerio de Economía y los organismos multilaterales, la Ley 24.156 -entre sus múltiples aspectos- conllevó un importante avance en cuanto a la metodología de formulación, presentación y debate del proyecto de ley del presupuesto, así como sobre los controles internos y externos de carácter financiero y operativo respecto de la gestión de los entes públicos. El artículo 37 de dicha ley reviste singular importancia ya que regula las facultades para modificar el presupuesto y la posibilidad que los distintos actores involucrados tienen para incidir sobre las políticas públicas:

"La reglamentación establecerá los alcances y mecanismos para efectuar las modificaciones a la ley de presupuesto general que resulten necesarios durante su ejecución. Quedarán reservadas al Congreso Nacional las decisiones que afecten el monto total del presupuesto y el monto del endeudamiento previsto, así como los cambios que impliquen incrementar los gastos corrientes en detrimento de los gastos de capital o de las aplicaciones financieras, y los que impliquen un cambio en la distribución de las finalidades".

En realidad, los lineamientos del artículo no se vieron reflejados en el devenir del proceso presupuestario y las potestades del Congreso fueron flexibilizadas mediante la utilización de dispensas anuales y Decretos de Necesidad y Urgencia (DNU), que con el tiempo conformaron "un patrón delegativo que ha sido una constante en las últimas dos décadas, erigiéndose en la práctica como principio general de funcionamiento institucional".[1]

En 1994 la reforma de la constitución en su Capítulo Cuarto - Del jefe de Gabinete y demás ministros del Poder Ejecutivo - artículo 100, establece que el jefe de Gabinete con responsabilidad política ante el Congreso de la Nación le corresponde: entre otras cosas relevantes de la administración general del país: enviar al Congreso los proyectos de ley de Ministerios y de presupuesto nacional, previo tratamiento en acuerdo de gabinete y aprobación del Poder Ejecutivo; hacer recaudar las rentas de la Nación y ejecutar la ley de presupuesto nacional. El jefe de Gabinete puede reestructurar dentro de un límite de gastos y ese total está conformado por cinco finalidades (Administración Gubernamental, Servicios Sociales; Servicios Económicos; Servicios de Defensa y Seguridad; y Deuda Pública), que representan las prioridades que se plantea el Estado en el manejo de los recursos.

En rigor, es como si hubiera cinco presupuestos con sendas prioridades en la gestión de la cosa pública. Por ejemplo: una redistribución en la finalidad administración gubernamental podría desfinanciar la función control a favor de la finalidad servicios económicos, que nuclea los subsidios al transporte y la energía. El único límite a esta atribución es lo que se llama "suma cero"; o sea, mientras no modifique el concepto de gastos totales. Es decir que, siempre y cuando no sobrepase el techo establecido, el jefe de Gabinete puede reasignar todo el presupuesto que quiera, incluso llegando al caso extremo de dejar en cero a alguno de los ítems en cuestión.

Pero el ejemplo no se agota allí. Además de aquellos cinco ítems, también podría decirse que aparecen otros dos presupuestos: el de Gastos Corrientes, que sirven para el habitual funcionamiento del Estado, y los Gastos de Capital, orientados mayormente a obras. Entonces, siguiendo con la simulación anterior, el jefe de Gabinete está habilitado a redireccionar fondos de la construcción de una ruta o un puente, al pago de sueldos de la Administración Pública. [2]

En agosto de 2006 se sanciona la Ley 26.124 que consagra los denominados "superpoderes".

Estos, otorgan la capacidad al jefe de Gabinete para redistribuir partidas sin restricciones, pudiéndose modificar, no sólo las proporciones sino también las prioridades proyectadas por el Congreso Nacional al momento de aprobar el presupuesto. En el artículo 1º de dicha Ley se sustituye el artículo 37 de la Ley 24.156 (1992) de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional, quedando redactado de la siguiente manera:

Artículo 37: *La reglamentación establecerá los alcances y mecanismos para efectuar las modificaciones a la ley de presupuesto general que resulten necesarios durante su ejecución.*

Quedan reservadas al Congreso Nacional las decisiones que afecten el monto total del presupuesto y el monto del endeudamiento previsto. El Jefe de Gabinete de Ministros puede disponer las reestructuraciones presupuestarias que considere necesarias dentro del total aprobado por cada ley de presupuesto, quedando comprendidas las modificaciones que involucren a gastos corrientes, gastos de capital, aplicaciones financieras y distribución de las finalidades. A tales fines, exceptuase al Jefe de Gabinete de Ministros de lo establecido en el artículo 15 de la Ley N° 25.917. El incremento de las partidas que refieran gastos reservados y de inteligencia sólo podrá disponerse por el Congreso de la Nación".

Este mecanismo se extendió desde 2006 a 2016. El presupuesto de 2016 fue el último en contar con los superpoderes. En octubre de 2016 la administración Macri logra que se apruebe la Ley 27.342 que modifica nuevamente el artículo 37 de la Ley 24.156:

"Quedan reservadas al Congreso Nacional las decisiones que afecten el monto total del presupuesto y el monto del endeudamiento previsto, así como las partidas que refieran a gastos reservados y de inteligencia. El Jefe de Gabinete de Ministros puede disponer las reestructuraciones presupuestarias que considere necesarias dentro del monto total aprobado. Dichas reestructuraciones no podrán superar el siete coma cinco por ciento (7,5%) para el ejercicio 2017 y el cinco por ciento (5%) para el ejercicio 2018 y siguientes, del monto total aprobado por cada ley de presupuesto, ni el quince por ciento (15%) del presupuesto aprobado por finalidad, cuando se trate de incrementos de gastos corrientes en detrimento de gastos de capital o de aplicaciones financieras, y/o modificaciones en la distribución de las finalidades. A tales fines, exceptúase al Jefe de Gabinete de Ministros de lo establecido en el artículo 15 de la ley 25.917. Las reestructuraciones presupuestarias realizadas por la Jefatura de Gabinete de Ministros, en función de las facultades establecidas en el presente artículo, deberán ser notificadas fehacientemente a ambas comisiones de Presupuesto y Hacienda del Honorable Congreso de la Nación dentro de los cinco (5) días hábiles de su dictado, especificándose los montos dinerarios, finalidades del gasto, metas físicas y programas modificados".

Durante el año 2016 se produce el récord de modificaciones presupuestarias. Algunas de ellas podrían encontrar su explicación en el cambio de signo de gobierno y en la herencia de un presupuesto cuyo diseño no respondía a las nuevas directrices que deseaba imprimirle la administración de Macri. También y en gran medida, un contexto inflacionario que ese año terminó con una inflación promedio acumulada del 40,3%.[3]

En el transcurso del 2017 el Gobierno modificó la pauta original del gasto en aproximadamente un 10%, superando así el límite impuesto por la ley que había aprobado recientemente. En diciembre de ese año incrementó en un solo decreto los gastos corrientes y de capital en $ 202.026 millones; ello implicó el 8,3% del total del crédito presupuestario. Recordemos que, de acuerdo con la Ley 27.342 (establece un límite al uso de los superpoderes) el jefe de Gabinete mantenía la facultad de realizar reasignaciones presupuestarias que no podrían superar el 7,5% para el ejercicio 2017 y el 5% para el ejercicio 2018 y siguientes.[4]

Según la información obtenida desde la Jefatura de Gabinete, durante los años 2018 y 2019 las modificaciones presupuestarias se mantuvieron dentro los límites establecidos (no más del 5%). Como resultado de la alternancia política, el Frente de Todos obtuvo el triunfo tras las elecciones presidenciales de octubre de 2019. En su primer discurso ante la Asamblea Legislativa, el presidente Alberto Fernández criticó severamente la gestión económica llevada adelante por Macri y a los lineamientos del FMI. En un contexto de crisis "la Argentina no para de achicar su economía" y tras exponer indicadores sobre pobreza, tasa de desocupación y valor del dólar, entre otros, el Gobierno decidiría "... no dar tratamiento parlamentario al Presupuesto Nacional proyectado por el Gobierno saliente para el ejercicio 2020". Sus números "no reflejan ni la realidad de la economía ni las realidades sociales ni los compromisos de deuda que realmente se han asumido...".[5]

Tempranamente, y en este esquema, sanciona la Ley 27.541 de Solidaridad Social y Reactivación Productiva en el marco de la Emergencia Pública por la que se amplió nuevamente las facultades presupuestarias del jefe de Gabinete, llevándolas al 7,5% para el ejercicio 2020 y; el Decreto 457/20, a través del cual se concede al jefe de Gabinete de Ministros la facultad de disponer reestructuraciones presupuestarias de manera ilimitada. Por lo tanto, se comenzó a transitar con un presupuesto prorrogado y con discrecionalidad para realizar las modificaciones de límites y partidas presupuestarias.

En marzo, a pocos meses de haber asumido -en el marco de la declaración de pandemia emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)- y de un "contexto nacional crítico", el Gobierno dispuso "el aislamiento social, preventivo y obligatorio" (DECNU 297/2020) por el que "todas las personas que habitan, o se encuentren temporalmente, en las jurisdicciones donde rige esta normativa deberán permanecer en sus domicilios habituales, solo pudiendo realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos".

En materia presupuestaria y teniendo en cuenta la situación de excepcionalidad vigente, el Ejecutivo encontró aún mayores condicionalidades para limitar el rol del Congreso y avanzar sobre los límites establecidos por la Ley anteriormente mencionada. Estableció a través del DNU 457/20 que el Ministro Coordinador podrá disponer de todo el Presupuesto Nacional y reasignar partidas hasta fin de año sin pasar por el Congreso. Suspendió, adicionalmente, el límite del 5% que tiene el jefe de Gabinete para reasignar partidas con el argumento de que es necesario "dotar de flexibilidad al presupuesto de la administración nacional para la atención de

los gastos que se eroguen en virtud de medidas vinculadas a la emergencia sanitaria por la pandemia del Covid-19. A su vez, por el artículo 4 del mismo decreto, el Gobierno, deja sin efecto hasta fin de año los límites que tiene el jefe de Gabinete para reasignar partidas previstas en el artículo 37 de la ley de administración financiera y de los sistemas de control del sector público nacional.[6]

De esta manera la pandemia fue la excusa para llegar nuevamente al esquema de "libre disponibilidad" (super-poderes) que permiten al Ejecutivo disponer en forma irrestricta de los recursos del presupuesto dejando al Congreso afuera de cualquier control. Sin embargo, la misma ley contemplaba una solución institucional para no contravenir el espíritu del artículo 37 de la ley de administración financiera y de los sistemas de control del sector púbico nacional y con esto quebrantar la distribución equilibrada de poder entre Ejecutivo y Legislativo en materia de gasto público.

Si el problema, tal como se expuso en los argumentos del decreto fuera la excepcionalidad que impone el Covid-19. En su artículo 39 establece que "El Poder Ejecutivo Nacional podrá disponer autorizaciones para gastar no incluidas en la ley de presupuesto general para atender el socorro inmediato por parte del gobierno en casos de epidemias, inundaciones, terremotos u otros de fuerza mayor" y expresa además que "estas autorizaciones deberán ser comunicadas al Congreso Nacional en el mismo acto que las disponga, acompañando los elementos de juicio que permitan apreciar la imposibilidad de atender las situaciones que las motivaron dentro de las previsiones ordinarias o con saldos disponibles en rubros presupuestarios imputables". "Las autorizaciones así dispuestas se incorporarán al Presupuesto General".

En este aspecto, consideramos que, si bien las razones esgrimidas ameritan modificar las prioridades, existen instrumentos legales para llevar adelante las decisiones y evitar un ejercicio discrecional de las partidas y asignaciones presupuestarias. El cumplimiento de las normas, a fin de no resquebrajar la institucionalidad, exigiría que ello fuera informado y monitoreado por el Congreso; más aún, en las actuales circunstancias, en las que tanto la Argentina como los países de la región y del mundo están destinando importantes recursos para alivianar los efectos de la crisis.

El estudio realizado por IBP [7] (International Budget Partnership) sobre siete países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, México y Perú) para los meses de abril y marzo de 2020 analiza algunas tendencias respecto del rol que vienen desarrollando los Poderes Legislativos en cuanto a: -la asignación o reasignación de recursos; -la creación de fondos específicos y -el ejercicio de controles sobre las acciones de los gobiernos.

La muestra exhibe prácticas y resultados desiguales. En lo que se refiere a las mayores atribuciones de los Ejecutivos para ampliar y gestionar los fondos para hacer frente a la emergencia, se observa que, en la Argentina, México, Colombia y Perú, las principales decisiones presupuestarias han sido determinadas por medio de decretos ejecutivos o presidenciales. En el caso de Brasil, Chile y El Salvador, los Legislativos han tenido una mayor implicación.

En Chile, el Congreso modificó el fondo de garantía para pequeños y medianos empresarios y aprobó un Ingreso Familiar de Emergencia; en Brasil, se aprobaron subsidios de emergencia y el Programa de Apoyo a las Micro y Pequeñas Empresas y el Programa Federal para hacer frente al Covid-19; mientras que en El Salvador se modificó la Ley de Presupuesto para aumentar las partidas destinadas al Fondo de Prevención y Mitigación de Desastres y a obras públicas y el Fondo para desarrollo Económico y Social de los Municipios.[8]

En cuanto a la conformación de comisiones legislativas especiales, con excepción de la Argentina y El Salvador, en el resto de los países se ha creado esta instancia para el seguimiento de la crisis.

El informe también reporta la creación de nuevos mecanismos de control y monitoreo en Chile, Brasil, Perú, El Salvador.[9]

Ciertamente, la pandemia ha expuesto, aún más, en un plano de extremo realismo las debilidades institucionales y la dificultad para conjugar capacidad y eficiencia en la coordinación de tareas entre agencias y poderes del estado. Tal como ha expresado el economista Dani Rodrik pareciera que "...la crisis ha puesto de relieve las características dominantes de la política de cada país... los países se han convertido en versiones exageradas de sí mismos y es probable que intensifique y afiance las tendencias ya existentes".[10]

Aun así, y en un plano de extremo realismo, también podría presentarse una singular oportunidad para que los *legislativos refuercen y ejerzan adecuadamente sus funciones de legislación, control y representación.* En esta instancia, las demandas y participación de la sociedad civil (ONGs, medios de comunicación, universidades) coadyuvarían ostensiblemente para fortalecer la transparencia, la seguridad jurídica y la estabilidad del rumbo económico; al tiempo que alejaría al país de prácticas que tienden a *eludir la institucionalidad en nombre de la emergencia permanente.* ■

REFERENCIAS

1) Estudio sobre la discrecionalidad presupuestaria a nivel nacional en Argentina. Entre 1994 y 2016. Serie de Investigaciones y publicaciones. Asociación de Administración Financiera y Presupuesto Público. Octubre 2017.

2) www.auditor.info

3) El Economista, 17-1-2017 https://www.eleconomista.com.mx/economia/Argentina-cerro-el-2016-con-40-de-inflacion-20170112-0031.html. IPC Congreso, diciembre 2016. https://www.ncn.com.ar/tag/ipc-congreso

4) El Gobierno sigue haciendo uso de los superpoderes presupuestarios. 5 febrero 2018. Diario La Nación. Laura Serra.

5) https://www.casarosada.gob.ar/informacion/discursos/46596-palabras-del-presidente-alberto-fernandez-en-su-acto-de-asuncion-ante-la-asamblea-legislativa

6) ARTÍCULO 4º.- Suspéndase durante el ejercicio 2020, para aquellas modificaciones presupuestarias necesarias en virtud de medidas dictadas en el marco de las disposiciones del Decreto N° 260/20, la aplicació n de los límites a las reestructuraciones presupuestarias que puede disponer el Jefe de Gabinete de Ministros establecidos en el tercer párrafo del artículo 37 de la Ley Nº 24.156 de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional.

7) IBP: Directorio Legislativo e International Budget Partnership: "Rol de los Poderes Legislativos en la asignación y control presupuestario en el marco de la pandemia de COVID-19. 22 de junio de 2020.https://directoriolegislativo.org/blog/2020/06/24/rol-de-los-poderes-legislativos-en-la-asignacion-y-control-presupuestario-en-el-marco-de-covid-19/

8) Ibidem, Págs. 3 y 4.

9) Directorio Legislativo: El Rol de los Poderes Legislativos en la asignación y control presupuestario en el marco de la pandemia de COVID-19. info@directoriolegislativo.org. Pág.3.

10) Dani Rodrik: Will COVID-19 Remake the World? Project Syndicate, april, 6, 2020

1. Especialista en Relaciones Internacionales, UBA-UNR. Estudios enfocados hacia la política exterior Argentina en relación con EE. UU. y el Mercosur, con especial énfasis en la relación bis a bis Argentina/Brasil desde la perspectiva teórica de la nueva economía institucional. Investigadora IdEB (Instituto de Economía del Bienestar) - Myriamfelperin@hotmail.com

2. Especialista en Economía y Gestión de la Salud. Profesor titular Salud Pública (Universidad Nacional del Litoral) Asesor Parlamentario en temas de Economía Pública y presupuesto. Director e investigador IdEB (Instituto de Economía del Bienestar) - vassalloc@gmail.com

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

¿CÓMO GESTIONAR LA PRESIÓN TECNOLÓGICA? DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTABLES (DMI) Y ACUERDOS BASADOS EN VALOR

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

El sector tecnológico - médico enfocado al desarrollo de instrumental, implantes y aparatos para uso quirúrgico e intervencionismo percutáneo supone una de las industrias más grandes dentro del sector salud, junto con la del medicamento. Las particularidades de cada uno de esos universos lleva a que estén disponibles globalmente más de 2 millones de Dispositivos Médicos Implantables (DMI) en comparación con aproximadamente 20 mil moléculas.

Pero la diferencia central con esta última industria es que para los DMI existe una *escasez inicial de evidencia clínica.* Su particularidad es la de aprobarse *por similitud*, en base al denominado procedimiento 510 (k) de la FDA que surge de considerar la denominada *equivalencia sustancial* con otro dispositivo preexistente. A pesar de que siempre se debería requerir evidencia clínica para demostrar seguridad, eficacia y efectividad. De esto surge que no sean necesarias ni obligatorias las Fases de evaluación previas, como ocurre con las moléculas farmacéuticas.

El mercado de DMI en nuestro país posee relativamente pocos competidores, y en muchos casos condición de poder de monopolio. Lo cual reduce al mínimo la posibilidad de sustitución. Como ejemplo, tres compañías concentran el 90% de las ventas nacionales de marcapasos, otras tres el 100% de las válvulas cardíacas percutáneas y cuatro el 95% los implantes de rodilla y cadera. En términos económicos, es un mercado que tiende a comportarse como oligopólico, con un número pequeño de proveedores que -en ocasiones- establecen colusión por interés para poder capturar ciertos nichos específicos.

Estrategia que tiene lugar porque cada compañía posee algún grado significativo de interés y control sobre un segmento de tal mercado. De esta forma, los precios respecto de un modelo particular de dispositivo pueden incrementarse o caer en forma significativa a lo largo del tiempo, en razón de variedad de factores. Especialmente cuando las empresas pueden demostrar para sus DMI una superioridad técnica y efectividad clínica relativa sobre otros competidores, lo que las sitúa en posición de fortaleza para generar aumentos. O, al menos, mantenerlos estables. Y por el contrario, en ciertos modelos específicos los precios pueden reducirse en el tiempo si otras empresas incorporan al mercado alguna nueva versión, y ésta "captura" la cuota de mercado del anterior.

El mayor inconveniente para los sistemas de salud es que las empresas desarrolladoras de DMI a nivel mundial introducen velozmente al mercado sanitario sus innovaciones no lineales bajo una concepción disruptiva y de altos precios, pero con poca información de evidencia clínica aleatorizada. Y por ende de efectividad significativamente contrastada, así como de costo-efectividad. De allí que con mayor frecuencia, los organismos reguladores comiencen a obligar a los fabricantes a realizar investigaciones clínicas o disponer de más datos de seguridad y eficacia, en caso que no exista evidencia suficiente o rigurosa en especial para los DMI denominados clase III.

Dado el mecanismo de aprobación, el problema reside en que -en la mayoría de los casos- la eficacia de un DMI resulta supuesta. Y su efectividad recién se analiza a posteriori de su aprobación para comercialización, en base a trabajos de investigación comparada de tipo estudio pivotal de casos. Momento donde los resultados -que siempre deben acompañarse de la correspondiente curva de aprendizaje- pasan a ser "operador dependientes".

Además, un mismo dispositivo puede ser empleado en múltiples intervenciones, siendo difícil identificar el comparador correspondiente. Sumado a que la distribución de los costos a lo largo del horizonte temporal resulta muy diferente a la de otros insumos, con lo cual la propia innovación resulta más veloz que la capacidad institucional de respuesta al fenómeno disruptivo.

Analizar el valor social de un DMI implica apartarse del enfoque binario insumo/procedimiento para adoptar una visión más holística y multidimensional que además de tener en cuenta los resultados incrementales en salud incluye otros factores relevantes para la sociedad. Estos pueden evaluarse en términos de resultados en salud, de mejora de la calidad de vida o del ahorro a que dará lugar en otros recursos sanitarios. Por tal motivo, en muchos mercados sanitarios algunos fabricantes y financiadores de estos insumos están considerando cómo pasar de solo venderlos y comprarlos a garantizar resultados.

Lo cual naturalmente llevará a desplazar los habituales contratos de provisión desde la concepción de producto/precio/volumen a la de producto/precio/valor, posicionándolos bajo la modalidad de Acuerdos de Pago Basados en Valor. Un caso podría ser pagar el insumo en función del mejoramiento efectivo de los resultados clínicos en pacientes diabéticos insulino-dependientes que realizan la transición desde múltiples inyecciones diarias a una bomba inyectora. El acuerdo pasa entonces por vincular el precio pagable con la mejora efectiva de la experiencia del paciente respecto de su modalidad de uso, resultados clínicos y costo total de la atención.

Tanto proveedores como financiadores y fabricantes de dispositivos pueden llegar a beneficiarse de esta innovación en los modelos de pago. El concepto de Valor pasa a ser la base de la negociación, y no solo un resultado aislado o un determinado riesgo financiero a ser compartido. Y el beneficio residirá en la posibilidad de trasladar parte de tal riesgo financiero a los fabricantes. Con lo cual, alineados los incentivos, este tipo de contratos puede permitir mejor calidad de resultados, mayor experiencia del paciente en términos de calidad de vida y costos más bajos del proceso de atención. Ampliando así el beneficio a financiadores y pacientes. Como valor agregado, pueden lograr que los proveedores acepten una visión más de largo plazo, en lugar de perpetuar el enfoque cortoplacista tradicional centrado en el trinomio insumo / procedimiento / pago.

El elemento central del acuerdo es que todo DMI debe demostrar su valor efectivo, en tanto el riesgo financiero debe ser razonablemente repartido entre las partes intervinientes. Lo que también puede servir para poner freno a las indicaciones inadecuadas de determinados insumos. Asimismo, médicos y pacientes pueden beneficiarse del acceso a tecnologías de valor económico más alto pero con mejor control de resultados. Para esto es necesario disponer de instrumentos de evaluación adecuados, condición básica para plantear cualquier modelo de

remuneración con políticas de incentivos basados en resultados.

Por ejemplo, el que ya se aplica en Brasil con el denominado "*Escore de Valor em Saúde*" (EVS), que correlaciona un Índice de Calidad (ICa) con un Índice de Costos (ICo) y tiene una puntuación de 0 a 5. El primero incluye la medición de procesos asistenciales, resultados clínicos y experiencias de los pacientes y representa el 70% del EVS. Por su parte, el Índice de Costos incluye indicadores relacionados con la atención proporcionada al paciente -que es el sujeto de la evaluación- y su ponderación es el 30% del EVS. De esta forma, la medición del Valor resulta una medida compuesta, que posibilita establecer y definir cualquier modelo de pago.

Una barrera importante a acuerdos de Valor sobre DMI surge de la necesidad que tanto empresas proveedoras como financiadores logren almacenar, procesar y compartir datos con la suficiente especificidad como para comparar el Valor establecido. Habitualmente existen dificultades para el seguimien- to de datos referidos a la utilización de determinado dispositivo en un paciente y su evolución, sea porque no existen o bien porque no está estandarizado su mecanismo de recolección.

Y también porque los prestadores pueden no estar dispuestos a hacer un seguimiento estrecho del desempeño de determinados DMI o simplemente a compartir los datos que poseen. Para lo cual es necesario establecer acuerdos de información en base a instrumentos de captura de datos que sean sencillos pero de cumplimiento estricto.

La aplicación de contratos basados en Valor puede ser un instrumento capaz de modificar la relación costos/resultados. Su único inconveniente es que como a la tecnología médica le corresponde solo el 6 por ciento del gasto total de la atención en salud comparado con el 26% del medicamento, las empresas pueden considerar que no valga la pena establecerlos.

Especialmente si un determinado dispositivo solo sirve a una escasa población de pacientes, o bien representa una pequeña porción de su portfolio de productos. Sin embargo, para algunos DMI donde el Valor es más fácil de demostrar (e.g. válvulas percutáneas, balones de valvuloplastia, oclusores vasculares, prótesis de cadera, etc.) y la participación que tienen en el volumen de ventas es grande, estos modelos contractuales pueden ser una alternativa interesante.

Más cuando se acompaña del seguimiento temporal de un dispositivo particular usado en un procedimiento, estableciendo que resultados son significativos. Especialmente si se trata de mejoras logradas en el largo plazo. De esta forma puede demostrarse que su impacto adquiere importancia temporal tanto sobre los ahorros obtenidos como sobre los resultados clínicos.

Incluso para lograr que los prestadores se obliguen a aceptar un sistema de seguimiento que permita recoger los datos que necesitan financiador y proveedor, y garantizar que la información requerida resulte lo suficientemente específica para el análisis del insumo en particular.

El desafío queda planteado. La integración de modelos contractuales basados en Valor con mecanismos de riesgo compartido puede resultar una estrategia clave para afrontar las innovaciones futuras en tecnología médica y la sustentabilidad de los sistemas de salud en América Latina. Quedará por ver la oportunidad de financiadores y proveedores para aceptarlos y comenzar su instrumentación. ■

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

FRENTE AL PACIENTE

Por Fernando G. Mariona
– Abogado (*)

1.- Sentarse frente a un paciente para explicarle una propuesta de tratamiento, protocolo o medicamento complicado, más allá de ser el comienzo del acto médico, puede ser una de las tareas más importantes y cruciales que tenga usted como médico.

Después de la sanción de la Ley de los Derechos de los Pacientes y el nuevo Código Civil y Comercial en la Argentina, entre otras varias normas, el cumplimiento del *Deber de Información* hasta obtener el consentimiento del paciente luego de recibir una adecuada y comprensible información médica, está a la vanguardia de las decisiones compartidas entre el médico y su destino.

Como venimos comentando desde 1986, la forma en que un médico maneje el proceso de consentimiento informado puede ser la diferencia entre un momento positivo y un largo momento negativo.

Es una línea fina entre la angustia y la felicidad, porque a menos que su paciente sea un proveedor de atención médica, la medicina es muy complicada de entender para los pacientes, y sobre todo lo que harán en su cuerpo, en su salud, en su vida. Y encima, el cuerpo es de él.

Además, ese cumplimiento del deber de documentar la interacción es fundamental para una adecuada relación médico-paciente, aunque los médicos siguen observándolo con rebeldía y escepticismo.

Como con cualquier cosa en medicina, la regla clave es que "si no está documentado es porque no se hizo", se dice hace casi 450 años. Esto también significa documentación diligente en todos los aspectos del registro médico, ya sean manuscritos como informatizados. La cuestión es que para los médicos no es un acto médico. Es un papel más. ¡Número equivocado!

Dicho esto, es importante saber qué es suficiente y qué es demasiado finito cuando discuten un procedimiento con sus pacientes.

Uno de los aspectos más desafiantes del consentimiento informado, especialmente para los médicos jóvenes, es cómo discutir un procedimiento, o la prescripción de un medicamento riesgoso, de una manera que sea relevante y concisa pero entendible para el paciente y su entorno.

"He tenido residentes, me decía un jefe de servicio, a punto de realizar una biopsia de piel y pasar varios minutos cubriendo todos los aspectos de cada resultado potencial de una biopsia de piel de rutina. El paciente queda traumatizado y confundido en cuanto a si debe o no proceder con el pequeño procedimiento".

En cambio, el objetivo del consentimiento informado es garantizar que el paciente tenga una visión general del procedimiento y que el médico esté facultado, porque el paciente le dio permiso para hacerlo, sabiendo que la decisión de proceder es, de hecho, parte de su proceso de toma de decisiones.

La duración de una discusión sobre el consentimiento informado depende del procedimiento.

"Cuando estaba en práctica como cirujano plástico, las conversaciones variaban desde el directo "te estoy quitando este lunar de la mejilla y existe el riesgo de cicatrices y sangrado" hasta hablar sobre una mastectomía y reconstrucción mamaria, que podría tomar una hora o más para resolver", me decía un cirujano plástico.

En última instancia, es tan esencial que los médicos expliquen los riesgos asociados con un procedimiento, como lo es que los pacientes entiendan con precisión lo que implica, y cumplan con el tratamiento indicado, por entenderlo.

También se recomienda crear un flujo a la conversación que coloque la discusión de los riesgos dentro del contexto de por qué se realiza el procedimiento. De esta manera, se puede lograr claridad sobre los riesgos y la necesidad del tratamiento o procedimiento.

Al hacerlo, es fundamental asegurarse de que prácticamente está hablando el idioma del padre del paciente, literalmente. Un estilo coloquial, no académico.

Si el paciente tiene problemas de audición o visión, se debe tener todas las contingencias listas para asegurarse de que todos estén en completa comunicación. No puede ser igual con todos los pacientes.

Hace muchos años atrás yo decía en mis charlas con filminas, "no se puede hablar por teléfono o mirar por la ventana mientras su paciente está esperando ansioso sus comentarios". Hoy en día, tienen que esconder el celular, la tablet y la compu, para no tentarse.

No es suficiente darle a un paciente un pedazo de papel y decirle que lo firme. Debe haber alguna evidencia documentada de que el paciente no solo ha leído el documento, sino que las partes clave del documento han sido explicadas y que el nivel de comprensión del paciente ha sido evaluado y verificado.

Es vital si el paciente tiene una discapacidad, un deterioro neurológico o una condición neurocognitiva o psiquiátrica que podría impedir su capacidad para comprender el consentimiento que el médico está buscando, que su asistente o residente, lo ayuden a verificar que el paciente o su acompañante han entendido lo que hace, ve, comenta, diagnóstica, pronostica, entre otras circunstancias,

2.- Tal vez, sería mucho mejor, si un "apoderado clínico" manejara el consentimiento (por ejemplo, una enfermera, un empleado de su consultorio, un residente, hasta un avanzado estudiante de medicina que hubiera aprobado Semiología con buena nota) colaborando con el médico y su tiempo, en desarrollar una buena parte del proceso informativo.

Esto podría ser muy útil porque significa que el paciente ha tenido tiempo para leer la documentación de consentimiento informado con terceros. Luego debería volver el médico, con el paciente sentado o acostado frente a frente a verificar si ha entendido, aclararle, si es necesaria alguna aclaración, y que el paciente ha aceptado afirmativa y activamente el tratamiento, y así estampar él y el médico su firma.

Es increíble la cantidad de consentimientos informados que aun aparecen sin firmar por el médico dentro de las historias clínicas. ¿Alguien vio lo difícil que es que un paciente reciba una somera explicación de un anestesiólogo?

3.- ¿Qué sucede cuando las cosas van mal? Si demandan por incumplimiento del deber de información y por nulo o defectuoso proceso de obtención del consentimiento informado, y el paciente afirma que el médico no explicó completamente los riesgos potenciales, y el no tuvo oportunidad de decidir, lo primero que se debe considerar es por qué sucedió esto.

"Muy a menudo, estas situaciones ocurren si hubo alguna dificultad o capacidad de comunicar", me decía un maestro de la medicina legal y coautor de la Ley 17.132. "Es posible que haya hecho todo bien, pero de alguna manera el paciente no ha entendido el procedimiento requerido, y hoy se encuentra frente a un resultado inesperado por lo mal informado".

Acaso a nosotros los abogados o los médicos, alguien nos capacitó en la facultad acerca de técnicas de comunicación. No que yo sepa. Quedamos entonces expuestos a una cuestión de fino criterio. Deben analizar detenidamente cómo explicar los riesgos y los posibles efectos secundarios. Para quienes realizan

estos procedimientos médicos regularmente, los riesgos pueden parecer pequeños e inconscientemente, pueden minimizarlos para el paciente. Pero cuando algo sale mal, el paciente puede sentir que no entendió completamente la frecuencia de los malos resultados o la gravedad potencial, porque no se lo aviso antes y el no tuvo opción de decidir o de escuchar alternativas.

4.- A continuación, es importante realizar un "análisis de la inexistencia de barreras" para identificar, evaluar y darle tratamiento a las cosas que salieron mal, porque el médico no hizo las cosas bien. Eso significa mirar todos los factores potenciales involucrados para identificar cuál fue el eslabón débil. Dónde falto la barrera, la valla para evitar que ocurrieran, o bien para avisar que podrían ocurrir, y por qué. Puede ser que el paciente estuviera en un frenesí de firmas y se retirara de Admisión mal informado.

El objetivo es aprender cómo cerrar la brecha para este caso y para casos futuros. Entender los médicos y las instituciones que los consentimientos informados hechos en Admisión firmados en blanco y sin explicaciones, son inservibles. Si piensan que así se gana tiempo, ¡Teléfono descompuesto!

5.- Para protegerse, considere también usar la tecnología a su favor, especialmente porque las demandas por consentimiento informado generalmente ocurren varios años después del procedimiento. Esto es cuando un paciente puede argumentar que no le informó sobre posibles complicaciones y que podría haber optado por no participar en el procedimiento si hubiera sabido sobre esos problemas con anticipación.

Recordemos que el plazo para demandarlo empezará a correr a partir del descubrimiento por su paciente o por algún colega suyo o mío, de la existencia de un presunto daño.

Incluso después que el plazo legal de lo que se llama prescripción de la acción judicial pareciera haberse cumplido, esté listo para recibir una demanda. No se olvide que si bien generalmente en medicina, el supuesto "daño" es casi inmediato, el plazo comenzará a correr a partir del descubrimiento del daño.

Tal vez las nuevas generaciones de médicos, hoy y con los avances informáticos, podrían estar dispuestos a tomar un video de su conversación o hacer una grabación de la conversación de información previa a la obtención del consentimiento informado, con todas las previas advertencias para su interlocutor-paciente-pariente.

De esta manera, si hay una pregunta sobre lo que dijo, habrá un video de ello. Serían como las cámaras callejeras que hoy nos muestran el accionar de un hecho contrario a derecho.

Para muchos médicos, esto sería un gran cambio: grabar en video y luego almacenar todas sus conversaciones de consentimiento informado. Lo más probable es que ocurra una demanda, pero algunos médicos pueden sentir que ese proceso es engorroso y lento, y prefieren encontrar otra forma de asegurarse de que los pacientes comprendan los riesgos.

6.- La pregunta es si el resultado hizo que esa probable brecha o falla en el proceso de obtención del consentimiento informado plasmado en un documento, que aparecerá en el video, ahora resulte perdonable por el paciente o por el pariente del paciente.

La esperanza es que no haya nada dañino para el paciente y que el beneficio del procedimiento, sea demostrable a pesar de cualquier brecha en el proceso de consentimiento informado.

Al final de cuentas, el consentimiento informado debe ser una cuestión de buena comunicación antes, durante y después de cualquier tratamiento o procedimiento.

Cuando se establece la relación médico-paciente que necesita cualquier procedimiento, pequeño o grande, debe hacerle sentir al paciente que se preocupa por él, y que, si bien ni el médico ni el sistema son perfectos, lo cuidará. Ese es el resultado que los pacientes esperan.

Trabaje para ello con Ud. mismo. ■

(*) 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.

PROYECCIONES PARA LA ECONOMÍA EN 2023

Por el Lic. Ariel Goldman (*)

El trabajo más difícil de la economía es hacer proyecciones. Nadie tiene la bola de cristal, y tal como reza la teoría del caos, "hasta el más pequeño aleteo de una mariposa en el oriente puede causar un tsunami en el occidente". Sin embargo, hay tendencias y datos claves que no podemos obviar para plantear lo que nos espera este 2023.

Economía mundial

Aún con resabios de la crisis del Covid-19, la guerra entre Rusia y Ucrania, extendida ya por casi un año, ha impactado de sobremanera en la economía mundial. Especialmente por el impacto en los precios de la energía y alimentos. Su expansión hacia el resto de la economía, ha generado una inflación récord e inesperada a principios del 2022.

Consecuentemente, según lo proyectado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en sus últimas previsiones, el crecimiento de la economía mundial pasará del 3,1% en 2022 al 2,2% en 2023. Estas son sensiblemente más bajas de las proyecciones realizadas a principios del 2022.

Tanto Estado Unidos de América como Europa, serán las zonas más afectadas por estas caídas con recesiones en su economía. Contrariamente, con India y China a la cabeza, oriente crecerá cerca del 5% anual. Latinoamérica se proyecta estar en la media de crecimiento por encima de los 2 puntos.

En este contexto de bajo crecimiento o crecimiento negativo e inflación elevada en forma persistente para gran parte del mundo, el 2023 se proyecta como un año de alta incertidumbre y gran convulsión social. Estará en manos de los gobiernos, las herramientas para encausar el camino hacia la estabilidad.

Economía Argentina

La economía en la Argentina en 2022 estuvo marcada por un momento clave, la renuncia, el 2 de julio, del entonces ministro de Economía de la Nación, Martín Guzmán. Luego de acordar con el Fondo Monetario Internacional, y en medio de fuertes críticas tanto de la oposición como de una gran parte del oficialismo, su renuncia impactó fuertemente sobre las expectativas, la inflación media superó los 5% para ubicarse en 7,5% mientras que la brecha cambiaria se ubicó en 140%.

Luego de una semana de idas y vueltas con Silvina Batakis como ministra, finalmente desembarcó Sergio Massa como ministro de Economía. Ante las alternativas de elegir una estrategia de shock o una estrategia de programa gradual, se apostó por esta última, ante el riesgo cierto de agravar severamente la situación social.

Este paquete incluyó variables macro como recorte de gasto, suba de tasas de interés, tipo de cambios diferenciados (con gran éxito del "dólar soja") y un estricto control sobre las importaciones. A nivel micro se trabajó con acuerdo de precios con distintos sectores de la economía, con la intención de bajar las expectativas de inflación.

El desafío es que estas medidas logren impactar en los salarios reales, ya que hasta ahora son los empleados tanto del sector formal como informal, quienes más han perdido capacidad de compra, con un 25% acumulado desde 2015.

Para el año entrante, las opiniones se encuentran divididas. Mientras que las proyecciones internacionales indican que se mantendrá el crecimiento en los niveles de actividad y la creación de empleos, otras proyecciones indican niveles de inflación y pobreza muy por encima de lo indicado en el presupuesto nacional.

Con las PASO en la mira, las internas políticas marcarán el rumbo del presente año. Será necesario observar el comportamiento de los diversos actores públicos, tanto de un lado como del otro, y cómo reaccionarán los mercados ante el posicionamiento y chances reales de ganar las elecciones de los candidatos. En definitiva, la economía depende mucho de las expectativas, especialmente en países con inestabilidad constante como el nuestro.

El sector Salud

El primer impacto en 2023 es consecuencia del Decreto 743/2022, que establece "a partir del 1° de febrero de 2023 y por el plazo de DIECIOCHO (18) meses, el incremento del valor de las cuotas para los contratos individuales de adhesión voluntaria como tope máximo el NOVENTA POR CIENTO (90 %) del Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE) del mes inmediato anterior publicado".

Consecuentemente, a partir de febrero las empresas de medicina prepaga y aquellas obras sociales que ofrezcan planes superadores o tengan beneficiarios voluntarios, verán restringido sus ingresos al nivel de aumento de salarios. Además, deberán ofrecer planes con copagos a un valor del 25% menor al valor actual.

Esta normativa, que responde a los acuerdos de precios antes mencionados, tendrá efectos sobre los ingresos del sector y los pagos a las clínicas como así ante las prestaciones que podrán recibir los beneficiarios.

Como párrafo aparte, vale aclarar que, deberemos estar atentos al accionar judicial ante esta situación, especialmente sobre aquellas prescripciones que excedan los contratos y normativas vigentes.

Por otro lado, mucho se habló sobre los recortes en el presupuesto público. En los últimos años, con la alta inflación los presupuestos han sido subestimados y a medida que transcurría el año, los ejecutivos (nacionales y provinciales) daban incrementos presupuestarios según necesidades y posibilidades.

Este año, al presupuesto nacional, se le incluyó una cláusula que limita el accionar del ejecutivo y dependerá, en caso de mayores ingresos, del legislativo. Si bien, es lógico y corresponde, generará mayores problemas en el sector, en caso que las previsiones plasmadas en el presupuesto no se correspondan con la realidad.

En resumen, luego de un año complicado desde lo económico y lo sanitario, podemos esperar otro año muy difícil. A nivel económico, con niveles de ingresos por debajo de la inflación y con medidas, tanto sobre la economía general como el sector salud en particular, al menos aquellas que hoy podemos observar, de corto plazo, y que no generarán cambios que den soluciones permanentes. ■

(*) Tesorero de la ASAP (Asociación Argentina de Salud Pública)

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 Salud
Obra Social del Personal de la Construcción

Sumamos **recursos** que **renuevan** nuestro **compromiso** y **garantizan calidad**.

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300
Comercial y Capacitación: 011 4588 5555

www.acudiremergencias.com.ar

acudir
emergencias médicas

La calidad es nuestra actitud.