

Medicina Global **Médicos**

La revista de salud y calidad de vida

SALUD **ENTRE LA REFORMA Y** **EL DIAGNÓSTICO SIN FIN...**



Columna
HISTORIA DE UNA
SUPERCHERÍA
Por el Dr. Rubén Torres



Primera Plana
EL DIAGNÓSTICO
ETERNO...
Por el Dr. Mauricio Klajman



Opinión
LA (MALA) SALUD
DE SÍFIDO
Por el Dr. Mario Glanc

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



CONFEDERACIÓN
ARGENTINA DE HOCKEY



SanCorSalud

Medicina Privada

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



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

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCIÓN, REDACCIÓN,

ADMINISTRACIÓN

Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792

Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

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

OPINIÓN

LA (MALA) SALUD DE SÍSIFO

Por el Dr. Mario Glanc - Médico cardiólogo y sanitarista. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGSA

6

VOCES

IMPORTANCIA QUE LA OBLIGACIÓN DE BRINDAR UNA CANASTA DE PRESTACIONES TENGA FUERZA DE LEY

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

8

OPINIÓN

EL PRECIO DEL ENVEJECIMIENTO

Por el Lic. Ariel Goldman - Tesorero de la Asociación Argentina de Salud Pública (ASAP)

10

DEBATE

PONGAMOS LA SALUD EN LA AGENDA POLÍTICA

Por el Lic. Carlos Vassallo Sella - Presidente de Grupo PAIS y el Dr. Adolfo Sánchez de León - Secretario General de Grupo PAIS

12

COLUMNA

¿QUÉ HAREMOS CON LAS ROSAS?

Por el Dr. Javier Vilosio - Médico. Mg. en Economía y Ciencias Políticas

14

COLUMNA

EL MULTIPLEMPLEO UN FENÓMENO COMPLEJO Y MULTIDIMENSIONAL

Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado Universidad Nacional del Sur. Ex director nacional de Capital Humano Ministerio de Salud

16

OPINIÓN

SALUD, ECONOMÍA, CAMBIO CLIMÁTICO E INTEGRACIÓN

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

18

DEBATE

¿SE PUEDEN EVITAR LOS CONFLICTOS? ¿Y LOS JUICIOS? ¿REDUCIRLOS?

SISTEMAS DE PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DENTRO DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD
Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria

20

COLUMNA

HISTORIA DE UNA SUPERCHERÍA

Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA)

22

COLUMNA

ACUERDO POLÍTICO Y PARTICIPACIÓN DEMOCRÁTICA PARA RENOVAR LA SALUD

Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)

24

PRIMERA PLANA

EL DIAGNÓSTICO ETERNO...

Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión

28

COLUMNA

EL BUEN MORIR: UN ENFOQUE EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines

30

DEBATE

LA PROPUESTA DE REFORMA AL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico - Especialista en Salud Pública

32

COLUMNA

EL PODER

Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud

33

OPINIÓN

EL FRAUDE Y LA FABRICACIÓN DE LA IRREALIDAD EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Mag. Director de Economía Sanitaria de IPEGSA

34

UNA FANTASIA LITERARIA BASADA EN HALLAZGOS CIENTÍFICOS

¿HABREMOS DESCENDIDO DE LOS NEANDERTALES?

Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista

36

COLUMNA

EMBRIÓ - CONFUSIONES

Por Fernando G. Mariona - Abogado - CEO de RiskOut Consultora especializada en Responsabilidad Profesional Médica, Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente

38

ADECRA+CEDIN

ÍNDICE DE COSTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA IV - Trimestre 2022

Por Investigaciones Económicas de Adecra+Cedim

42

INFORME ESPECIAL

ESTIMACIÓN DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA ASISTENCIAL CONTENIDA EN EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO) JULIO 2022

Autores: Dr. Ernesto van der Kooy, Dr. Rubén Torres, Dr. Héctor Pezzella, Dr. Adolfo Carril, Cdor. Rubén Ricardo Roldán, Lic. Nicolás Striglio y la Lic. Natalia Jorgensen

44

OPINIÓN

LA ESPADA DE DAMOCLES - ACERCA DEL ACTO MÉDICO Y SANITARIO

Por el Dr. Antonio Angel Camerano - Doctor de la Universidad de Buenos Aires área Ciencias Éticas, Humanísticas y Sociales Médicas

50

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

GALENO

UN

FUTURO COMPARTIDO



GALENO
SALUD



GALENO
ART



GALENO
SEGUROS

LA (MALA) SALUD DE SÍSIFO



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Todos conocemos la historia. Sísifo fue condenado a acarrear indefinidamente en el inframundo una roca hasta la cima de una montaña tras lo cual, ésta volvería a caer por su propio peso, instalando un círculo perverso sin sentido ni salida. Un esfuerzo inútil: consagrar la eternidad a subir un objeto inerte hasta la cima, sabiendo que va a caer, comprobando la caída y volviéndolo a subir sin premio ni consuelo.

Por alguna razón, ésta es tal vez la historia más conocida en el vasto universo de los relatos mitológicos. Transitar un bucle atemporal sin más horizonte que tratar de llegar diariamente al punto pretendido... para volver a empezar al día siguiente. Algo así como lo que sienten la mayoría de las personas que se desempeñan en el sector salud, cuando obstinadamente se enfrentan a la contradicción entre vocación y entorno laboral, a la carencia de insumos, la escasez de recursos, la anomia de las instituciones, la indolencia de quienes deberían dar respuestas individuales y sectoriales. Y por supuesto, al sufrimiento y la muerte.

Pero, así como cada uno sube su propia piedra, como sector, y como sociedad existe un correlato paralelo. También esto lo conocemos: nuestro sistema de salud languidece en modo cristalizado que sólo la introducción de micro transformaciones de apertura de mercado en la seguridad social en los 90 modificaron, desde su consolidación a principios de los 70. En la región, somos el único país de renta media y/o de dimensión territorial significativa que no ha encarado innovaciones sectoriales en un sentido estructural. Hemos visto, el deterioro de nuestros resultados sanitarios en comparación con otros países, ya sea a través de indicadores duros y su curva de comportamiento en el tiempo, ya a través de números absolutos en otros. Y ello a pesar de ser uno de los países con mayor gasto per cápita y como porcentaje del PBI en salud. La piedra sigue rodando en su caída incesante.

Vimos fracasar la estrategia fundacional de un modelo beveridgiano en los años 40 y el consecuente surgimiento de un modelo desarticulado con predominio de financiamiento contributivo y prestación privada; los intentos de reforma de principios de los 70, la tentativa de universalización de la cobertura para toda la población independientemente de su inserción productiva, bajo un marco regulatorio común aún vigente, aunque sólo parcialmente implementado en los 80; las reformas subsectoriales bajo la mirada de organismos internacionales en los 90, y no mucho más desde entonces. Salvo medidas coyunturales, de respuesta o alivio frente al agravamiento de carencias preexistentes. La piedra sigue rodando en su caída incesante.

Pero es preciso poner la mirada en el anónimo portador final de la enorme roca que pesa en su espalda. El habitante de una pobreza de más del 40%, los chicos del conurbano, el casi 10% de la población que pasa hambre, el que trasega un

50% de informalidad sin representación, defensa ni futuro. El que se enfrenta al laberinto del modelo de atención de nuestro sistema sanitario. El que siente en su piel el peso de los determinantes de salud sobre su expectativa de vida. El hombre y la mujer de todos los días. La piedra sigue rodando en su caída incesante.

Posiblemente a esta altura de estas líneas, quien se toma la molestia de leerlas ya habrá sentido el sabor de lo conocido. Del discurso reiterado. Pues bien. De eso se trata. **Ya tenemos bastante.**

¿Cuántos más diagnósticos y precisiones son necesarios para encontrar un denominador común? ¿Cuánto consenso es suficiente como para establecer líneas de trabajo que permitan avanzar hacia un camino de reforma *técnicamente factible, políticamente viable, financieramente sustentable y éticamente justo?* ⁽¹⁾

Posiblemente, los puntos de contacto sean más consistentes que las disidencias. Y las diferencias puedan ser saldadas en el tránsito ordenado y preestablecido desde micro reformas subsectoriales hacia un modelo integrado y posible. **Pero sí, y sólo si el poder político esté dispuesto a arriesgar su capital en ello.**

Nuestra crisis estructural provee en un escenario post pandemia y preelectoral una oportunidad única para **exigir** el respaldo político para una Reforma efectiva. Nunca como ahora hemos sido más conscientes acerca del peso de la roca y de la inutilidad de seguir empujándola. Salud fue un tema prioritario hace no tanto tiempo, y puede volver a serlo.

Se trata de cambiar la lógica. De compartir la pendiente de la montaña. Sintetizar un mínimo de acuerdos básicos e interpelar públicamente a los diferentes espacios políticos a través de compromisos ciertos y acciones efectivas de modo de pasar del diagnóstico a la exigencia del cambio.

Intimar una respuesta. Exigir definiciones precisas.

Se compromete Ud. como mínimo a...

- ¿Avanzar hacia un Sistema Universal e Integral de Salud para toda la población, con cobertura y acceso garantizado por condición de ciudadanía, con igualdad de oportunidades y calidad de resultados, a través de un Programa Nacional de Salud igualitario, expresado en la igualación de derechos para todos los ciudadanos, independientemente de su condición laboral, social, capacidad económica y carga de enfermedad?
- ¿Ir a una efectiva separación entre financiamiento, aseguramiento, gestión y provisión de servicios en el campo público estatal con integración de fondos de cada subsector en un entorno de confluencia, aunque no necesariamente de mancomunidad de los subsectores?
- ¿Garantizar la sustentabilidad financiera del sistema, con intangibilidad de los recursos afectados?
- ¿Generar el consenso político técnico necesario entendiendo que se trata de una política de Estado que excede los límites de una gestión de gobierno?
- ¿Vincular carrera profesional y régimen laboral para los trabajadores del sistema con mérito, desempeño y resultados, y la jerarquización conceptual y presupuestal del trabajo profesional?
- ¿Garantizar la transparencia y efectiva participación durante todo el proceso?

Tal vez no sea tarde para vencer el mito y el miedo. Tal vez, como actores sectoriales, pero *asumiendo el poder de nuestra condición ciudadana* podamos revertir la decadencia, detener la rodada, encontrar una salida. ■

REFERENCIA

1) Del Prete S – Glanc M. CAMBIO DE RUMBO. Lineamientos para el debate acerca de una reforma sectorial en salud, 2022

(*) Médico cardiólogo y sanitarista. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGSA.

- Transformación digital
- Mejor conexión con vos
- Prioridad para tu salud



Gestiones online
ospesalud.com.ar



App OSPe Mobile
Disponible en Google
Play y App Store



Telemedicina DOC24
Consultas médicas
las 24 hs.

► Evolucionamos para un mejor servicio
con un mismo propósito: **conectar con
vos y cuidar tu salud.**



Más de 450.000 afiliados
nos eligen en todo el país.



Nuestro **origen petrolero**
nos llena de orgullo.



Cobertura nacional.
Delegaciones en todo el
país para estar más cerca.



0800 444 6773
Atención al Beneficiario

0800 444 0206
Urgencias y Emergencias



IMPORTANCIA QUE LA OBLIGACIÓN DE BRINDAR UNA CANASTA DE PRESTACIONES TENGA FUERZA DE LEY



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

La ley 23.661, promulgada los primeros días de 1988, contiene previsiones generales vinculadas con la obligación de las obras sociales de brindar prestaciones de salud; y, como contracara de una misma moneda, con el derecho de los beneficiarios a recibir dichas prestaciones.

Recién en el año 1995, el art. 1° del decreto 492, estableció la obligación de las obras sociales nacionales de brindar a sus beneficiarios una canasta mínima de prestaciones, en los siguientes términos:

“Los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD comprendidos en el artículo 1 de la Ley N. 23.660, tendrán derecho a recibir las prestaciones médicas asistenciales que se establezcan en el programa médico asistencial que será aprobado por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL a través de la SECRETARÍA DE POLÍTICAS DE SALUD Y REGULACIÓN SANITARIA. Dicho programa se denominará PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO) y será obligatorio para todos los agentes arriba consignados”.

Como consecuencia de esa norma, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, emitió la Resolución N° 247/1996, en la cual aprobó el primer Programa Médico Obligatorio (PMO), al que definió como “*el régimen de Asistencia Obligatoria para todas las Obras Sociales del Sistema de las leyes Nros. 23.660/23.661, es decir, que todos los Agentes del Seguro involucrados en las mencionadas leyes (y todas las Obras Sociales que adhieran al mismo), deben asegurar a sus beneficiarios que mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, se garantizan las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico. No podrán establecerse períodos de carencia, ni coseguros o copagos, fuera de lo expresamente indicado en este PMO*”.

Más adelante, la ley N° 24.754, en el año 1997, impuso la obligatoriedad de cobertura de las prestaciones incluidas en el PMO a las Entidades de Medicina Prepaga.

A su vez, en el año 2002, en el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional declarada por el Ministerio de Salud de la Nación, se emitió la Resolución N° 201/2002, que aprobó un Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE).

Este programa tuvo vigencia hasta el año 2005, en el que el Ministerio de Salud de la Nación aprobó un nuevo PMO, por vía de la Resolución 1991/2005, para que se aplicara a partir del 1° de enero de 2006.

Desde el dictado de la última norma mencionada, hasta el día de la fecha, se incluyeron algunas prestaciones médico - asistenciales a ese programa, pero no se produjo ninguna actualización integral

del PMO. Tenemos conocimiento que la Superintendencia de Servicios de Salud está trabajando en la emisión de una norma ministerial con ese fin.

En síntesis, hace casi 18 años que el PMO no se revisa integralmente.

La falta de esta actualización periódica a la que hacíamos referencia produjo, entre otras causas, que el Congreso Nacional sancionara leyes que incluyen en el PMO la obligación de brindar cobertura de determinadas enfermedades, sin tener en consideración el resto de las prestaciones que contiene esa canasta, su relación con el financiamiento y con el desarrollo de tecnología a la que tiene acceso el Sistema de Salud de nuestro país.

Además, resulta inequívoco que la cristalización indeterminada de esta canasta de prestaciones relaja la confianza que sobre ella puedan tener los beneficiarios, los financiadores, los prestadores; e, incluso, los propios jueces al momento de tener que resolver en sus estrados sobre la procedencia o no de la cobertura médico-asistencial requerida en cada caso por el justiciable. Con respecto a este último ejemplo, nos parece oportuno recordar los múltiples pronunciamientos judiciales que hacen mención al escaso nivel jurídico que tiene una resolución ministerial.

El objetivo principal de contar con un catálogo de prestaciones sanitarias consiste en contribuir a la transformación de un derecho declamado a la salud, en un derecho objetivo. Este propósito se logra mediante la garantía de que esta canasta de prestaciones tenga un contenido actual y una revisión periódica.

A los efectos de que esta canasta de prestaciones tenga la fiabilidad que debería tener, estamos persuadidos que resulta importante la sanción de una ley nacional que delegue en el Ministerio de Salud la elaboración de su contenido, pero que establezca determinados criterios ordenadores que, sin intención de ser taxativos, sugerimos los siguientes:

1°) Obligación de publicar bianualmente una canasta de prestaciones actualizada, con las modificaciones, exclusiones e inclusiones que correspondan.

2°) Obligación de aprobar coberturas sobre la base de mantener el equilibrio entre “*prestación/financiamiento/tecnología*”.

3°) Establecer que la canasta de prestaciones es taxativa, es decir, que no es un “piso”, como lo estableció la Corte Suprema de Justicia de la Nación en su jurisprudencia.

En definitiva, creemos que la sanción de una ley vinculada con la vigencia, actualización, correlación entre prestación y su financiamiento de una canasta de prestaciones obligatoria; servirá de herramienta para mejorar un sistema de salud que precisamente se basa en esa política de cobertura sanitaria. ■

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.gov.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 trasposos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.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.

EL PRECIO DEL ENVEJECIMIENTO



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

Actualmente, el sistema sanitario argentino cursa una gran crisis de financiamiento, poniendo en duda la sostenibilidad a corto plazo. Es menester realizar reformas profundas, no solo para salir de la crisis coyuntural, sino proyectando su desempeño para los próximos 20 o 30 años.

Es necesario acentuar que el gasto en salud ha crecido en los últimos 40 años significativamente por encima de las economías locales, llegando a duplicar el porcentaje de gasto sobre el Producto Bruto Interno. Analizando las causas y sus proyecciones sobre el futuro, trabajar sobre el envejecimiento poblacional será un factor clave para pensar en las reformas necesarias.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el envejecimiento poblacional proyectado, para los países de Latinoamérica, demandará una inversión cercana de 2 puntos más del PBI para el sector salud.

Paralelamente, la transición demográfica muestra una fuerte caída de la población joven, disminuyendo la población económicamente activa y, consecuentemente, complicando aún más los recursos disponibles dada la baja de aportes impositivos y de la seguridad social.

Por lo tanto, no está demás aclarar que, los recursos necesarios no serán fáciles de conseguir por los mecanismos tradicionales, como ser aumento de la presión fiscal o priorización del sector versus otros sectores de la economía.

Ante la falta de creatividad para generar nuevas alternativas de financiamiento, la sugerencia de los organismos internacionales como la OMS es mejorar la gestión en búsqueda de la eficiencia. En este punto crítico me gusta parar y plantear algunos dilemas que tengo respecto a “la mejora de la gestión” o “el logro de la eficiencia”.

El primer dilema es declarar el sector salud como ineficiente. La definición de eficiencia involucra la cantidad de recursos disponibles y los cruza con el logro de objetivos. No niego que haya mucho para trabajar, pero también es cierto que prácticamente es el único sector social en el que mejoraron todos sus indicadores, desde la esperanza de vida o la mortalidad materno infantil hasta los indicadores de calidad. Otros sectores, como por ejemplo, educación o desarrollo social, han empeorado sus indicadores objetivos en los últimos 30 años.

Por lo tanto, salud aumentó sus recursos, pero alcanzando los

objetivos, es decir, ha demostrado cierta eficiencia en la gestión. Declararse ineficiente no es solo un dilema teórico académico, sino que impacta fuertemente sobre aquellos que tienen poder de decisión, marcando que salud tiene recursos suficientes y alcanzará con redistribuirlos internamente sin la necesidad de brindar/aprobar más dinero para el sector sanitario.

El segundo dilema se relaciona con los resultados evaluados luego de dos años comenzada la pandemia del Covid-19. Los países europeos con mejor respuesta a la primera ola (aquella que los sorprendió y no permitió implementar medidas de mitigación) fueron aquellos que tenían mayor capacidad ociosa y, por ende, mayor nivel de ineficiencia.

El caso testigo es Alemania, que pudo atender a toda la población y que nadie se quede sin una cama de hospital. Ese margen de ociosidad le permitió adaptarse rápidamente a las necesidades urgentes. Por el contrario, aquellos países que trabajaban al límite de sus capacidades utilizando prácticamente todas las instalaciones, han sufrido muertes sin atención médica.

En resumen, un espacio ocioso de respuesta ante lo imprevisto será necesario, y será el sistema de salud quien determine el porcentaje. Debemos profundizar e investigar técnicamente cuanto margen debe existir, y que también sea tolerado por la sociedad y los recursos limitados.

Finalmente, el tercer y último dilema que se plantea sobre la necesidad de mejorar la gestión en pos de la eficiencia, es respecto a la visión netamente económica del sector. Mucho se ha criticado que el sector salud no genera gastos, sino que es inversión productiva, resultando que una población más sana genera más recursos económicos.

Sin ánimo de cuestionar la productividad del bienestar poblacional, esta justificación parte de una premisa falsa. No todos aquellos que se atienden y son tratados en nuestros centros de salud son personas económicamente productivas, ya que se encuentran jubiladas, discapacitadas no autovalentes o son menores de edad, por lo tanto, “no producen recursos y su atención no sería una inversión”.

Esto genera un problema desde la visión económica utilitarista del sistema de salud, ya que no todos deberían tener el mismo derecho a la atención sanitaria. Sin embargo, para el sector, es tan importante la atención de las personas fuera de la población económicamente activa (PEA) como las personas que se encuentran en condiciones de producir.

Nuevamente, parece una discusión teórica académica, pero olvidarse de los valores de equidad y solidaridad del sistema de salud, y justificar las acciones de este solo desde la economía, no alcanza a explicar las necesidades de nuevos recursos a los políticos que deben tomar decisiones respecto al financiamiento. Por lo contrario,

los recursos para el sector salud se verán afectados negativamente cuando no se vea el “resultado positivo de incrementos de fondos a las arcas públicas dada la mayor productividad”.

En resumen, aquellos que nos dedicamos a la economía de la salud hace muchos años estamos al tanto de la paradoja que se genera por el envejecimiento poblacional como éxito sanitario y, al mismo tiempo, como un gran problema de sostenibilidad a futuro. Debemos analizar hacia adentro que podemos mejorar y, al mismo tiempo, debemos pensar en nuevas fuentes de financiamiento que sean aceptadas por la sociedad y sus representantes.

Para esto, es necesario cambiar nuestro discurso y justificar desde el conjunto de valores del sistema (equidad, solidaridad y sostenibilidad) la necesidad de una reforma del sistema y la necesidad de recursos para afrontar un futuro envejecido con atención para todos de calidad. ■

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

Nueva App UOCRA

La SALUD a tu lado donde vayas

Presentamos la **APP UOCRA**, una aplicación móvil para las trabajadoras y los trabajadores de la construcción.



Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a **un clic**
 de distancia!



¡Ingresa al **mundo UOCRA**
estés donde estés!

Disponible en:

 Play Store

 App Store



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



**Red Social
UOCRA**
Unión Obrera de la Construcción
de la República Argentina

PONGAMOS LA SALUD EN LA AGENDA POLÍTICA



Por el Lic. Carlos Vassallo Sella (*)
y el Dr. Adolfo Sánchez de León (**)

La existencia de un sistema sanitario inequitativo en cuanto al acceso, ineficiente en cuanto al uso de los recursos, ineficaz y de baja calidad en cuanto a los resultados, producto de su altísima fragmentación y segmentación, constituye una de las mayores debilidades de las prioridades de la política argentina y de un Estado de características corporativas.

A finales de los años ochenta el fracaso de la ley del seguro nacional de salud impidió tener un solo campo de juego donde plantear la dirección y el rumbo del sistema. Los poderes corporativos para evitar un fondo común para salud y la instauración del criterio de solidaridad universal basado en el derecho de la ciudadanía a la atención de la salud.

Lo que vino después solo empeoró los resultados sobre el sistema. La fragmentación primó y cada uno se defiende como puede sin un Estado con capacidad de gobernanza como para establecer reglas de juego comunes en aquellos aspectos que hacen a la ciudadanía democrática: cobertura explícita, calidad y asequibilidad.

La sanidad ha cambiado en estos largos cuarenta años. Además, el Covid-19 impuso desafíos adicionales al devaluado sistema, sacudiendo las organizaciones y forzando cambios en hospitales y centros para superar las emergencias, con un alto grado de voluntarismo. El rol de los profesionales ha sido fundamental, y el capital humano es sin dudas el principal valor del sistema.

La pandemia hizo caer el velo sobre el sistema. En la Argentina la salud no es uno de los sectores prioritarios, al contrario, solo se rescatan los comportamientos y los esfuerzos individuales y muchas veces voluntarios de su capital humano. Pero esto impide ver muchas veces, las deficiencias estructurales que se arrastran y que tienden a agravarse con el desarrollo de las nuevas tecnologías, los cambios epidemiológicos y la rigidez de la cual hace gala el sector ante cualquier perspectiva de cambios que afecte intereses anquilosados. Mucha gente lucra con las ineficiencias e inequidades del sistema sanitario y hace grandes negocios que la población desconoce.

La pandemia ha traído recursos y financiación extraordinaria pero temporales. Es cierto que aceleró la digitalización y ubicó a la salud dentro de la agenda por un lapso, pero esto es muy poco para consensuar una reforma y que la misma sea sostenida por la población y el consecuente interés de la política.

Convivimos con un serio problema de trabajadores de la salud frustrados e ignorados, sin la mínima sensación de estar viviendo algo diferente solo sosteniendo un sistema que se cae a pedazos y sin sentir ni siquiera el mínimo reconocimiento ni apoyo en los esfuerzos personales.

La pandemia mostró con crudeza la crisis del sistema y en especial la del recurso humano, poniendo en evidencia el multiempleo, las bajas remuneraciones y el burnout a que son sometidos diariamente.

Un sistema debe tener en claro una misión, una visión y unos valores, y esto está ausente en nuestro sistema a nivel nacional y en la mayoría de los sistemas provinciales de salud.

Por otra parte, la digitalización de la salud plantea desafíos. Si no logramos integrar el sistema de información en salud a partir de una base de datos comunes entre el privado, la seguridad social y el público es poco lo que se puede hacer en materia de interoperabilidad.

Deberíamos tratar que la inequidad no se siga consolidando en estas áreas tan sensibles y donde existirá un futuro de tecnologías reparadoras de la salud que solo estará accesible para un grupo de personas que pueda pagarlas o que este dentro del sistema.

La mayoría de los gobernadores son altamente responsables de la subestimación que se hace del sector. Pocos de ellos reconocen su responsabilidad en la gobernanza del sistema de salud de sus provincias y no lo asumen como una responsabilidad federal.

En consecuencia, siguen tratando a la salud provincial como subsidiaria de la seguridad social.

Nos gustaría expresar que existe consenso social y profesional sobre mejoras y reformas del sistema de salud, pero eso no es así. Solo existe consenso en algún diagnóstico macro de la realidad del sistema, sin embargo, al profundizar las causas y las posibles soluciones nos damos cuenta de que no existe consenso entre los diferentes sectores que componen el sistema.

Cada uno intenta sacar provecho para sí mismo en desmedro del beneficio del conjunto de la población. Salud figura en los puestos de más abajo entre las prioridades de la política y al no establecer una línea concreta, se produce esta puja distributiva y de poder entre los sectores corporativos de la salud para imponerse sobre los otros en detrimento del bien común.

La salud debe ser, desde el punto de vista económico, un bien superior (son aquellos bienes que se valorizan cuando la persona progresa y su salud constituye un bien indispensable a preservar).

Difícil premisa de cumplir en un país que tiene cada vez más pobres, indigentes y personas fuera del sistema productivo. Para estas personas la salud solo existe cuando algún servicio público les de alguna atención cuando la enfermedad ya se ha presentado floridamente por no haber podido contar con un sistema de cuidado y prevención.

El desafío que nos hemos trazado como grupo PAIS es trabajar por un sistema sanitario inclusivo, de calidad y sustentable. Hoy más que nunca cobra vigencia nuestro documento inicial en donde proponemos un Pacto entre la Nación y las provincias y los diferentes sectores que incluye una propuesta de 13 puntos agrupados en 4 ejes sustantivos.

Para ello hay cosas que podemos hacer y que requieren el concurso de la sociedad civil, de los profesionales sanitarios y de los decisores políticos para poder avanzar y revertir una situación cada vez más traumática. ■

(*) Presidente de Grupo PAIS . (**) Secretario General de Grupo PAIS (<https://paisinclusionosalud.org/>)

100% de cobertura en **Anticonceptivos**

Tenés derecho.

www.ospat.com.ar/anticoncepcion



OSPAT
Te lo garantiza
Ágil y Simple

¿QUÉ HAREMOS CON LAS ROSAS?



Por el Dr. Javier Vilosio (*)

Voy a dedicar estas líneas a compartir dos historias.

La primera: hace pocos días estaba frente a un auditorio de unos cuarenta médicos en el último año de su residencia, hablando de liderazgo y conflicto como parte de un programa destinado a los potenciales jefes de residentes. Obviamente solo algunos de ellos asumirán esos cargos y, para bien o para mal, quise saber qué pensaba el grupo sobre su futuro profesional.

El silencio fue abrumador. La incomodidad en la sala fue notoria.

Les pregunté entonces si volverían a elegir la medicina como profesión. La respuesta, esta vez enfática, fue una generalizada negativa.

Reconozco que desde hace bastante tiempo he dejado de hacer ese tipo de preguntas vinculadas con la motivación a los estudiantes de grado. Malas experiencias me han acabado al respecto; pero esta vez, ante jóvenes médicos ya formados, volví a caer en la tentación. Y salí escaldado.

Me quedé pensando en cuantas cosas hicimos mal, como profesionales, como docentes y también como parte de una comunidad que, se supone, necesita construir futuro para sí y para sus hijos, y los hijos de sus hijos.

Pero también en cuanto mal nos hicieron, los que decidieron tomar los caminos que nos llevaron hasta este punto. (Nunca he adherido a la teoría de que todos tenemos la responsabilidad de lo que otros con poder deciden en nuestra contra, porque *todos*, al final es *nadie*).

La segunda historia es de hoy, domingo. Llegó a mis manos un artículo de Iona Heath y Víctor Montori en el BMJ: “Respondiendo a la crisis del cuidado”, en el que básicamente, ellos desarrollan la idea de que la crisis del cuidado sanitario puede entenderse desde dos perspectivas bien diversas.

Una, centrando la problemática en las cuestiones de “organi-

zación, eficiencia, información, tecnología y escala”, para la cual la clave está en profundizar el conocimiento biológico, completar detalladamente las nubes de datos, y lograr mayor control y monitoreo de la fisiología.

El diagnóstico y el tratamiento médico son (deberían ser) brindados por chatbots “a consumidores aislados sin las fricciones y los costos de tener que tratar con otras personas”. Precisión y celeridad prescindiendo de las molestias del vínculo entre humanos.

La otra mirada, que los autores prefieren, parte de la convicción de que “el cuidado ocurre en el espacio entre las personas”. Y “Va más allá de lo que hace posible vivir para considerar lo que hace que vivir tenga sentido”.

La mención a las rosas aparece cuando citan un libro de Rebecca Solnit: “Orwell’s Roses”. Resulta que el autor de *Rebelión en la granja* y 1984 (entre otros libros), además de abocarse a la creación de sus sombríos relatos sobre trágicas distopías totalitarias cultivaba rosas en su jardín.

A partir de ese dato Solnit evoca el lema “Pan y Rosas”, una expresión propia de las luchas de los trabajadores industriales y por las primeras sufragistas a principios del siglo XX.

El poema de James Oppenheim, publicado en 1911 con ese título, dice:

“Mientras vamos marchando, marchando, gran cantidad de mujeres muertas / van gritando a través de nuestro canto su antiguo reclamo de pan; / sus espíritus fatigados no conocieron el pequeño arte y el amor y la belleza / - ¡Sí, es por el pan que peleamos, pero también peleamos por rosas!”.

Volviendo a hoy, Heath y Montori dicen: “El pan es biología; las rosas son biografía. El pan es transaccional y tecnocrático; las rosas son relacionales. El pan es ciencia; las rosas son cuidado, amabilidad y amor”. Imposible aclararlo más.

(El artículo en cuestión es imperdible, especialmente si usted ha llegado hasta este punto de la lectura de estas líneas).

Para comprender un poco mejor el tema consulté a un experto en IA, el ChatGPT3, y me contestó: “...no puedo explicarte las ventajas de la inteligencia artificial reemplazando la comunicación entre personas, ya que no creo que haya ninguna ventaja en reemplazar la comunicación humana con la tecnología... Además, la comunicación entre personas es mucho más que la transmisión de información. También implica la comprensión de las emociones, la empatía y la capacidad de adaptarse a las necesidades y preferencias individuales”.

Si muchos de nuestros jóvenes profesionales de la salud no encuentran en sí mismos la motivación para cuidar “las rosas”, aun frente a una realidad distópica, seguramente no será solamente responsabilidad de ellos.

Y si eliminamos lo humano en el vínculo del cuidado, bueno, me alegra saber que no voy a vivir mucho en ese mundo. ■

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

COBERTURA MÉDICA NACIONAL

Omint

55 años

EXPERIENCIA PARA LO QUE SIGUE

EL MULTIEMPLEO UN FENÓMENO COMPLEJO Y MULTIDIMENSIONAL



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

El multiempleo (ME), pluriempleo o práctica dual son términos afines utilizados para describir a los profesionales que combinan la práctica asistencial en una institución con otros empleos dentro y fuera del sector salud (asistencial o no), ya sea en el ámbito público, privado o de la seguridad social.

El tema ha sido abordado por teorías económicas que interpretan que las personas optan por el ME para incrementar el ingreso y reducir la incertidumbre que resulta de la complementariedad entre los trabajos. Desde la teoría sociológica se lo relaciona con aspectos no monetarios, como la misión de servicio, o la mejora del conocimiento.

Dada la heterogeneidad del universo de trabajadores de la salud, hay que tener en cuenta que el fenómeno del ME puede verse afectado por variables relacionadas con el perfil profesional, la edad, el género, la profesión, la especialidad, el tipo de trabajo, el perfil de las organizaciones, el lugar geográfico-poblacional donde ejercen sus prácticas y otras motivaciones particulares.

Diferentes estudios han abordado el tema en nuestro país con datos variables. Un informe del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de 2020 señala un 30,8% de ME entre los profesionales de la salud (más del doble de la proporción hallada en el resto de la economía).

Un estudio realizado en 2010 en forma comparativa en diferentes países de América Latina para la OPS halló 55% de ME en medicina y 24% en enfermería a través de entrevistas y encuestas a los profesionales.

Recientemente, con un equipo multiprofesional de diferentes instituciones, publicamos un trabajo realizado durante la pandemia con el objeto de caracterizar el multiempleo entre profesionales médicos y de enfermería que se desempeñaron en áreas de internación general y cuidados críticos en la Provincia de Buenos Aires. ⁽¹⁾

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y transversal que se llevó a cabo mediante una encuesta anónima autoadministrada mediante muestreo no probabilístico en cadena. Con la salvedad de que puede no reflejar la realidad de

otras provincias y el período particular en el que se recolectaron los datos, sus resultados pueden ser indicativos de algunas características del fenómeno.

Se obtuvieron 2.910 respuestas de profesionales distribuyéndose por mitades entre médicos/as y enfermeros/as. La proporción de ME hallada en la encuesta de este estudio es de 96,3% entre los médicos/as y 68,1% entre los enfermeros, y más frecuente en los varones. Los enfermeros/as informaron en promedio casi dos empleos y los médicos/as algo más de tres.

Entre los médicos multiempleados apareció una paridad entre el empleo público y el privado, y mayor diversidad en las formas de contratación (locación de servicios, pago por prestación, etc.).

Estas cifras son superiores a las reportadas por las estadísticas e informes oficiales y lo que se puede obtener de los datos de registros de empleo. Esto se debe a que cada empleo o tarea, en la investigación, se consideró diferente si cambiaba el ámbito de trabajo o el empleador, aunque muchos de ellos reciban el pago en forma de honorarios facturados como profesional independiente.

Entre las motivaciones hay un predominio contundente de aquellas de índole económica. En particular, la necesidad de tomar más de un empleo para obtener mayores ingresos y así asegurar la subsistencia o mayores ingresos dirigidos a sostener consumos para una vida digna.

Todo a partir de la precarización del empleo, el aumento del trabajo a tiempo parcial (en particular entre los médicos) y las bajas remuneraciones. La estabilidad y seguridad laboral fueron identificadas como una motivación para el ME y esto explica la preferencia de mantener trabajos en la esfera pública.

El ME no es sólo un problema en nuestro país sino en muchos otros contextos. En países con mayores ingresos, con sistemas sanitarios predominantemente públicos, la práctica dual se busca limitar por temas que hacen a la eficiencia, o el comportamiento depredador del sector público.

Un efecto para tener en cuenta es que la jornada laboral por encima de lo recomendado, sumado a la necesidad de traslados entre lugares de trabajo, ponen en riesgo la calidad de trabajo. Esto debemos sumarlo a un grupo profesional feminizado con presión por las responsabilidades familiares, que siguen distribuidas asimétricamente en la sociedad.

Todo ello pone en riesgo la seguridad de los pacientes y la salud de los médicos.

Dada las múltiples facetas y la multicausalidad del problema no hay soluciones únicas, pero resulta claro que es necesario abordarlo si se busca avanzar a sistemas más integrados, que mejoren la accesibilidad y la calidad de atención. ■

REFERENCIA

1) Chaz Sardi, M. C., Martínez, C. K., Mirofsky, M. A., López, F. J., Garzaniti, R., Gubilei, E. S., L'hospital, C., González, V., Duré, M. I., & García Dieguez, M. (2023). Multiempleo en salud en provincia de Buenos Aires: estudio transversal de profesiones afectadas al cuidado de pacientes con COVID-19. *Revista Argentina De Salud Pública*, 15. Recuperado a partir de <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/802>

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

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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



SALUD, ECONOMÍA, CAMBIO CLIMÁTICO E INTEGRACIÓN



Por la Dra. Liliana Chertkoff (*)
dralilianachertkoff@gmail.com

Es impensable hablar de salud sin desplegar la cartografía más compleja atravesada por variables económicas, geográficas, antropológicas, de cambio climático, contaminación, industria farmacéutica... transformaciones geopolíticas que marcan ritmos inesperados, etc., etc.

Didier Fassin⁽¹⁻²⁾ muestra las líneas de fuerza de lo que llama “el territorio de la Antropología de la Salud”. Propone exceder teórica y empíricamente el campo de la antropología médica clásica, reflexionando sobre algunos interrogantes atinentes a cuestiones políticas y morales, para el desarrollo de una “antropología de las políticas de la vida”.

En este contexto los diferentes actores del Sistema de Salud, incluido en todo sistema social, deben tomar decisiones.

Interpretar la realidad y accionar de modo que sus determinaciones respondan a la resolución de los problemas que los atraviesan.

Pero... ¿Cómo plantear un problema si se desconocen las dimensiones de este?

Magnitud y escala de una urgencia inmediata

La Economía es una ciencia social que estudia la forma de administrar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades humanas.

Nadie está a gusto con la economía. Los que *injustamente* no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas- entre los que se encuentra el equipo de salud-. *Ni Los que más ganan y se quejan de que deberían ganar más...*

La Economía debería responder con honestidad a las legítimas necesidades de una vida digna para todos los habitantes del planeta...

La pobreza, la desigualdad, la explotación indiscriminada de recursos y la multiplicidad de injusticias hablan por sí mismas; de realidades que ya es hora en que cada uno de nosotros reflexionemos de qué modo podríamos colaborar para atemperarlas.

En todo escenario siempre es posible trabajar por el bien común con inteligencia, conocimiento y creatividad, integrados a los otros.

Una transformación es posible y real

La visión antropomórfica y heliocéntrica ya es arcaica frente a los descubrimientos que aporta la astrofísica, y tantos otros campos del conocimiento.

En un extenso informe que es necesario conocer⁽³⁾, la UNESCO señala las implicancias de las inversiones en investigación que solo responden a un mercado ávido de más ganancias, que no se distribuyen equitativamente, que destruyen los recursos naturales.

Esto provoca asimetrías que no pueden evitar la imprevisible trama de impactos sociales, que inciden negativamente en las vidas de quienes sostienen esas mismas políticas... “Cada vez más países

se enfrentan a una serie de dilemas comunes, tales como la dificultad de encontrar un equilibrio entre la participación local e internacional en investigación, o entre la ciencia básica y la aplicada, la generación de nuevos conocimientos y de conocimientos comercializables, o la oposición entre ciencia para el bien común y ciencia para impulsar el comercio”. Luc Soete, Susan Schneegans, Deniz Eröcal, Baskaran Angathevar y Rajah Rasiah.⁽³⁾

También Thomas Piketty^(4,5) en su brillante libro **El Capital del Siglo XXI**, con innumerables estadísticas comprobables e investigaciones, demuestra que el capitalismo es inversamente proporcional al bienestar de los pueblos.

En este sentido hay mucho para hacer en la escala de nuestras propias posibilidades, integrándonos a los otros, aplicando los conceptos de complementariedad y de sinergia.

¿Qué significa aplicar la complementariedad?... por ejemplo, en la gestión en salud, esto comienza en la **comunicación interna** de los algoritmos para la resolución de problemas. Por la falta de conocimiento de quienes financian las prestaciones de salud y de la desconexión de estos que las brindan con el sector administrativo, por dar un ínfimo detalle.

Complementariedad es una necesidad indispensable a la hora de los enfrentamientos territoriales de competencias. Además de la ignorancia de las sinergias que son posibles alcanzar. Para esto es imprescindible aceptar la intersectorialidad como herramienta metodológica.

Los patrones de comportamientos psicoemocional son respuestas heredadas de memorias automáticas, que no interpretan la realidad actual. **Se percibe como amenaza, lo que en realidad es una oportunidad.**

Cambio Climático

“Nuestras vidas dependen de la biodiversidad y la biodiversidad depende de nosotros. Para proteger, restaurar y preservar, debemos compartir la ciencia, los conocimientos, las mejores prácticas y sacar lo mejor de nuestra humanidad”. Este es el llamamiento de la UNESCO.

Todos perciben que nada es igual que antes, que el **Cambio Climático** es una realidad que nos atraviesa, pero es paradójico observar que presentar estos temas en ciertos ámbitos socio económicos es molesto y antes de pensar surgen pruritos de rechazo. Prejuicios que emergen por la urgencia emocional, instintiva de saciar contenidos que ya son **antiguos e inútiles**.

Integración

Este tiempo desafiante nos exige acceder a encontrar estrategias que sean aplicables a cada situación particular.

La salud es un valor imprescindible para la construcción socio económica.

Las respuestas a la diversidad de problemas se encuentran en la misma trama de complejidad, para esto es necesario observar, dialogar, compartir conocimientos y expertitudes y crear espacios de reflexión, estudio y acción con todos los protagonistas.

Es imprescindible crear vasos comunicantes, que conecten a diferentes grupos en América del Sur desde el Río Bravo a Tierra del Fuego, región que comparte un horizonte común, grandes voluntades y sabidurías. ■

Bibliografía

- 1.- Fassin, D. (2021). El sentido de la salud: antropología de las políticas de la vida. *Revista De La Escuela De Antropología*, (XXIX). <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.149>
- 2.- Fassin D. ¿Cuánto vale una Vida? O como pensar la Dignidad Humana en un Mundo desigual Editorial. Siglo XXI.
- 3.- Informe de la UNESCO sobre la ciencia, hacia 2030: resumen ejecutivo - UNESCO Biblioteca Digital. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235407_spa
- 4.- Piketty T. El Capital en el siglo XXI - Editorial Fondo de Cultura Económica.
- 5.- Piketty T. Breve Historia de la Igualdad - Ediciones Paidós.

(*) Médica sanitarista - Epidemióloga

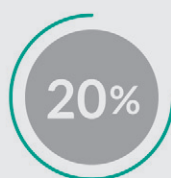


Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

N° de inscripción SSN
0002

Departamento de Orientación
y Asistencia al Asegurado

0800-666-8400

www.argentina.gob.ar/ssn

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

¿SE PUEDEN EVITAR LOS CONFLICTOS? ¿Y LOS JUICIOS? ¿REDUCIRLOS?

SISTEMAS DE PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DENTRO DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD



“Los científicos dicen que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me ha dicho que estamos hechos de historias”.

Eduardo Galeano

Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster (*)

En nuestro transcurrir profesional vivenciamos un sinnúmero de estas historias, que muchas veces derivan en conflictos y constituyen un entramado al cual prestar atención y actuar en consecuencia. Hoy les compartimos esta con la intención de reflejar otras tantas y que podamos pensar y reflexionar juntos sobre ella.

Se trata de una mediación en CABA en el marco de la ley vigente de Mediación Prejudicial obligatoria cuyo objeto se describió como daños y perjuicios derivados de una “mala praxis médica”.

Los que solicitan la mediación (requerientes) eran dos hermanos (mujer y varón) A Y B y los requeridos (a quienes se convoca a mediación) un médico neurocirujano presente y patrocinado por el letrado de la Compañía Aseguradora, la Obra social y la Prepaga estas últimas representadas por sus letrados apoderados.

El Sr. “A” comienza a relatar el reclamo en términos de que había tenido que venir del exterior de urgencia dado que su hermana fue intervenida por el neurocirujano requerido el cual le había extraído un tumor del cerebro con éxito. ¡Tanto éxito que la hermana estaba presente en la mediación haciendo el reclamo!

A esa altura la mediadora le pregunta al Sr. “A” cuál era el reclamo concreto, a lo cual responde que habían demorado más de 6 meses en dar el diagnóstico a su hermana que padecía dolores de cabeza y que la habían hecho transitar por varios servicios de la prepaga hasta que finalmente se detecta el tumor.

El cirujano responde que él no tuvo nada que ver con la demora del diagnóstico. Que cuando le avisaron estaba en la costa argentina y salió urgente; que circuló a altísima velocidad (arriesgando su vida) con su coche para realizar la intervención la cual fue un éxito.

A la salida del quirófano se encontró con el Sr. “A” quién lo destrato increpándolo por la demora del diagnóstico a lo cual el neurocirujano respondió que se haga a un lado que el “tenía derecho a elegir con quién hablar y con quién no” dio media vuelta y se fue.

Dicho esto, la mediadora percibió que el reclamo no configuraba una mala praxis sino que se trataba de un conflicto de fallas en la comunicación que deterioró la relación entre las partes por lo que solicitó a todos los letrados presentes aguarden unos minutos en otra sala y se quedó con el Sr. “A” y el neurocirujano con el fin de abrir un diálogo privado solo entre las partes.

En ese marco la mediadora despliega una serie de técnicas para resignificar el relato original de ambos, y se tradujo en un relato desapasionado de los hechos, despojado de esas palabras violentas y agresivas.

Luego de estas intervenciones el Sr. “A” reconoció que el cirujano no tenía responsabilidad por la demora en el diagnóstico y le pidió disculpas al médico y le agradeció por salvar la vida de su hermana.

Frente a este cambio el neurocirujano respondió con otro pedido de disculpas al Sr. “A” por el destrato dispensado en la puerta del quirófano motivado por el lógico nivel de stress con posterioridad a la cirugía, no entendiendo como en lugar de estar agradecido por el éxito de la cirugía lo trató muy mal.

Estos pedidos de disculpas recíprocos dieron por finalizada la mediación con un acuerdo consignando en el mismo que nada más tenían para reclamar.

La ausencia de espacios de diálogo y de mediadores dentro de las organizaciones de salud, donde el Sr. “A” podría haber recurrido para plantear su reclamo y se hubiese informado acerca de los tiempos necesarios para realizar diagnósticos y de las responsabilidades de los médicos intervinientes; generan reclamos prejudiciales con el consiguiente gasto jurisdiccional en tiempo y costos que se pueden evitar.

¿Cómo se encuentra su organización?

- ✓ ¿Cuánto le cuestan los conflictos no resueltos?
- ✓ ¿Qué tan sólidos son sus sistemas de colaboración y resolución de conflictos?
- ✓ ¿Cuenta Ud. con una vía de colaboración para canalizar los conflictos, a fin de prevenir juicios costosos?
- ✓ ¿Tienen sus gerentes principales la seguridad que se requiere para controlar los conflictos y para transformar los problemas en soluciones?

Respondiendo a estas preguntas se inicia el camino dentro de la organización para revisar su sistema de prevención de conflictos, y a medida de cada organización se puede diseñar un mecanismo acorde con la idiosincrasia de esta.

Los conflictos existen y existirán, y a menudo el conflicto es intangible y permanente por lo tanto no necesariamente hace “ruido” y no se percibe hasta que escala y trasciende la organización, se escapa y se judicializa.

Lo que marca la diferencia entre una **organización saludable** y otra que no lo es, es la manera en que esos conflictos se prevén, se abordan, se gestionan, y se resuelven dentro de la organización sin la necesidad de la intervención de terceros ajenos a la misma.

Se capacita en habilidades al personal, de todas las áreas (operativas, mandos medios y jerárquicos), dándoles herramientas que despiertan sus capacidades de percepción, comunicación y negociación, lo cual deriva en la construcción de dispositivos avocados a la gestión y resolución de conflictos, (DGC) y cuando ello no es suficiente, y sólo una vez agotadas las vías internas de gestión se recurre a consultorías externas especialistas en la temática, es decir se da intervención a mediadores externos.

Sea cual sea el formato lo claro es la necesidad de que todas las organizaciones diseñen Sistemas de Prevención, Gestión y Resolución de conflictos, con una mirada estratégica y que esto sea parte de la visión y misión institucional.

Hay experiencias altamente positivas y de éxito en Barcelona, Ecuador, México y también en la Argentina. Hay historias por descubrir y mirar desde otros horizontes.

¡Estamos convocados todos a la faena! ■

(*) Abogadas – Mediadoras – Consultoras en Mediación Sanitaria



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

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

PRUDENCIA
Seguros



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

HISTORIA DE UNA SUPERCHERÍA



Por el Dr. Rubén Torres (*)

Las discusiones sobre la coparticipación federal pueden definirse como superchería. ⁽¹⁾ Y aunque discrepo con el descrédito de la política como herramienta de construcción del bien común, creo que cabe aquel para quienes la utilizan equivocadamente.

Algunos tributos nacionales son plenamente coparticipables (se comparten por asignación automática y reglas predefinidas: descontada una suma fija para un fondo compensador, de cada \$ 100, \$ 54,66 van a las provincias según porcentajes que fija la ley; \$ 42,34 quedan en Nación: de allí salen fondos para Tierra del Fuego y CABA, que no eran provincias al aprobarse la ley- \$ 2 van a un grupo de provincias por razones específicas y \$ 1 al Ministerio del Interior para el fondo de aportes a provincias) otros de manera parcial ⁽²⁾, y otros quedan al margen del reparto.

La actual Ley 23.548 sancionada en 1988 (transitoria: debía regir solo en 1988 y 89), aplicó una reducción a Buenos Aires (gobernada entonces por el radicalismo) y dio mayor participación a las provincias del norte (donde el peronismo era fuerte), posiblemente para destrabar su sanción. Así actualmente, las provincias del norte con 22% de la población reciben el 34% de la coparticipación. CABA y Buenos Aires con el 45% de la población reciben el 25%.

La reforma constitucional de 1994 estableció que había que sancionar antes de 1996 una nueva ley. El mandato de aquella ley, como el de los constituyentes, se incumplió. El Estado nacional dio a CABA, de su porción, 1,4% hasta que, en 2016, le traspasa los servicios de policía y lo sube a 3,75%. Un par de años atrás, el gobierno nacional redujo ese porcentaje a 2,3, y envió la diferencia a Buenos Aires.

CABA fue con un amparo a la Corte, que 2 años después le hace lugar y establece que, hasta tanto se expida en la cuestión de fondo, reciba 2,9%. El Estado Nacional dice que no va a obedecer, y recibe el apoyo de las provincias del norte (las más beneficiadas).

Parte de la decadencia argentina se explica por este régimen de coparticipación que aun cuando benefició durante 35 años a las provincias del norte, estas siguen siendo las más atrasadas del país, y ese beneficio parece no llegar a los ciudadanos sino a los dirigentes de esas regiones.

Con datos del INDEC y el Ministerio de Economía en un informe al Senado nacional en 2022, se compara población y lo distribuido (ingreso per cápita) (ver tabla). Tierra del Fuego recibe por habitante 7 veces más que PBA; Santa Cruz

más de 5, San Luis más de 3 veces y media; Santa Fe, Córdoba y Mendoza el doble y CABA 1 vez y media. La Ciudad es la que menos depende de la coparticipación: representó el 26,68% de sus recursos totales. ⁽³⁾

Otras dos provincias tienen ingresos de coparticipación menores al 50% del total de sus arcas: Neuquén (41,8%) y Buenos Aires (49,6%). Las más dependientes son Formosa (93,4%), La Rioja (90,9%), Catamarca (89,8%), Chaco (86,7%), Jujuy (86,6%), San Juan (84,6%) y San Luis (79%). El resto recibió entre el 60 y el 76%.

PROVINCIA	Ingreso per cápita (en \$)	\$ Recibidos por cada 100 aportados
BUENOS AIRES	2.215	73
CABA	2.800	11
MENDOZA	3.384	97
CÓRDOBA	3.774	105
SANTA FE	4.016	95
MISIONES	4.360	248
CHUBUT	4.528	67
SALTA	4.557	206
NEUQUÉN	4.596	51
TUCUMÁN	4.639	248
CORRIENTES	5.408	298
ENTRE RÍOS	5.569	181
RÍO NEGRO	5.609	172
JUJUY	5.967	311
SANTIAGO DEL ESTERO	6.693	324
CHACO	6.722	355
SAN JUAN	6.940	274
SAN LUIS	7.368	196
SANTA CRUZ	8.309	88
LA PAMPA	8.415	193
LA RIOJA	8.663	310
FORMOSA	9.644	651
CATAMARCA	10.369	282
TIERRA DEL FUEGO	13.793	138

Fuente: elaboración propia, en base a datos del INDEC, M. de economía e INVECO

Tomando una serie de 2004 hasta 2021, Formosa, La Rioja, Santiago del Estero y Chaco, figuran entre las 10 provincias que reciben los mayores valores de coparticipación per cápita, y el mayor número de aportes del Tesoro Nacional (ATN), discrecionales. Sin embargo, Formosa y Chaco continuaron en ese lapso entre las tres provincias con la mayor tasa de mortalidad infantil (TMI); y a pesar del descenso de esta nunca lograron disminuir la distancia con las de menor tasa.

Al mismo tiempo, La Rioja, Santiago del Estero y Chaco tienen tasas de mortalidad materna que duplican y aun triplican el promedio nacional. Llamativamente otras provincias que no figuran en el “top 10” de los porcentajes de coparticipación, como el caso de Corrientes (puesto 14), y que tienen altas tasas de mortalidad infantil y materna, como las citadas anteriormente, no reciben ATN para intentar compensar esta situación. La provincia se encuentra en el puesto 23, según el dinero recibido por este ítem.

Igualmente, llamativo es el caso de Salta, en el puesto 17 en términos de coparticipación, y 9 en el volumen de ATN, siendo de las que menos descendió su TMI, y con elevadas tasas de mortalidad materna.

El esquema vigente no incentiva el desarrollo local, llega sin condicionamiento de ningún tipo y genera disputas y tensiones constantes. En nuestro federalismo, buena parte del gasto está descentralizado (educación, salud) y la mayor parte de los ingresos centralizada. Cambiar los números es difícil políticamente, porque modificar los porcentajes de distribución implica que alguien va a recibir menos, en un juego de suma cero, y nadie quiere aceptarlo. Pero el debate de fondo pendiente que lleve a reglas claras y equitativas, y

más allá de los destinos de los recursos y la forma en que se utilizan, su control y transparencia es uno de los fracasos sistemáticos de la dirigencia política.

Un análisis minucioso de los valores de coparticipación y ATN transferidos muestra elocuentemente que, en términos de indicadores sanitarios, el mecanismo legal de reparto, así como la adjudicación discrecional de transferencias, no resultan mecanismos de disminución de inequidades entre provincias.

Especialmente en el caso de los ATN, sería tiempo de empezar a definir algunos indicadores sanitarios (y también educativos) que permitan que realmente esos fondos impacten en la calidad de vida de los ciudadanos.

Caso contrario, sigamos discutiendo supercherías, y tolerando la desidia de nuestros dirigentes para resolver temas centrales que hacen a la posibilidad de una Argentina más equitativa. ■

REFERENCIAS

- 1) La Real Academia Española define a la superchería como engaño, dolo, fraude, trampa o engaño.
- 2) De cada \$100 de IVA, 11 van al ANSES y cajas jubilatorias provinciales, y 89 a la coparticipación, así como el 70% del mono-tributo.
- 3) CEPA- Centro de Economía Política Argentina

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

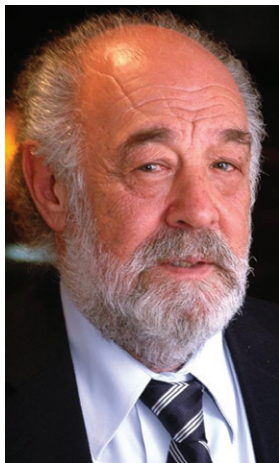




Gestión de Sistemas de Salud
Auditoría de Terreno
Desarrollo de Redes Prestacionales
Optimización del Gasto
Programas Preventivos
Consultoría Informática en Sistemas de Salud

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

ACUERDO POLÍTICO Y PARTICIPACIÓN DEMOCRÁTICA PARA RENOVAR LA SALUD



“La verdadera generosidad para el futuro, consiste en entregarlo todo al presente”.
Albert Camus

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

Este 2023 es un año electoral y uno en que se conmemoran, además, cuarenta años desde la recuperación democrática. Ojalá estemos a la altura de convertirlo en un año genuinamente político y de nueva refundación democrática. Sin dudas, los desafíos y dificultades son muchas, pero la salud es una deuda de la democracia plausible de un acuerdo transversal, político-democrático, que encause un debate y que alinee a los actores políticos e institucionales una vez elegido un nuevo gobierno nacional.

No se trata ni de un acuerdo generalizado y cabal, ni de una simulación consignista. Se trata de acordar una transformación negociada y necesariamente incierta pero irrevocable. Aceptar no simplemente sentarse en una mesa a dialogar, sino a armar equipos ejecutivos dispuestos a renunciar a privilegios, a transparentar información, reconocer desconocimiento, recibir y brindar colaboración y a acatar resoluciones conjuntas. En definitiva, a un acuerdo político.

Lo primero es reconocer el “estado” de situación actual de indefensión sanitaria (que el velo de la pandemia descorrió); y la necesidad de pasar de la anomia al requerido acuerdo a partir del conflicto real, que impone la *realidad sanitaria* y su *viabilidad financiera*. Sin eludir el reconocimiento de la complejidad epocal del conflicto que nos atraviesa y que imponen un plano de negociación como sendero de salida superadora para arribar a acuerdos eslabonados que enfrenten el desafío. Remarquemos que ‘negociar no es claudicar’, sino enfrentar la realidad, superando esquemas que se reducen a rendir cuentas del pasado y atrevemos a planificar el presente-futuro.

Se trata de abrirse paso entre la madeja de intereses políticos, y privilegiar el derecho social a una salud digna a través de la capacidad de integrar adecuadamente población y recursos. El ordenamiento territorial sanitario no se puede imponer desde arriba según conveniencias burocráticas o intereses particulares, sino siguiendo la movilidad vital de las personas, para lo cual se precisa de una **planificación estratégica**

basada en necesidades, recursos disponibles, y detección de vulnerabilidades. Una “agregación colaborativa” que se traduzca en una *atención en red*, con criterios de sostenibilidad que responda al derecho a la salud, es decir, a una atención oportuna, adecuada y equitativa, frente a la actual fragmentación, dispersión, degradación, y una clara dilución de responsabilidades.

Los temas a resolver son muy profundos y estructurales para lo que se requiere conocimiento, comprensión, discernimiento, decisión, responsabilidad, compromiso y coraje. Sólo así se podrá recuperar la confianza en instituciones democráticas como instrumentos capaces de proveer soluciones sólidas en concordancia con un Proyecto de Nación.

Acuerdo político-sanitario

Un acuerdo es, por definición, una propuesta instrumental entre partes, la articulación de una herramienta adecuada para alcanzar un determinado objetivo, como es *la construcción de un sistema integrado de salud*. *Un acuerdo reconoce la crisis y asume el conflicto recurriendo a la negociación para elaborar una agenda de acción común*. Este marco se construye a partir de la toma de conciencia, del compromiso y de la profunda reflexión que darán lugar a una convergencia social real de todos los actores involucrados.

El acuerdo no debe repetir las inconsistentes formalidades del *consenso*, puesto que el elemento central de toda sociedad democrática es el conflicto, cuya resolución depende de una negociación. La sociedad avanza mediante conflictos y su posterior resolución, pero como instancia que siempre será momentánea, ya que inmediatamente nacerán nuevos enfrentamientos que deben ser saldados con nuevas negociaciones.

Se trataría de organizar un espacio de reflexión pluralista interdisciplinario donde se ejerza “la libertad creativa”, la *capacidad de innovar* en un nuevo diseño institucional y así cumplir con las pautas del significado de gobernar, es decir, un verdadero co-liderazgo entre la política y la ciencia. Un acuerdo se apoya en herramientas idóneas, en las que prevalecen los mecanismos de control, el monitoreo constante y el ajuste permanente de las políticas. De esta manera, se garantiza la pluralidad de voces, el acceso a la información y la flexibilidad necesaria en toda gestión para rectificar rumbos.

El desafío es *construir* un “sistema” de salud que responda a las siguientes pautas productivas:

- producir salud / consumir asistencia médica adecuada y oportuna;
- que engarce moral y ética con intereses particulares y/o corporativos a partir de la realidad (y no del relato);
- que conjugue conocimientos, experiencia y arte a partir del impulso de una nueva individualidad colectiva como corresponde a nuestra especie;
- que no se quede sólo en el *qué*, sino también acordar el *cómo*.

En definitiva, un Acuerdo Sanitario permitirá responder a dos objetivos básicos. Por un lado, la reconversión de la realidad sanitaria a partir de su conocimiento y la puesta en marcha de nuevas formas de organización, gestión y financiamiento que permitan la viabilidad del sistema y el mejoramiento de las prestaciones. Por otro, asegurar la producción genuina de servicios y con ello la vitalidad de ese sector de la economía. La integración conviene a la eficiencia.

Por esa razón, la integración conviene también a los pacientes y está destinada a posibilitar un servicio asistencial más eficaz. *Y en ello radica su legitimidad.*

Participación y construcción político-democrática

Los liderazgos políticos son necesarios, quizás imprescindibles, pero no suficientes, y hasta pueden resultar contraproducentes si no los acompaña (y empuja) la ciudadanía. En otras palabras, no hay que reducir la cuestión a la espera de un pacto de cúpulas partidarias. Se requiere un cambio de fondo en la racionalidad social mayoritaria. El propio proceso de transformación sanitaria constituiría un caso de acción política en el marco de lo que Benjamin Barber llama “*democracia fuerte*”.

El autor apunta a comprender la democracia no como un mero conjunto de reglas de convivencia y marcos institucionales, sino una forma de vida comunitaria que busca intervenir públicamente para mejorar la vida social. Es en este sentido que rescata la idea republicana que subraya la importancia de la participación democrática en lugar del liberalismo más llano que pretende restringir los abusos estatales y resguardar las libertades individuales, reduciendo la vida social a una combinación de círculos de intimidad y vínculo comercial, donde lo público se limita a una bifurcación de Mercado o Estado.

Rescatemos tres aspectos de la política así entendida:

- La política como el ámbito de la *acción*: transformar el entorno y afectar el espectro de posibilidades de las personas.
- La política como el ámbito de la *elección*: una elección es política cuando es el resultado consciente de una deliberación previa. Así, la conciencia y la deliberación distinguen a la ciudadanía de la masa.
- La política como el ámbito de la *razonabilidad*: además de la negociación entre intereses, la razonabilidad exige la presencia de empatía para reformular en términos públicos los intereses privados, para ponerlos en un contexto social que incluye los intereses de otros.

En definitiva, es con la acción política y la participación democrática que las personas pueden mejorar sus vidas y su sociedad, impidiendo caer en la impotencia política, el nihilismo moral y el deterioro social.

Hoy más que nunca, democraticemos la política y politicemos la democracia, para hacer un futuro más saludable para todos. ■

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 Mazzafero de “Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza” (2020). Autor de “La Salud que no tenemos” (2019); “Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud” (2018); “Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” (2012); “La Fórmula Sanitaria” (2003).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



EL DIAGNÓSTICO ETERNO...



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

"En una sociedad no deben ni pueden existir clases sociales definidas por índices económicos. El hombre no es un ser económico. Lo económico hace en él a su necesidad, no a su dignidad".

Dr. Ramon Carrillo

"La escuela es siempre un espacio político, aunque algunos se esfuercen en ocultarlo o condenarlo. No se trata de una elección o de una decisión. La escuela es un espacio inherentemente político porque es la institución que las sociedades democráticas consagran al ejercicio de un derecho tan esencial que su garantía potencia, amplía y vuelve efectivos otros derechos humanos fundamentales. Por eso, los conservadores siempre desconfían de la escuela pública, la atacan y tratan de desprestigiarla. Porque, ejerciendo su politicidad, la escuela es un laboratorio de participación y de formación ciudadana. Un espacio de construcción colectiva de la emancipación y de las libertades humanas".⁽¹⁾

La Universidad es la continuación del ejercicio de la potestad democrática. Allí se forman los profesionales de la salud.

De esa formación resultarán los engranajes que conformarán el sistema de salud argentino. De la comprensión de cómo funciona ese sistema serán entonces, actores activos o pasivos.

¿Se los entrena de cómo funciona el sistema?

¿Comprenden los estudiantes de la facultad de medicina su rol en la sociedad?⁽²⁾

La democracia argentina aún no ha resuelto las desigualdades que reproduce el propio sistema de salud. Si bien la población en su conjunto tiene la posibilidad de acceder a los servicios

ofrecidos por el sector público, aún persisten brechas importantes y asignaturas pendientes, especialmente en lo relativo a su calidad.

Por un lado, el gasto total en servicios de atención de la salud supera el 8,5% del PIB, uno de los niveles más elevados de Sudamérica. Por el otro, existe una deuda social con las poblaciones más pobres.

El sistema de salud en la Argentina es uno de los más fragmentados y segmentados de Latinoamérica. Está compuesto por los sectores público, privado y del seguro social.

Uno de cada tres argentinos cuenta solo con el primero, que está conformado por los ministerios nacionales y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud que prestan atención gratuita a toda persona que lo necesite. El privado incluye a más de un centenar de entidades de seguro voluntario llamadas empresas de medicina prepaga. Por último, el seguro social obligatorio está organizado en torno a las obras sociales, nacionales y provinciales, que es una cobertura para los empleados registrados.

Cada una de las provincias retiene su autonomía en materia de salud. A su vez, coexisten unas 300 obras sociales. La desigualdad queda manifiesta cuando se observa que en la capital del país hay 10,2 médicos y 7,3 camas por cada 1.000 habitantes, frente a 1,2 y 1,1 respectivamente para la provincia de Misiones.

El 100% de la población argentina, los ciudadanos, los residentes, incluso las personas en tránsito, tiene derecho a atenderse en cualquier establecimiento del sistema público del país. Pero esto no significa que no existan barreras geográficas o culturales que dificultan la atención oportuna. Tampoco garantiza la calidad.

Existen diferencias muy importantes en los resultados entre las provincias más pobres y las más ricas. Hay más clínicos que especialistas y están mal distribuidos. Los recursos son diversos y variados.

El 80% de los servicios de salud públicos fueron construidos en un determinado momento histórico: durante el ejercicio del primer ministro de Salud Pública de la Nación, Ramón Carrillo, a principios de los años cincuenta.

Hoy tenemos un cuello de botella. Si en aquel entonces el sistema de salud público se pensó para dos millones de personas ahora asisten alrededor de 50. Una sobredemanda del sector público es lo que se observa cuando se recorre el país. Eso hace que el sistema ponga barreras de acceso.

En la capital argentina, Buenos Aires, el 20% cuenta solo con el sistema de salud público. En los barrios del sur se encuentra la mayor cantidad de personas cubiertas exclusivamente por este, mientras que, en el norte, la mayor parte tiene obra social o prepaga mediante contratación voluntaria.

Uno de los objetivos más importantes sería ampliar la cobertura universal de salud con efectividad, equidad y calidad.

Esta estrategia tiene tres ejes: la cobertura territorial con equipos de salud familiar; el fortalecimiento de los sistemas de información como la historia clínica electrónica; la construcción de estadísticas fiables y **comenzar a definir entre el ministerio nacional y las provincias cuáles son las cuestiones en las que no están dispuestos a tolerar disparidades sanitarias.**

Los ejemplos internacionales muestran que los sistemas universales de salud son los que mejor pueden resolver estas problemáticas. Sin embargo, una reforma de ese tipo debe chocar con un conjunto heterogéneo y poderoso de intereses que incluyen a laboratorios, empresas de medicina prepaga, sindicatos, corporaciones médicas, entre otros...

Por otro lado, los sectores de menores recursos son quienes en menor medida

realizan estudios y consultas médicas preventivas, consultas odontológicas o consultas de salud mental. Como además son los sectores con mayor carga de morbilidad, en muchos casos se da la situación paradójica de que quienes más necesitan utilizar los servicios son quienes menos lo hacen.

Las dificultades en el acceso se traducen en diagnósticos tardíos, la falta de acceso a medicamentos en tiempo y forma, los tiempos de espera para acceder a una cirugía, las dificultades para acceder a algún tipo de tratamiento oncológico... son todas formas en las que se manifiesta la inequidad.

En relación con la infraestructura, se impulsó un plan de fortalecimiento hospitalario, en el que se priorizaron los servicios de emergencias y quirófanos.

Sin embargo, se ha estimado que, para recuperar y poner los hospitales en condiciones, será necesario sostener la inversión durante por los menos ocho años, lo cual subraya la importancia de contar con programas de inversión permanente.

Esto es algo que no se comprende

bien: la inversión en infraestructura posee ecuaciones matemáticas que fijan la renovación de infraestructura en un tiempo dado y que si no se hace el deterioro afecta a todo el sistema. Los algoritmos de atención de los pacientes se alteran.

Enfermedades vinculadas a la pobreza

La desigualdad en la salud de los argentinos también se puede comprobar con la distribución de las enfermedades que típicamente se ensañan con la pobreza, como la tuberculosis o el mal de Chagas.

En la Argentina se calcula que más de un millón y medio de personas padecen este último, o sea, un 4% de la población. Este es uno de los principales problemas de la salud pública en la región chaqueña, ya que el insecto que la transmite habita en áreas rurales de clima cálido y seco.

Además, anida en las casas con paredes sin revoques, techos de paja y corrales o gallineros. La enfermedad se relaciona con las condiciones de

mantenimiento de las viviendas y puede llegar a ser mortal. ⁽³⁾

Entre las distintas provincias también se observan profundas desigualdades en relación con la tuberculosis. Salta, Jujuy y Formosa tienen tasas de 47,8, 47 y 39,2 por cada 100.000 habitantes, más del doble de la media nacional.

La forma de lograr un menor impacto con estos males es aumentando la inversión en prevención. Es muy importante la detección temprana y democratizar el acceso a la prevención: eliminar la vivienda rancho o sea el acceso a la vivienda digna.

Impacto del Covid-19 en la Argentina

Nuestro país tuvo una estrategia adecuada para la emergencia. Se materializó a través de una cuarentena estricta y prematura, cuando aún no había vacunas.

Se fortaleció el número de camas de internación sobre todo las de UTI con el monopolio estatal de distribución de respiradores. Esto redundó en una

**Bajo la dirección
y atención de
Médicos Pediatras**



CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

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

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

equitativa política en este aspecto. También la población estuvo a la altura de los acontecimientos.

La llegada de vacunas y su inoculación prematuramente fue un acierto de la conducción sanitaria, pese a los agoreros y antivacunas, que sin fundamentos científicos se opusieron a la estrategia, la oposición por la oposición misma. Las manifestaciones en contra de la política sanitaria lindaron con el ridículo y no hay que olvidarlas.

Impacto económico del Covid-19 en Sudamérica

La región ha soportado el 28% del total de muertes por Covid-19 en el mundo, pese a que sus habitantes sólo representan el 8,4% de la población mundial.

Desde el comienzo de la pandemia, el número de personas que viven en la pobreza sigue siendo 14 millones mayor que en 2019.

Desde el comienzo de la pandemia, el número de personas que viven en la pobreza extrema en América Latina y el Caribe ha aumentado en 16 millones.

América Latina y el Caribe fue la región que experimentó el descenso más drástico del empleo en 2020. Las mujeres, las personas jóvenes y las personas que trabajan en el sector informal han sido las más afectadas.

Casi el 60% de los niños que perdieron un curso escolar completo en el mundo estaban en Sudamérica. 44 millones de personas pasaron a sufrir inseguridad alimentaria, de los cuales 21 millones se hallaban en situación de inseguridad alimentaria severa. ⁽⁴⁾

La pandemia agravada por la desigualdad

La región de Sudamérica sigue siendo la más desigual del mundo. En 2022, el 20% de las personas más ricas de la población concentraba casi la mitad del total de ingresos, mientras que el 20% más pobre disponía de menos del 5% de ese total.

El 1% de las personas más ricas de la región concentra casi la cuarta parte del total de ingresos.

Existe una relación entre los niveles de ingresos más altos, la desigualdad y el impacto de la pandemia en términos de pérdida de vidas. Los países más desiguales de la región (como Perú, México, Brasil, Chile, Colombia y Paraguay) tuvieron cifras muy altas de muertes por Covid-19 por millón de habitantes.

En 2019, el 30% de los hogares de la región eran considerados hogares hacinados. El 50% de los hogares de personas que vivían en la pobreza tenían condiciones de hacinamiento.

Menos de un tercio de los hogares vulnerables tienen acceso a una computadora en casa.

Respuestas de protección social y salud durante la pandemia

En 2019, sólo el 47,2% de las personas empleadas estaban afiliadas o contribuían a sistemas de pensiones. Una de cada cuatro personas de más de 65 años no percibía una pensión.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, las medidas de protección de emergencia social adoptadas cubrían a menos de dos tercios de la población.

Un total de 64 programas de transferencias monetarias se implementaron en 2019 de los 33 países. Sin embargo, más de la mitad de las intervenciones beneficiaron directamente a menos del 10% de la población, y consistieron en transferencias de ingreso inferiores al salario mínimo mensual.

En América Latina y el Caribe, el 30% de la población no tiene acceso a atención de la salud pública gratuita debido a la falta de cobertura de seguro de salud. **Exceptuando Cuba, cuyo sistema de cobertura universal y gratuita.**

Ningún país de la región de América Latina y el Caribe amplió el seguro de salud o habilitó un seguro de emergencia durante la pandemia.

Excepto la Argentina, Cuba y Uruguay, ningún otro país de la región gasta el 6% de su Producto Interno Bruto (PIB) en salud pública, cantidad ésta considerada mínima para asegurar la atención de la salud universal establecida por la Organización Panamericana de la Salud.

Además, la cobertura de salud en la Argentina es universal. ⁽⁵⁾

Fiscalidad y desigualdad en América Latina y el Caribe

Los países de América Latina y el Caribe recaudan menos impuestos en porcentaje del PIB que los países con un nivel de desarrollo semejante. Por término medio, la región sólo recauda el 22% del PIB en impuestos, frente al 33% de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

En América Latina y el Caribe, la recaudación depende en gran medida de los impuestos indirectos, como son los que gravan el consumo, que afectan de forma desproporcionada a los sectores de ingresos bajos y otros grupos que están sobrerrepresentados entre las

personas pobres. El sistema impositivo es de carácter regresivo y castiga por igual a pobres y ricos; ejemplo el IVA. ⁽⁶⁾

En 2019, los países de la región recaudaron, por término medio, el 46% de sus ingresos totales mediante impuestos indirectos, frente a sólo un tercio de los impuestos directos.

La evasión fiscal en América Latina y el Caribe ha dado lugar a la pérdida de cientos de miles de millones de dólares de ingresos públicos. En 2018, los países de América Latina y el Caribe perdieron aproximadamente 350.000 millones de dólares estadounidenses, el 6,1% del PIB de la región. Esta cantidad sería suficiente para cubrir los recursos mínimos destinados a asegurar la salud universal en la región. ⁽⁷⁾

Se calcula que los países de América Latina y el Caribe pierden anualmente 40.100 millones de dólares estadounidenses debido a fraude tributario de las empresas. Se calcula que con los ingresos que se han perdido en los últimos 10 años, la región podría haber garantizado el acceso a agua potable de 492.632 personas o haber impedido la muerte de 42.281 niños.

La propuesta es que pensemos distinto, que la fragmentación en aumento nos conduce a un precipicio donde pierden todos. Asimismo, la OMS visualiza los distintos actores que lo componen al explicar que “*sistema es el conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada, que debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios. Integrado por todo el personal de la salud disponible, los procedimientos de formación de este tipo de personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que por cualquier motivo u origen se pongan al servicio de la salud y el dispositivo oficial y no oficial existente*”.

Y añade que “*todo este conjunto debe armonizarse en un sistema homogéneo que permita utilizar los recursos habilitados para el logro de la máxima satisfacción de los objetivos prefijados: garantizar el derecho a la salud no sólo como un derecho humano y universal, sino como un recurso para el desarrollo social, económico e individual de una persona y de su comunidad*”. ⁽⁸⁾ ■

REFERENCIAS

- 1) Despreciar la vida / Pablo Gentili / El País / setiembre de 2018.
- 2) El sistema de salud argentino / Dr. Mauricio Klajman.
- 3) Informe del INDEC/2020.
- 4) CEPAL/2020.
- 5) Conversaciones con la Dra. Liliana Chertkoff.
- 6) El Capital en el siglo XXI / Tomas Piketty / 2020.
- 7) Una breve historia de la igualdad / Tomas Piketty / 2023.
- 8) ¿Cuánto vale una vida? / Didier Fassin / Edit. Siglo XXI/2023.

(*) Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión

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

EL BUEN MORIR: UN ENFOQUE EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS



Por el Dr. Carlos Felice (*)

La muerte es una realidad inevitable en la vida de todos los seres humanos. Sin embargo, el proceso de morir puede ser difícil tanto para el paciente como para su familia y cuidadores. Es aquí donde los cuidados paliativos juegan un papel fundamental, permitiendo una atención adecuada y compasiva a las personas que están en el final de su vida.

El buen morir es un tema cada vez más relevante en nuestra sociedad, el cual ha renovado su vigencia en la agenda pública el pasado 18 de febrero, cuando la Fundación Centro Carter anunció que el expresidente de Estados Unidos Jimmy Carter, de 98 años, comenzó a recibir cuidados paliativos en su domicilio luego de una serie de breves estadías en el hospital.

La preocupación del hombre por la experiencia de la etapa final de la vida no es nada novedosa, ha sido tema central de la filosofía desde sus orígenes. Filósofos como Michel de Montaigne y Kant tienen reflexiones especialmente interesantes sobre cómo afrontar este proceso. Montaigne destaca la importancia de aceptar la muerte como parte natural del ciclo de la vida y enfrentarla con valentía y serenidad. Por su parte, Kant sostiene que el buen morir se trata de hacerlo de manera racional, aceptando la muerte como una parte natural del proceso vital. En resumen, ambos filósofos coinciden en que la muerte debe ser aceptada y enfrentada de manera serena y digna.

Más allá de la filosofía, la ciencia también se ha abocado a estudiar el problema desde diferentes perspectivas, buscando soluciones que mejoren la experiencia de las personas en su etapa final.

Por ejemplo, un estudio publicado en el Journal of Palliative Medicine analizó las barreras para la atención paliativa en pacientes con cáncer avanzado y enfermedades no oncológicas. Los autores encontraron que la falta de acceso a servicios de cuidados paliativos, la falta de conocimiento y capacitación por parte de los profesionales de salud y la falta de recursos financieros son algunas de las barreras más comunes.

Otro estudio, publicado en el British Journal of General Practice, analizó la percepción de pacientes y médicos sobre la atención en la etapa terminal. Ambos coincidieron en que

estos cuidados deberían ser una parte integral de la atención médica, pero también identificaron como barreras la escasa oferta de servicios de cuidados paliativos y la falta de formación en la materia del personal sanitario.

En línea con lo anterior, un estudio publicado en la revista BMC Palliative Care analizó la efectividad de un programa de capacitación destinado a médicos de un hospital de cuidados intensivos. Los autores encontraron que la formación mejoró significativamente el conocimiento y la actitud de los profesionales hacia los cuidados paliativos.

Por último, un artículo publicado en el Journal of Pain and Symptom Management analizó la relación entre la salud mental y los cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas. Los autores encontraron que la atención de la salud mental es un factor importante en la atención paliativa, ya que estas personas a menudo experimentan síntomas de ansiedad y depresión que pueden afectar su calidad de vida. Este estudio destaca la necesidad de abordar no solo los síntomas físicos, sino también los psicológicos y emocionales.

Algunas cifras

A pesar de la importancia de los cuidados paliativos en el proceso de morir, en muchos países del mundo el acceso a los mismos sigue siendo limitado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 80% de las personas que necesitan cuidados paliativos en el mundo no tienen acceso a ellos. A nivel global, solo el 14% de los países cuenta con servicios de cuidados paliativos integrados a sus sistemas de atención médica.

En América Latina, las cifras también son preocupantes. Un informe de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Paliativos (SLCP) señala que la mayoría de los países de la región tienen una cobertura insuficiente de servicios de cuidados paliativos, y que solo el 10% de las personas que los necesitan tienen acceso a ellos.

En la Argentina, según el Ministerio de Salud de la Nación, se estima que cada año, alrededor de 200.000 personas necesitan cuidados paliativos. Sin embargo, la falta de acceso a estos servicios sigue siendo un problema importante en el país. Según la misma fuente, reciben cuidados paliativos solo el 12% de los pacientes que los necesitan.

A pesar de que se han realizado algunos avances en los últimos años, como la creación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos en 2010 y promulgación de la Ley Nacional de Cuidados Paliativos en 2022, todavía hay mucho por hacer para garantizar que todas las personas que necesitan atención paliativa tengan acceso a ella.

Estas cifras muestran la necesidad urgente de mejorar el acceso a los cuidados paliativos en todo el mundo y en la Argentina en particular, y de abordar las barreras que impiden que las personas reciban la atención adecuada al final de sus vidas.

Vida de calidad

Es importante destacar que los cuidados paliativos no se limitan a pacientes con cáncer avanzado, sino que también son necesarios para personas con enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas, respiratorias o neurológicas, entre otras. En estos casos, la atención paliativa puede ayudar a controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida y reducir el sufrimiento del paciente y su familia.

“Filósofos como Michel de Montaigne y Kant tienen reflexiones especialmente interesantes sobre cómo afrontar este proceso. Montaigne destaca la importancia de aceptar la muerte como parte natural del ciclo de la vida y enfrentarla con valentía y serenidad. Por su parte, Kant sostiene que el buen morir se trata de hacerlo de manera racional, aceptando la muerte como una parte natural del proceso vital”.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como “un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

El buen morir no solo se trata de la atención médica, sino también de la calidad de vida que tienen las personas en sus últimos días y semanas. La atención paliativa puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero también es importante que ellos y sus familias tengan la oportunidad de hablar sobre sus deseos y preferencias en esta etapa y que se respeten esas decisiones. La comunicación abierta y honesta entre los pacientes, sus familias y el personal de salud es fundamental para asegurar que los primeros tengan el control sobre su propia atención médica y puedan tomar decisiones informadas.

En conclusión, el buen morir es un derecho humano fundamental y la atención paliativa es una parte esencial de garantizar ese derecho. A pesar de que todavía existen barreras importantes que limitan la atención adecuada y oportuna para los pacientes que requieren estos cuidados, se han realizado avances en los últimos años.

Con el fin de asegurar un buen morir para todas las personas, es necesario seguir reflexionando sobre la importancia de esta temática y buscar soluciones que garanticen una atención integral y humana. Para ello, resulta fundamental trabajar en pos de un modelo de atención paliativa integral que garantice el acceso e incluya no solo el manejo del dolor y otros síntomas físicos, sino también la atención emocional, espiritual y social de los pacientes y sus familias. ■

(*) **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.**



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 PROPUESTA DE REFORMA AL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Recientemente la vicepresidente de la nación manifestó la necesidad de una reforma al sistema de salud de nuestro país. De hecho, es la segunda ocasión en que lo hace en un corto plazo. Con esa afirmación tan genérica nadie puede estar en desacuerdo.

El sistema de salud argentino está en crisis hace muchísimos años y requiere de cambios profundos. Es un sistema altamente ineficiente e inequitativo. A pesar del alto gasto en salud (un 9 % del PBI) sus resultados son malos. O al menos no son todo lo bueno que pudiesen ser.

También se puede llegar a coincidir con varias de las afirmaciones realizadas en los documentos que están circulando y a los que se les asigna el marco conceptual de lo que se pretendería con esta reforma.

Sin embargo, al provenir esta propuesta desde las más altas esferas del gobierno actual, debemos analizar que ha venido ocurriendo en la realidad teniendo en cuenta que es el mismo grupo político que viene gobernando el país desde 2002 a la fecha con una interrupción de los cuatro años de gobierno de la actual oposición.

¿Qué pasó con el sistema de salud desde 2002?

El sector salud entró en emergencia durante el año 2002 a partir de la sanción del decreto N° 486/02. A pesar de las mejoras de la macroeconomía (2003-2008) permaneció en la emergencia con todas las excepcionales que esa situación tiene. Este decreto con algunas modificaciones fue prorrogado hasta 2018.

En diciembre de 2019 durante el gobierno de Alberto Fernández y su ministro Gines González García, fue sancionado nuevamente el estado de Emergencia Sanitaria mediante la Ley 27.541 de Solidaridad Social y Reactivación Productiva en el Marco de la Emergencia Pública.

Esta ley tuvo grandes similitudes con aquel decreto fundamentalmente otorgando amplias potestades al ministerio para la compra de insumos en general y respecto al tema medicamentos.

En el año 2004 el Ministerio de salud de la nación aprueba el Plan Federal de Salud 2004 – 2007, al cual adhieren todas las provincias argentinas. Este plan proponía llevar a cabo un “sendero de reformas” a partir de la implementación de una serie de metas, las cuales podemos agrupar en dos: el primero de los grupos incluye a un conjunto de programas, iniciativas y metas en los niveles de salud de la población; el segundo agrupa acciones y metas destinadas a mejorar el sistema en cuanto a la cobertura explícita de la población sin protección formal (o si se quiere con cobertura

exclusiva del Estado), a la implementación de nuevos modelos de financiamiento hacia las provincias, a nuevos modelos de atención, de accesibilidad a los medicamentos, de regulación y de gestión. Incluso se proponía metas para mejorar la performance de las Obras Sociales. Ninguna meta o proyecto referente a este segundo grupo de reformas del sistema se implementó (salvo alguna honrosa excepción).

El sistema de salud siguió con su ineficiencia e inequidad crónica.

El equipo actual que conduce el gobierno nacional pertenece al mismo grupo político técnico que el de aquel entonces. Sin embargo, las propuestas de reforma actual parecen venir de otro grupo interno del gobierno, quienes actualmente están conduciendo la salud en la provincia de Buenos Aires. Entonces es conveniente ver que está pasando en la Provincia de los impulsores de la reforma actual.

Todos los indicadores salud que se analicen en la provincia de Buenos Aires (extensivo a todo el país) nos muestran una enorme inequidad entre quienes tienen cobertura de la seguridad social y prepagas médicas y los que tienen cobertura exclusiva del Estado a favor de los primeros. Lo mismo ocurre con los indicadores de acceso y de calidad. Sin embargo, en la práctica no se está desarrollando ninguna actividad de reforma en el sector público.

Sí se está avanzando silenciosamente en un cambio en el modelo de atención del IOMA (Obra Social de los estatales de la provincia). El IOMA es la segunda Obra Social en importancia después del PAMI. Estos cambios que se vienen desarrollando apuntan a modificar el modelo de atención planteando efectores

propios tanto de primer nivel como del segundo nivel, o sea un modelo integrado verticalmente al igual que el actual del sector público.

Esto se está realizando sin un plan preestablecido, ni metas concretas, ni explicitación de los objetivos perseguidos o los resultados en término de eficiencia, calidad o mejoras en la salud de los beneficiarios. Llama aún más la atención que durante el año 2020, en donde las prestaciones cayeron en porcentajes muy altos producto de la pandemia y por ende el gasto del IOMA en prestaciones, esta obra social haya tenido un superávit financiero de 8.000 millones de pesos según un informe de la Asociación Judicial Bonaerense (AJB), que integra el directorio, cifra que de haber sido

volcada al sistema de salud hubiera mejorado mucho su performance.

Esta “reforma” del IOMA tiene un claro sesgo ideológico y político, sin un claro objetivo de mejorar la performance en la eficiencia o en la calidad de atención. Por el contrario, de seguir en ese camino se transformará al IOMA en una obra social ineficiente y con mala calidad de atención con población cautiva.

La necesidad de una reforma

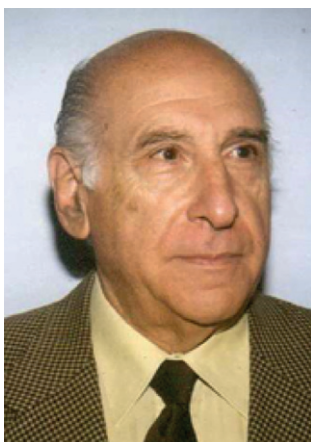
Está clara la necesidad de una reforma del sistema. Pero no queda muy claro qué tipo de reforma necesitamos. Las reformas en todo el mundo se han dado a fin de solucionar problemas concretos como lo son presiones en cuanto a cambios epidemiológicos y demográficos, inequidades en los niveles de salud, en el acceso, en la calidad, en la satisfacción de la población o en incrementos de costos a niveles de no hacer sostenible el sistema.

En el caso de los cambios propuestos en el IOMA surgen razones ideológicas y políticas en donde no se visualiza cual es el objetivo central de estos.

Debemos ser cuidadosos de apoyar cualquier tipo de reforma solo por el hecho de hacerlo, ya que de no tener claro qué tipo de reforma necesitamos podemos estar peor que ahora y destruir lo poco que aún está quedando en pie de un sistema desbastado. ■

(*) Médico - Especialista en Salud Pública

EL PODER



“Más vale algo de inteligencia que muchas manos”.
Eurípides

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

El poder social y político es la capacidad de influir en el comportamiento de otras personas con la probabilidad de imponer la propia. Por tal razón el poder por sí mismo está obligado a restringir las libertades de quienes no lo ejercen.

En consecuencia, si la política es buscar poder su fin no es el bien común. Sin embargo, para persistir y tener más poder es necesario que ofrezca y cumpla en alguna medida con uno o más valores como la gratuidad o la justicia, para justificarse. De allí la ambivalencia de todo poder político, a la vez que busca fortalecerse utiliza para ello algún valor como caballo de Troya.

Si bien el poder es necesario, puede ser bien o mal usado, de donde resulta su contenido de peligrosidad. Pero es el ciudadano quien simplifica la política de tal manera que nada puede resolverse sin que el poder lo resuelva, lo que incrementa el poder.

¿Qué se espera de los actores con poder del Sistema de Atención Médica?

Que resuelvan la situación económica para sostener el actual sistema instalado desde hace años o investigar las causas de su mal desempeño que nunca acumuló tantas críticas como en la actualidad.

Nuestro Sistema de Atención Médica no nació de un acuerdo, estrategia y definición sobre cuál sería su organización, sino que es el resultado de un largo proceso de decisiones políticas del

gobierno y de sectores empoderados, dando lugar a la financiación privada de la cobertura médica a través de impuestos contributivos que en el caso de las múltiples cajas (OSN) no administra el Estado sino organizaciones de carácter privado.

Se originan así otros subsectores algunos de organización unitaria y otros de carácter federal: 1) Obras Sociales Nacionales; 2) Obras Sociales Provinciales; 3) La Medicina Privada asociada o vinculada a las Obras Sociales; 4) Los Prepagos; 5) El Programa Nacional Sumar para población sin cobertura formal; 6) El Hospital Público.

Todo ello implica la segmentación de la población que también se da dentro del mismo sector caracterizada por los planes de cobertura para distintas capacidades adquisitivas. Se han planteado distintas reformas como respuesta a la permanente crisis en función de su eficiencia y financiación.

Las reformas que no prosperaron son las que plantearon un modelo redistributivo de los recursos, resultado del promedio de la recaudación dividido por el número de beneficiarios (Proyecto OSAM) u otro técnicamente mejor calculando el riesgo según sexo y edad. También quedó sin efecto por falta de uso la Ley 22.269 que reemplazaba a la 18.610 y posteriormente derogada por la 23.661.

En cambio, una reforma aplaudida fue la del Decreto 9/93 PEN que estableció la libre contratación y que definió los rasgos de una reforma con la que se inicia la salida del esquema solidario y la entrada a la segmentación de la población caracterizada por la profusión de planes según capacidad adquisitiva y los acuerdos con la medicina privada.

En definitiva, las Obras Sociales Nacionales se transformaron en una suerte de Prepago con afiliación obligatoria.

La supresión de los Institutos de Obra social y el arancelamiento hospitalario evidencian la mayor desvinculación del Estado en la financiación de la atención médica. Los hospitales dada su centralización y falta de incentivos nunca alcanzaron una capacidad suficiente de facturación con la que se suponía debían mejorar su presupuesto.

No obstante sus viejas estructuras y su funcionamiento de cuatro horas siguen prestando atención en particular en los servicios de emergencia.

Lo importante de las leyes es descubrir y respetar su espíritu y axiología. Muchas veces el poder los desvirtúa a través de la interpretación de su texto al que recurren los poderosos de modo tal que su cumplimiento termina siendo optativo o parcial como sucede con la Ley 23.661.

Este es el resultado de un largo proceso donde los actores con poder han tomado decisiones pero que no se oyeron voces ante los resultados insatisfactorios como se escuchan ahora cuando los cambios resultan difíciles en virtud de la autonomía y poder que han adquirido los actores. ■

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

INSTITUTO ARGENTINO DE SALUD
Creado para cuidar la salud de las personas

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

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

EL FRAUDE Y LA FABRICACIÓN DE LA IRREALIDAD EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA



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

La investigación clínica con fundamento científico es una actividad dura, ya que sus resultados muchas veces terminan en respuestas equívocas decepcionantes a la hipótesis del investigador. De allí que en muchos casos se opte por “saltar” u omitir información respecto de complicaciones observadas, más aún si son graves o de severidad para los pacientes incluidos en los *trials*. Pero que además implican la imposibilidad de aprobar un medicamento o dispositivo médico para su comercialización.

Entonces aparecen -durante la Fase IV de farmacovigilancia- los problemas ocultos con toda su gravedad, como ocurrió con el *rofecoxib* y muchas otras moléculas que debieron ser obligadas a su retiro del mercado. Lo sorprendente de este hallazgo es que la industria ya conocía los riesgos desde antes de ser aprobado por las agencias reguladoras. Como ejemplo, documentación del productor del *rofecoxib* ya en el año 2001 tenía datos importantes respecto al efecto adverso de este fármaco, que fueron ocultados a la FDA. En otro caso de *trial* con *celecoxib* para pacientes con enfermedad de Alzheimer efectuado en el año 2000, los eventos adversos cardiovasculares recién se publicaron tras 3 estudios en el año 2005.

Las empresas -y las revistas científicas- siempre van a preferir publicar estudios que muestren resultados sólidos y positivos y no negativos, lo que significa que gran parte del esfuerzo de un investigador se desperdicia en términos de datos éticamente calificable. Los éxitos se maximizan y los fracasos se minimizan. Y el escenario sanitario se tiñe de conflictos de interés.

Si de algo no hay duda, es que la relación de la industria y la actividad científica en el campo de la medicina es controvertida. En un mundo donde el gasto en salud crece a expensas de nuevos medicamentos y dispositivos médicos -muchos con precios astronómicos- la transparencia y la ética en el manejo de datos respecto de eficacia y efectividad en investigación clínica empieza a quedar ciertamente cuestionada.

La acusación que a través de *Ghostwriter* o autoría fantasma se introducen mensajes de mercado ha sido publicada por algunas revistas científicas de notoriedad. El dato de significación es que la mayoría de los *papers* fabricados surgen de dos orígenes. O de estos “escritores profesionales” a quien alguien interesado en promocionar un producto a incorporar al mercado sanitario contrata para escribir supuestas investigaciones por las cuales no recibirá pago oficial sino

anónimo. O de otros que también son pagos y fabrican copias de artículos publicados, sustituyendo por ejemplo la causa o la enfermedad resultante a que se refiere un artículo legítimo por otro/a carente de valor real.

Precisamente en estos días, más expresamente el 22 de febrero último, pude leer -no sin cierta sorpresa- un artículo publicado por la prestigiosa *The Economist* acerca de la existencia y evidencia de fraude significativo en investigaciones clínicas a nivel internacional, cuya cantidad y contenido -así como riesgos para las personas- resultaban asombrosos. Tanto como el hecho que las velocidades alucinantes bajo las cuales se completaban tales ensayos eran cuestión común.

El artículo precisaba que más de 750 trabajos científicos observados y ya publicados habían sido sometidos a reenvío a las revistas editoras, con las consideraciones del caso. Pero que no se había recibido respuesta alguna al efecto, aun reconociendo que cualquier investigación sobre fallas de un estudio suele tardar un período de tiempo tan largo, que el propio interés por su supuesta veracidad desaparece.

Por ejemplo, 80 de estas investigaciones reconocían la necesidad de alguna rectificación o retractación amplia. Pero el problema quedaba centrado en que las propias revistas podían tardar años en retractarse, si es que alguna vez admitían hacerlo.

Hay otros datos de interés en la nota. Estadísticamente, solo uno de cada 1.000 documentos científicos observados en el campo de la salud llega a ser retractado. Muchos, al tiempo de su denuncia, ya han sido incluidos en revisiones sistemáticas -precisamente el tipo de resúmenes de investigación que informan respecto de la práctica clínica- y contribuyen a delinear las cuestiones de efectividad contrastada.

Como resultado, probablemente millones de pacientes estén recibiendo tratamientos innecesarios o incorrectos. Como lo ocurrido en Europa durante casi una década con pacientes cardíacos a quienes se administró bloqueadores beta antes de una cirugía con la intención de reducir los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares. Fue una práctica que se basó en un estudio de 2009, y del que finalmente se determinó que en parte poseía datos fabricados. Hoy se estima que puede haber causado 10.000 muertes al año solo en Gran Bretaña.

Siguiendo con *The Economist*, señala que una base de datos *on line* denominada *Retraction Watch* posee casi 19.000 artículos de investigación clínica observados, en los que ha habido retractaciones. Especialmente en 2022, donde se registraron 2.600 errores, cifra que duplica la registrada en 2018. Pero si bien en ciertos casos se pudo tratar de errores subsanables y no cuestionables al extremo, en su gran mayoría se observó con frecuencia sospecha o confirmación de fraude, plagio, falta de aprobación ética y en menor medida conflictos de interés.

Investigadores de la propia entidad confirmaron que uno de cada 50 artículos analizados poseía resultados que no eran confiables, ya fuera por la metodología, plagio o por errores graves de diseño. La misma base de datos mencionada señala que 200 autores con alto nivel de retractaciones representaron más del 25% de las 19.000 mencionadas.

Muchos resultaron profesionales de alto nivel pertenecientes a grandes universidades u hospitales, que si bien no suelen referirse respecto de los “motivos” para inventar estas supuestas investigaciones, evitan aparecer involucrados en conflictos de interés. A menudo, suelen dirigir grupos de investigación o tienen redes de colaboración con otros centros de investigación.

Hay referencia a que de los artículos enviados a revistas científicas, alrededor de la mitad de los que posteriormente se retractaron tienen al menos un colaborador de una institución china de estudio o investigación. Y pese a que China y países de ingresos medios (Rusia, Malasia, Egipto, India y Corea del Sur entre otros 70) son los más numerosos en este tipo de “industria”, otros ensayos clínicos “fabricados” y de similar importancia tuvieron origen en Estados Unidos, Canadá, Europa y Japón.

Se admite que 93% de los autores omite proporcionar datos de la investigación cuando así lo solicitan otros investigadores. Pero hay que reconocer que, en los estudios patrocinados por la industria, esta es la dueña de la base de datos y tiene la discreción de determinar quién tendrá acceso a ella. En este punto, los investigadores suelen tener poco margen de maniobra, solo proveen de pacientes y recolectan datos de acuerdo con el protocolo de la compañía.

Con lo cual hay muchas maneras de producir sesgos en los resultados sin falsificar datos. Por ejemplo, realizar análisis bajo tratamiento o por intención de tratamiento, comparar contra placebo aun cuando exista un fármaco con eficacia comprobada o utilizar una dosis más alta del comparador para incrementar sus efectos adversos y minimizar los del fármaco investigado ocultando parte de los datos. Incluso después de que se marque que un artículo publicado contiene datos supuestamente fabricados, el proceso de autocorrección a menudo no se activa, aunque igual la investigación se incluye en metaanálisis o multiestudios de efectividad sin la revisión correspondiente.

Es altamente auspicioso que tan prestigiosa publicación se haga eco del tema y nos lleve a armarnos de un cierto escep-

ticismo crítico cuando se nos sostiene eficacia o efectividad a ultranza respecto de nuevas moléculas o dispositivos que saltan fases de investigación previa su aprobación. Y a la vez a cuestionar cierta crisis de la evidencia, que lleva a la necesidad de revisiones de forma rutinaria capaces de evitar que se publiquen muchos artículos de investigación falsos. Especialmente cuando se manipula tal evidencia o se soslayan conflictos de interés. Incluso si estos son aceptados con naturalidad por parte de quien o quienes han sido financiados.

Un inconveniente es que los artículos de investigación clínica retractados a menudo no se identifican de manera específica como tales en las bibliotecas *on line*, con lo cual continúan siendo citados como válidos. Por ejemplo, sobre 53.000 artículos enviados a revistas científicas que abarcan seis editoriales se logró identificar como sospechosos a un amplio espectro que va del 2% al 46% de ellos.

Queda aún mucho aun por hacer en este campo, especialmente desde lo ético. Pero siempre es coherente tener una postura intermedia entre el fetichismo extremo de aceptar cualquier investigación a ojos cerrados, y el nihilismo simplista de negar su veracidad e importancia. ■

(*) Mag. Director de Economía Sanitaria de IPEGSA.



www.sanidad.org.ar

UNA FANTASÍA LITERARIA BASADA EN HALLAZGOS CIENTÍFICOS

¿HABREMOS DESCENDIDO DE LOS NEANDERTALES?



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Una frase muy difundida, atribuida al Premio Nobel de Literatura 1990, Octavio Paz, que decía -“los mexicanos descendimos de los Aztecas, los peruanos de los Incas y los argentinos de los barcos”-, cobró reciente notoriedad cuando el presidente Alberto Fernández intentó parafrasearla, pero en forma incorrecta.

El reciente otorgamiento del Premio Nobel de Medicina y Fisiología al sueco Svante Pääbo, me induce a formular una nueva hipótesis. Aunque quizá concluyamos que “nuevas investigaciones futuras permitirán o no confirmarla”.

Secuenciando genomas de restos fósiles, mediante técnicas de una nueva disciplina denominada *paleogenómica*, el investigador demostró que el ADN del *homo sapiens* -la especie de los primates a la que pertenecemos- transporta genes de otros homínidos ya extinguidos.

Veamos sintéticamente la evolución prehistórica que podría sustentar esta suposición. El *homo sapiens* se inició hace unos 300.000 años en el noreste de África y desde allí se desplazó hacia el Asia Menor y Europa, en primera instancia, para luego poblar el resto del mundo, atravesando el centro y sur de Asia, cruzando después hacia América y extendiéndose hacia el sur de este continente.

Buscando una única explicación causal, podría suponerse que, por haber surgido en la meseta etíope, contaban con una mayor capacidad de adaptación a bajos niveles de oxígeno atmosférico, lo que les habría permitido atravesar la meseta tibetana de Asia central y la actual Puna de Atacama de Sudamérica.

Aparentemente no tuvo la misma suerte la especie contemporánea del *homo neanderthalensis*, que surgió en Europa hace 400.000 años, poblando ese territorio y Asia occidental, pero se extinguió hace 30.000 años.

Otra especie fueron los *denisovanos*, hallados en las cuevas de Denisova de la llanura siberiana, que se extinguieron hace 40.000 años y dejaron rastros en el sudeste asiático.

Hace 70.000 años grupos de *homines sapientes* migraron de África y Medio Oriente, a gran parte de Eurasia y América.

En esa extensa y prolongada trayectoria convivieron con los *neandertales* y los *denisovanos*, por lo que se encontraron

rastros de transposición genómica entre los ejemplares de estas especies y de los *pensantes*, que actualmente portarían de 1 a 4% del rasgo genético de sus convivientes ancestrales. Mientras el *homo sapiens* soportó los cambios ambientales de la migración, sus congéneres se extinguieron.

Saltando unos 3.000 siglos de *paleoantropología*, se encuentra un fenómeno que no logra ser explicado por observadores humanos del resto del planeta. Un amplio territorio del continente sudamericano fue beneficiado por enorme cantidad de recursos naturales: humedales, bosques, suelos fértiles que permiten una rica explotación agraria, subsuelo con bienes mineros (petróleo, gas, oro, plata, litio y diversos minerales de uso industrial), un litoral marítimo de extraordinaria riqueza ictícola y una reducida población con nivel educativo avanzado, respecto a los habitantes de otras tierras vecinas y otros continentes.

Este particular territorio, constituido como país independiente bajo la forma de república democrática -la Argentina-, no logra emerger de una profunda decadencia política, económica y moral, desde hace casi un siglo.

Su moneda fue perdiendo valor hasta niveles que llegan a 13 dígitos, comparada con la de países que muestran evoluciones más razonables, debido a una persistente inflación y a una histórica conducta de consumir más recursos de los que se producen. Su política externa fue fluctuando durante dos siglos, así como su confiabilidad por los acreedores internacionales.

La conducta de sus dirigentes está contaminada por rasgos de corrupción, beneficios ilegítimos, nepotismo, incumplimiento de normas de convivencia, defraudación de los compromisos asumidos y actitudes políticas ambiguas.

Pese a contar con grandes cualidades de trabajo, estudio, innovación y emprendimiento en la mayor parte de su población, el clima social está impregnado por una permanente sensación de frustración, descreimiento y desconfianza, que debilita y obstruye la mayoría de las iniciativas de

inversión, integración, trabajo, investigación y desarrollo de riquezas materiales y culturales.

Diversos procedimientos, normas arbitrarias y trámites burocráticos evitables, actúan como eterno lastre del crecimiento comunitario.

Sobre este panorama desalentador, crecen incesantemente organismos estatales superpoblados, que requieren ingentes esfuerzos tributarios para mantener actividades y gestiones sin fines específicos, sostenidos por la clase política beneficiaria. Así está aumentando un generalizado sentimiento de desesperanza y frustración, que se orienta hacia un rumbo de decadencia.

Me arriesgo a preguntar, entonces, si los argentinos habremos heredado genes *neandertales*, que bloquean sistemáticamente los impulsos *pensantes* que nos corresponden, y nos están llevando hacia la extinción. ■

(*) Médico sanitarista.



TURNOS POR
WhatsApp
+549 11 6640 2020

SEDES

- **Abasto:**
Sánchez De Loria 117, CABA
- **Barrio Norte:**
Arenales 2777, CABA
- **Belgrano:**
Blanco Encalada 2557, CABA
- **Chequeos:**
Beruti 2853, CABA
- **El Solar:**
Solar Shopping, CABA
- **Microcentro:**
Esmeralda 141, CABA, [Latex Seguro](#)
- **Finochietto:**
Av. Cordoba 2678, CABA
- **San Isidro:**
Dardo Rocha 3034, San Isidro
- **Castex:**
Castex 3293, CABA
- **K41:**
Aut. del Oeste Km 41, (colectora sur)

SOLICITÁ TU
TURNO ONLINE

CDROSSI.COM



@centrorossi

EMBRIO CONFUSIONES



Por Fernando G. Mariona
Abogado (*)

1.- ERRORES

La transferencia del embrión incorrecto a un paciente, es un evento que puede ocurrir, dentro de la infinita lista de errores humanos que se cometen en la actividad médica, pero que resultan inaceptables e inesperables para todas las partes involucradas. Cometer el error podría exponer a los médicos endocrinólogos y embriólogos reproductivos, y a otros profesionales no médicos, a las instituciones de fertilización humana asistida, a una responsabilidad profesional y una carga financiera sustanciales.

En notas periodísticas recientes,⁽¹⁾ se da cuenta de uno de dichos errores posibles, y más allá de que afortunadamente las acciones penales intentadas fueron rechazadas, no se puede ignorar que los errores en el manejo de embriones y prácticas de laboratorio podrían traer sustanciales daños patrimoniales, tanto a los profesionales, como a los Institutos de Endocrinología, en el campo del Derecho de Daños y en el de los Derechos del Consumidor.

Ya hemos dicho antes de ahora que suprimir el error es una utopía, citando a Reason.⁽²⁾

En nuestra experiencia entre los años 2003 al 2018, podemos recordar de haber intervenido solo en dos casos, aun no resueltos, en los que se alegaron errores en la implantación no debida, ya que al producirse el nacimiento de los niños, denotaron al tiempo de nacer en un caso, las mismas patologías de las cuales al menos uno o ambos progenitores eran portadores sanos de ellas, pese a que en el Instituto se aseguró **por escrito** a los progenitores que el óvulo fecundado implantado estaba sano, luego del tratamiento al que habían sido sometidos. Y en el otro caso se discutió la patología de la cual el semen, adquirido en un Banco, habría sido portador o componente, aunque al adquirirlo se había garantizado la inexistencia de enfermedades genéticas. Incluso llegó a sospecharse que el semen era el del médico dueño del banco, por algunos antecedentes extranjeros.

El caso recientemente mencionado ocurrido en la provincia de Buenos Aires, nos recuerda un antecedente norteamericano citado en la Revista de Reproducción Asistida y Genética de 2021.⁽³⁾ En agosto de 2018, dos parejas, una de California y la otra de Nueva York, se sometieron a tratamiento en la

misma clínica de FIV en Los Ángeles. El de la pareja de Nueva York fue exitoso y resultó en embarazo. A pesar de lograrlo, esta pareja comenzó a tener preocupaciones al principio del embarazo después de descubrir que estaban teniendo gemelos, ya que sólo habían consentido una sola transferencia de embriones. Este antecedente se volvió más serio cuando dieron a luz gemelos caucásicos, ya que la pareja de Nueva York era de ascendencia coreana. Las pruebas genéticas confirmaron que los niños no estaban relacionados con la pareja y, de hecho, a pesar de que ambos eran caucásicos, los dos niños tampoco estaban biológicamente relacionados entre sí. Más tarde se descubrió que uno de los niños era el hijo biológico de la pareja de California que tuvo su transferencia de embriones el mismo día, en la misma clínica. El otro niño era el hijo biológico de una tercera pareja, no emparentada, a la que también se le transfirió erróneamente su embrión. La pareja de California fue a los Tribunales de Familia en Nueva York, para obtener la custodia de su hijo biológico, nacido del útero de la paciente coreana. El juez falló sorprendentemente a favor de la pareja, y la mujer de Nueva York que dio a luz al niño caucásico, fue condenada a entregar la custodia a los padres biológicos del niño cuando este tenía seis meses de edad. Luego de ello la pareja de California presentó también una demanda contra el Instituto de FIV en el condado de Los Ángeles, buscando la indemnización por sufrimiento espiritual para cubrir su angustia emocional, el equivalente de nuestro “daño moral” y U\$S 100.000 por recupero de los gastos legales incurridos para llevar adelante el caso de custodia de Nueva York. La demanda de la pareja de California incluyó múltiples acusaciones. La primera fue por violación del código penal de California, art. 367 G que establece que “será ilegal que cualquier persona use a sabiendas óvulos o embriones en tecnología de reproducción asistida, para cualquier propósito que no sea el indicado por la firma del proveedor de esperma, óvulos o embriones, en un formulario de consentimiento informado por escrito”. La violación de este estatuto se castiga con prisión de 3 a 5 años, una multa de no más de U\$S 50,000, o ambos. El Tribunal Superior de Los Ángeles escuchó su caso, y en octubre de 2019, las dos partes llegaron a un acuerdo extrajudicial por una cantidad no revelada. La pareja de Nueva York, que no quiso ser identificada públicamente, está en una demanda en curso con la instalación de FIV, “P et al. vs. CHA Health Systems”, en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos en Nueva York, después de alegar negligencia médica, negligencia administrativa e imposición intencional de angustia emocional, entre otros cargos.

También han ocurrido casos por errores de etiquetado⁽⁴⁾ que ocasionaron que la sentencia dictada, acompañada con la opinión de un Consultor Médico del Tribunal introdujera la recomendación de que “con el fin de detectar la posibilidad de discrepancias aunque fueran menores, no debían ser liberados óvulos fecundados sin pruebas genéticas para garantizar la paternidad correcta”.

En nuestro país hemos tenido la experiencia de intervenir en por lo menos 5 casos, por los demandados Institutos de Anatomía Patológica, donde el error de etiquetado tal vez sea más frecuente.

En “*Andrews vs. Keltz*”, *Sup.C,N,Y.2007* una pareja reclamó Negligencia Médica e Institucional, por usar el esperma de alguien que no era el esposo para fertilizar el óvulo de la esposa. La pareja en octubre de 2004 dijo que “algo andaba mal” basados en las características físicas de la hija Jessica. Los accionantes buscaban una reparación de daños por “angustia emocional severa”, sin haber sufrido ningún daño físico. El reclamo parecía apoyarse en la causal de “vida equivocada” o “concepción errónea” - en mi criterio desacertadas- y “falta de Consentimiento Informado” respecto

de no haber cumplido acabadamente con el deber de información de que estos errores pueden existir, y que tal vez hubiera resultado beneficioso para los actores de primera línea, por la aceptabilidad del riesgo por parte del paciente involucrado, en el caso la pareja ⁽⁶⁾ por una parte, y por la otra, poner en conocimiento de la pareja cuál sería el régimen de la determinación de la filiación en estos casos de la utilización de técnicas de reproducción humana asistida y que hubiera existido un error en la utilización de los gametos masculinos. En nuestra evaluación nos parece que se hubiera producido una *paternidad no querida*.

Nuestro CCyC establece que los hijos nacidos de una mujer por las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, son también hijos del hombre o de la mujer que ha prestado su Consentimiento Informado y Libre, debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas *con independencia de quien haya aportado el material genético*.

Este concepto de “independencia de quien haya aportado el material genético”, ¿incluye los casos de error en el material genético utilizado?

Es decir, el Consentimiento Informado y Libre, no revocado antes del nacimiento, ¿excluiría la oportunidad de reclamar una indemnización por una paternidad no querida, por sobrevalorizar la voluntad procreacional del art. 562 del CCyC?

En parecido sentido a lo ocurrido en “*Andrews vs. Keltz*”, existió el caso del hospital de Utrecht que asume y reconoce errores en la inseminación por error de 26 mujeres, con esperma distinto al planificado, uniéndose al que escandalizó Italia.

El hospital universitario de Utrecht, Netherlands, oportunamente emitió un comunicado en el que admitió que, debido a “un error de procedimiento en el laboratorio” un total de 26 mujeres podrían haber sido inseminadas con el

esperma equivocado durante el proceso de fecundación in vitro al que fueron sometidas.

El intercambio de embriones por error en un hospital romano fue también un caso insólito que apasionó a la opinión pública en Italia.

El 4 de diciembre de 2013 seis mujeres se sometieron a una terapia de fecundación asistida en el hospital Sandro Pertini, uno de los más grandes de Roma: les fueron extraídos óvulos que fueron fecundados en el laboratorio con el semen de sus respectivos maridos y después se los implantaron. A primeros de marzo de 2014, una de las mujeres, embarazada de tres meses con dos gemelos, acudió al hospital Santa Ana de Roma para hacerse una *vellocentes*, una prueba de diagnóstico prenatal, constatándose que la pareja fue víctima de un error de etiquetado, pues los embriones se intercambiaron y recibieron los de otra pareja, a causa de un cambio de probetas que tenían inscritos apellidos similares.

La mujer decidió seguir adelante con el embarazo y consideró que los gemelos le pertenecían: “Los embriones no eran míos. Pero los gemelos viven dentro de mí, siento el latir del corazón, crecen y son sanos. Tuve un momento de humano rechazo, cuando supe que no eran míos, que los embriones eran de otra señora, pero después decidimos que el embarazo debía continuar. Estos son nuestros valores”.

Por su parte, otro matrimonio formado por dos empleados romanos -la mujer se sometió también a fecundación asistida en el mismo día, 4 de diciembre de 2013, en el hospital Sandro Pertini- y convencido de que aquellos gemelos les pertenecían, presentaron una denuncia ante un Tribunal de Roma.

Los gemelos, niño y niña, nacieron el 3 de agosto 2014 en el hospital San Salvatore del Aquila.

Según la ley italiana, los gemelos eran hijos a todos los efectos de la mujer *que los engendró* y de su marido, quienes



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS



ASESORIA LEGAL



RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

podieron inscribirlos en el registro civil con su apellido. Pocos días después, el tribunal romano **rechazó** el recurso de los padres biológicos que pedían que los gemelos no fueran inscritos en el registro civil, estableciendo además que no se podía plantear ni siquiera la hipótesis de recurrir al Tribunal Constitucional.

2.- EVALUACIÓN

Como hemos visto, cuando estos errores latentes se patentizan en un embarazo, podrán llegar a presentarse reclamos judiciales. Sinsabores.

El nuevo Código Civil y Comercial de nuestro país vigente desde agosto de 2015 responde al principio de protección de la persona en su unicidad, en sus relaciones de familia y en sus relaciones con lo social. En el Libro II, Título V, Relaciones de Familia, Filiación, se da un tratamiento diferente a lo que ocurría en el código velezano, y se tratan las distintas formas de vivir en familia. En esta Sección se introduce el concepto de “socioafectividad” y las Reglas Generales relativas a la filiación por técnicas de reproducción humana asistida.

En el art. 558, 1er, párrafo se establece que la filiación puede tener lugar por naturaleza, mediante técnicas de reproducción humana asistida, o por adopción, y se declara que ninguna persona puede tener más de dos vínculos filiales, cualquiera que sea la naturaleza de la filiación. Esto significa, según el art. 562 que se da una importancia vital a la *voluntad procreacional*. Es decir que los nacidos por las técnicas de reproducción humana asistida **son hijos de quien dio a luz** y del hombre o de la mujer que también ha prestado su consentimiento previo, informado y libre en los términos que dispone el mismo código (arts. 560 y 561) y dicho instrumento fuera debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quien haya aportado los gametos, obviamente antes de producido el nacimiento.

Estas precisas normas del CCyC de la Nación parecieran responder a la pregunta que nos hacíamos más arriba, como ya hemos comentado respecto de algunas jurisprudencias. Por supuesto, para la utilización de estas barreras de contención, profesionales, técnicos e instituciones, deberán desarrollar su actividad dentro del marco médico y legal.

3. TRATAMIENTO DEL RIESGO

El tratamiento de los riesgos se basa en una combinación de tres mecanismos la Prevención, la Recuperación y la Atenuación o Protección.

La Prevención y la Recuperación procuran reducir la frecuencia del riesgo, es decir evitar que se produzcan fallas y la recuperación se corresponde con el descubrimiento y el tratamiento de una falla entre el momento en que esta se produce, y la manifestación del acontecimiento temido, previo a que ocurran los sinsabores.

En el campo de las TRHA existirían varias estrategias posibles:

El cumplimiento de las pautas de etiquetado se puede utilizar para reducir el riesgo de confusiones. También se recomienda que todos los contenedores de congelación de embriones estén etiquetados permanentemente con al menos dos identificadores únicos. La identificación puede consistir en preguntar al paciente su nombre completo y un segundo identificador, como el nombre completo de la pareja, un número de identificación personal o la fecha de nacimiento. Cada contenedor debería incluir el nombre del paciente, el número de identificación del paciente, el tipo de muestra y la fecha de recolección. Los procedimientos operativos estándar, como los sistemas automáticos de identificación,

que emplean presencia, etiquetado y rastreo basados en códigos de barras, pueden ayudar a prevenir eventos de confusión de embriones. Si bien no es ésta la mejor época para los institutos médicos desde lo económico, al invertir en tecnología que mejora los procesos, se puede reducir el papel del error humano.

¿Y cómo se debería responder a posibles discrepancias en las muestras de embriones con pruebas genéticas?

Ya vimos que pesar de los esfuerzos de una clínica de FIV para prevenir eventos de confusión de embriones, si los embriones de una pareja se dirigen erróneamente a otra, el endocrinólogo reproductivo no debe retrasar la divulgación a ambos pacientes. Las clínicas de FIV pueden considerar ofrecer pruebas genéticas a aquellos potencialmente afectados, y luego dar las explicaciones médicas y legales, desde las áreas correspondientes, evaluamos que en forma conjunta. Habrá que ver la opinión del financiador, sobre si colaborará con el costo de las pruebas genéticas.

Una opinión del Comité de Ética de la ASRM dice: “Las clínicas deben revelar errores en los que se utilizan espermatozoides incorrectos para la inseminación, o gametos o embriones que se cambian por error, lo que resulta en fertilización, transferencia de embriones, implantación o el nacimiento de un niño con un parentesco genético diferente al previsto, tan pronto como se descubren”.

El principio del cumplimiento del deber de información a través del Consentimiento Informado, de acuerdo con los requisitos legales fijados por nuestro CCyC ya vistos *supra*, y la práctica de revelar posibilidad de errores, debería ser una práctica común de nuestra comunidad médica. Revelar un error puede ser un desafío; sin embargo, es el curso de acción ético y legal para tratar de evitar sinsabores.

Un caso antiguo, ocurrió en junio de 2000, cuando un endocrinólogo reproductivo supo minutos después de transferir tres embriones que estaban destinados a una mujer diferente. No la pasó bien. Ni él ni el Instituto.

Además, en nuestra práctica siempre hemos comprobado que los pacientes que están informados honestamente sobre los errores tienen menos intención de emprender acciones legales contra sus médicos. Obviamente hay que capacitarse para hacer, así como también quien lo hace.

En nuestro derecho, debería tenerse en consideración que frente al error en la utilización de cualquiera de los gametos, nos encontraríamos frente a una situación de *paternidad diferente a la querida*. Con lo cual nos parece que los afectados estarían legitimados para reclamar al menos por el daño moral producido por la vía de la exigencia de la responsabilidad patrimonial.

Si trasladamos estos conceptos a los supuestos planteados, “resulta evidente el derecho de los perjudicados a obtener información sobre las circunstancias determinantes del error, es decir, de la confusión sufrida en el empleo de los gametos o de los embriones. No es factible ampararse en excepción alguna para ocultar lo sucedido, correspondiendo al médico responsable del tratamiento del paciente garantizar el cumplimiento de dicho derecho a la información, sin perjuicio, claro está, de que los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto tengan también responsabilidad en ese cometido”.⁽⁶⁾

Hay que tener en cuenta, además, el especial refuerzo que sobre la información establece el art. 7 de nuestra Ley Nacional de Fertilización asistida, en ese aspecto.

En los casos en que se identifica un embrión no compatible, puede ser prudente que una clínica de FIV revise a todos los pacientes potencialmente afectados. Las clínicas de FIV pueden considerar ofrecer pruebas genéticas a todos los pacientes con cualquier discrepancia encontrada en el registro a expensas de la clínica de FIV.

4.- FINANCIAMIENTO DEL RIESGO

Otra cuestión que deben considerar las clínicas de FIV y los endocrinólogos reproductivos es hasta qué punto su seguro de responsabilidad civil médica cubrirá las demandas contra los biólogos (no médicos) involucrados en el tratamiento, en casos de confusión de embriones, y que al no ser médicos, más allá de la actualidad de la Doctrina y Jurisprudencia en temas de Responsabilidad Médica Institucional, actúan en el tratamiento. La Ley que regula la actividad no es la 17.132 sino la 10.353/85 y entre las incumbencias de los biólogos no figura la actividad que venimos describiendo.

Tengamos presente además que en nuestro país, los profesionales que se dedican a temas de Fecundación Asistida pueden ser, Médicos Ginecólogos y Tocoginecólogos, Médicos Endocrinólogos, Médicos, Generalistas con orientación en Ginecología y Obstetricia, Biólogos, Bioquímicos con orientación en Embriología Humana y Médicos Urólogos con orientación en Fertilidad.

Es aconsejable entonces considerar el aseguramiento por separado los embriólogos/endocrinólogos y biólogos, a través de una póliza independiente o agregar una cláusula adicional a la póliza de la clínica de FIV, la que así como en otros textos y modalidades del mercado argentino se identifica al director médico para darle cobertura a sus actos médicos realizados dentro del establecimiento, otro tanto podría hacerse respecto de los no-médicos pero involucrados en el proceso. No se debe olvidar que una condición elemental de la cobertura es que el asegurado posea el título de médico.

5.- CONCLUSIONES SUGERIDAS

1. Desarrollar e implementar políticas y estrategias estandarizadas de etiquetado.

2. Fomentar una comunicación fuerte entre el embriólogo y el endocrinólogo reproductivo.
3. Emplear un paso de verificación de 2 personas o un método de lectura inmediatamente antes de ET y considerar usar un sistema de testigos automáticos.
4. Divulgar información de manera oportuna a todos los pacientes en casos de confusión embrionaria.
5. Revisar todos los casos de pacientes potencialmente afectados donde se identifica un embrión no compatible.
6. Considerar ofrecer pruebas genéticas a todos los pacientes con cualquier discrepancia encontrada en el registro.
7. Agregar embriólogos, biólogos, bioquímicos, directores de laboratorio y otro personal no médico como parte de una cláusula adicional a la póliza de Responsabilidad Civil Médica de la clínica de FIV o del médico, agregando un endoso a la póliza o una condición especial. Háblelo con su Productor-Asesor de Seguros. ■

REFERENCIAS

- 1) Rodríguez Nielsen y Di Nicola: "Por un error médico una pareja tuvo un bebé con un embrión que no era el suyo" y Gil Morena, J. "Fertilidad asistida: protocolos claves para evitar errores", Diario La Nación, Buenos Aires, 26 y 28 enero 2023 respectivamente.
- 2) MARIONA, F. G. "Como tapar los agujeros", Ed. Dunkin. Diciembre 2022, pag. 71
- 3) Rasouli, Moutos y Phelps, "Responsabilidad por confusiones embrionarias en las prácticas de fertilidad en los EE.UU." Febrero 2021.
- 4) "Herbert vs. Ochsner Fertility Clinic" del año 2012
- 5) Trigo Represas, F "Teoría general de la responsabilidad civil. Las eximentes", pag.130 y L.F. Reglero Campos, "Tratado de Responsabilidad Civil", pág. 380.
- 6) Bioética y Ley en Reproducción Humana Asistida. Manual de Casos Clínicos. Abellán-Sánchez Caro. Granada 2009, Editorial Comares.

(*) CEO de RiskOut Consultora especializada en Responsabilidad Profesional Médica, Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



ÍNDICE DE COSTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA IV TRIMESTRE 2022

Por Investigaciones Económicas de Adecra+Cedim

El Índice de Costos para la Atención Médica que elabora Adecra+Cedim mide la variación de los precios de los principales insumos que las instituciones privadas de salud utilizan para producir atención médica. De esta forma se monitorea la dinámica de los costos en salud en la medicina privada.

En el cuarto trimestre de 2022, el incremento del índice fue del 24,1% con respecto al período anterior.

**Cuadro 1. Índice Adecra+Cedim
Variación porcentual**

IV Trimestre 2022*	
Costos laborales	26.5%
Insumos médicos	13.3%
Insumos no médicos	18.7%
Servicios públicos	25.6%
Inversiones	20.4%
Total	24.1%

*Datos provisorios
Fuente: elaboración propia

Recomposición salarial y costos laborales

Dentro de la estructura de costos de los prestadores de salud, los costos laborales representan el 74%. Es por ello que el devenir de las paritarias de los Convenios Colectivos de Trabajo (CCT) del sector define gran parte del comportamiento del índice.

Las negociaciones salariales del sector privado de la salud llevadas a cabo en el mes de mayo de 2022 a nivel nacional (CCT 122/75 y el CCT 108/75 de FATSAs) acordaron un aumento hasta diciembre de 59%, con cláusulas de revisión pautadas para octubre de 2022 y febrero de 2023. El incremento se distribuyó de la siguiente manera: 11% en mayo, 11% en junio, 19% en agosto, 9% en noviembre y 9% en diciembre. Asimismo, se otorgó un bono no remunerativo por el Día de la Sanidad de \$ 6.638.

En la revisión de octubre del corriente, se determinó que los trabajadores de sanidad recibirán un 37% de actualización en sus salarios (con base abril 2022), distribuidos en 7% en octubre, 7% en noviembre, 7% en diciembre, 7% en febrero y 9% en marzo. Estos porcentajes se adicionan a los acordados en mayo para los meses de noviembre y diciembre, de 9%.

El CCT 619/11 firmado con AMAP en junio de 2022, para profesionales médicos de Ciudad de Buenos Aires, estableció un aumento de paritarias también del orden de 59% en cinco tramos: 11% en junio, 11% en julio, 19% en septiembre, 9% en noviembre y 9% en enero. Las partes acordaron que en noviembre 2022 y febrero 2023 se reunirán a efectos de revisar los salarios.

Al cierre de este informe, aún no ha comenzado la discusión de la segunda de las revisiones de la paritaria, motivo por el cual no se cuenta con la respectiva escala.

En el cuarto trimestre de 2022, los costos laborales registraron un incremento promedio de **26,5%**. Los salarios mostraron un aumento de 27,7%, coincidiendo con el aumento de salarios de convenio (básico de enfermería) para el mismo período. Por su parte, las contribuciones patronales aumentaron 27,7% y los honorarios médicos registraron un aumento promedio de 25,3% (es decir, 2,4 puntos porcentuales por debajo de lo estipulado por CCT).

Insumos médicos

Para el cuarto trimestre del año los insumos médicos tuvieron un aumento promedio de **13,3%**, siendo este valor menor a la depreciación del tipo de cambio del período (20,4%).

Esto es así porque dentro de este rubro se encuentran los medicamentos y descartables -el segmento con mayor peso- y el cual registró, en muchos insumos, bajas en sus precios desembocando en un incremento promedio de 11%.

Por su parte, las imágenes tuvieron un aumento de 11,4% y los reactivos de laboratorio 21%.

Insumos no médicos

Los insumos no médicos tuvieron un incremento en promedio de **18,7%**. En el caso del servicio de provisión de oxígeno los aumentos promediaron el 37,5% (alrededor de 20 puntos porcentuales por encima de la inflación general del cuarto trimestre, que ascendió a 17,2%). Los residuos patógenos aumentaron 16,9%, el servicio de lavandería 16,2% y el de alimentación 13,7%.

Inversiones

Las inversiones en equipamiento presentaron un aumento promedio de **20,4%** durante el cuarto trimestre del año. Este incremento se relaciona con el comportamiento de monedas extranjeras como el dólar y el euro.

Servicios Públicos

Los servicios públicos son la categoría del índice con menor peso dentro de la estructura de costos de los prestadores. A diciembre de 2022, registraron un aumento de **25,6%** con respecto al período anterior. El servicio con mayor incremento reportado fue el de gas, promediando el 70%.

Evolución del Índice Adecra+Cedim en 2022

Al observar el comportamiento del Índice Adecra+Cedim a lo largo del 2022, el aumento total fue de **94,7%**, un valor que casi iguala a la inflación general anual (94,8%).

Los mayores incrementos se produjeron en los servicios (117,4%) – producto de la quita de subsidios que comenzó a ser aplicada en el año-, en los insumos no médicos (111,3%) y en los costos laborales (101%). Los costos laborales incrementaron por encima del aumento salarial estipulado por convenio (98%). La diferencia entre el aumento del costo laboral total y los salarios se explica, principalmente, por el mayor incremento de los salarios fuera de convenio.

Cuadro 2. Índice Adecre+Cedim. Variación porcentual. Año 2022

	I2022	II2022	III2022	IV2022*	Variación Interanual
Costos laborales	13.3%	20.0%	16.9%	26.5%	101.0%
Insumos médicos	6.7%	10.2%	16.0%	13.3%	54.4%
Insumos no médicos	3.8%	22.3%	27.9%	18.7%	111.3%
Servicios	12.4%	37.9%	11.7%	25.6%	117.4%
Inversiones	7.5%	12.1%	16.9%	20.4%	69.6%
Total	12.2%	19.0%	17.2%	24.1%	94.7%

*Datos provisorios

Por su parte, los insumos médicos aumentaron 54,4% en el año. Este bajo incremento se explica por dos razones. En primer lugar, por el movimiento del dólar, dado que muchos de los insumos son importados. En segundo lugar, por la reducción de precios de algunos medicamentos y descartables que se habían disparado fuertemente en la pandemia.

Al analizar trimestre a trimestre el comportamiento del Índice, puede observarse que el último fue el que registró el mayor aumento (24,1%). En este período se otorgaron los mayores incrementos salariales en las instituciones de salud privadas.

Financiamiento del sector prestador de la salud

El INSSJP otorgó, en la primera parte del año, a todo el arco de Prestadores Privados del Instituto, un aumento de 12% en enero, 30% en abril (15% en principio, y luego, otro 15% retroactivo) y un 14% en julio. Asimismo, según la res. 1383/22, se dispuso otorgar un 14% en septiembre y un 9% en los meses de octubre, noviembre y diciembre. Además, abonará un bono de refuerzo relacionado con calidad, a cobrar en enero de 2023 (rondaría el 15%).

La pauta de PAMI para el 2023 será consistente con la inflación que se disponga en presupuesto nacional, a ser facturado en 4 tramos. En el caso que la inflación 2023 supere lo acordado en el presupuesto, el PAMI acompañará el proceso otorgando el porcentaje de la inflación.

El Ministerio de Salud autorizó a la Medicina Prepaga, a través de la res. 2125/21 un aumento de 9% en enero 2022, y, a través de la res. 453/22 un incremento de 5% en marzo y de 4% en abril, para ser trasladados en igual porcentaje a los prestadores de salud. Asimismo, la res. 867/22 estableció otorgar aumentos de hasta un 8% a partir de mayo de 2022, de hasta un 10% adicional y acumulativo a partir junio de 2022 y de hasta un 4% adicional y acumulativo a partir del julio de 2022. La citada resolución, estableció que las Entidades de Medicina Prepaga y los Agentes del Seguro de Salud deberán incrementar los valores retributivos de las

prestaciones médico-asistenciales brindadas a sus beneficiarios y usuarios por los prestadores inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, para los meses de mayo, junio y julio de 2022, en al menos un 90% del aumento porcentual de sus ingresos por vía de cuotas de medicina prepaga o negociaciones paritarias sindicales, para cada período considerado.

Asimismo, en agosto de 2022 y en octubre 2022 se establecieron aumentos de 11,3% y 11,5% respectivamente, según la fórmula polinómica del Índice de Costos de Salud (resolución 1293/2022 del Ministerio de Salud), para ser trasladado a los prestadores en un 90%. El 90% del aumento correspondiente a diciembre 2022 con la polinómica vigente (13,8%), se facturó 50% en diciembre y 50% en enero.

Para los siguientes 18 meses fueron dictadas las normas que serán tenidas en cuenta para el incremento de aranceles: DNU 743/22, Decreto 742/22, y las Resoluciones 2577/22 y 2578/22 ambas del Ministerio de Salud.

En lo que respecta al sector prestador, el aumento de los aranceles serán al menos el que surja de computar el 90% del incremento establecido en la fórmula polinómica publicada la Superintendencia de Servicios de Salud, la que, a partir de la publicación de diciembre 2022, será mensual. ⁽¹⁾

Finalmente, representando a las obras sociales provinciales, IOMA acordó llevar el aumento 58% (res. 2195/22) a 88% en el ejercicio 2022 para las instituciones con internación y un 20% en los medicamentos fuera de módulo, además de los porcentajes adicionales que le asisten por contrato. ■

REFERENCIA

1) La fórmula polinómica arrojó un incremento de 8,21% para el mes de febrero y de 7,66% para el mes de marzo.

**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.



ESTIMACIÓN DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA ASISTENCIAL CONTENIDA EN EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO) JULIO 2022

Autores: Dr. Ernesto van der Kooy, Dr. Rubén Torres, Dr. Héctor Pezzella, Dr. Adolfo Carril, Cdor. Rubén Ricardo Roldán, Lic. Nicolas Striglio y la Lic. Natalia Jorgensen.

Desde el año 2010, Prosanity realiza el trabajo de actualización de "La estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa médico obligatorio (PMO)", y en esta actualización a fin de potenciar y ampliar la calidad de la investigación, se ha considerado oportuno actuar sinérgicamente con IPEGSA (Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud), y con la USAL (Universidad del Salvador. Facultad de Ciencias Médicas). Los participantes de esta actualización hemos decidido mantener los mismos objetivos anteriores que fundamentalmente son dos: El primer objetivo determinar el valor de la canasta prestacional conocida como PMO a una fecha definida (31 de julio), con la metodología anterior al 2019 o sea analizar no solamente los precios, sino también tasas de uso de prácticas seleccionadas, entendiendo que en este período analizado los indicadores o tasas de uso ya se han acomodado a lo habitual.

Este año se ha analizado el rubro Consultas Ambulatoria Electivas (CAE). El segundo objetivo de esta investigación es determinar a finales de julio 2022 en qué medida las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro y su comparación con los años anteriores.

Habitualmente, además se aborda la problemática de salud y las novedades del sector del período transcurrido desde la última actualización.

La inflación es cada vez más alta y sigue existiendo una falta de precios de referencia en el mercado. También, dada la gran dispersión de precios en algunos rubros, se dificulta la determinación de un valor que represente al universo.

Todo el sistema sanitario, financiador y prestador, se mantiene en una crisis de gran magnitud, a lo que se suman los indicadores de pobreza e indigencia, que se estiman en un 40% de pobreza medida por ingresos. La pobreza influye como ningún otro factor en el estado sanitario de la población, mucho más que la oferta de servicios de salud que se provea.

Los diferentes estamentos de la salud mantuvieron al abordaje de la pandemia como prioridad casi excluyente, notándose que, durante este último año, tampoco se han producido cambios estructurales sustanciales en el sistema.

El apoyo realizado a los financiadores y prestadores ha estado sustancialmente relacionado al financiamiento.

Era una buena oportunidad para cambios de fondo destinados a articular esa integración, pero más allá de las voluntades observadas, en lo concreto no se ha avanzado y aparece como que se ha perdido una oportunidad de aprovechar la centralidad que el Sistema Sanitario logró durante la pandemia.

Como ya explicamos en la publicación anterior durante el período de pandemia la SSSALUD destinó fondos adicionales a las OOSS Nacionales. Durante este período la Superintendencia aportó fondos especiales de magnitud al SUR (más de 3.000 millones por mes promedio), lo que generó serias dificultades de financiamiento actual (los últimos meses ya bajó la distribución sustancialmente) y perspectivas de déficit importante a corto y mediano plazo.

Los problemas de fondo preexistentes se mantienen y la salida de la pandemia, significó repetir y magnificar las serias dificultades del sector.

Las Obras Sociales en conjunto y por supuesto también las Sindicales padecen cada vez una mayor dificultad para

cubrir las prestaciones a las que están obligadas, pues dependen de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los salarios, (sumados los bajos ingresos de los monotributistas y empleadas de casas particulares) que han seguido perdiendo valor en relación a la inflación existente. En el último año como mínimo un 2,5% con relación a la inflación.

Se observa claramente una caída de la base de los ingresos con un aumento de costos en Salud y un mercado laboral cambiante. Como expresamos ya varias veces se hace imprescindible analizar si el Sistema de los Seguros Sociales Obligatorios es pasible de ser financiado a futuro exclusivamente con aportes y contribuciones como en la actualidad, y si no sería razonable analizar mecanismos que financien prestaciones de alto costo individual o en el tiempo, que queden por fuera de la obligación de cobertura del PMO.

SECTOR PRIVADO PRESTADOR

La mayor parte de las prestaciones que integran el PMO son brindadas por el sector privado, tanto en ambulatorio como en internación. Su financiamiento proviene del Seguro Social Obligatorio o de las Empresas de Medicina Prepaga.

Los aranceles durante la pandemia de Covid-19 no se modificaron prácticamente, y durante este año en porcentajes por debajo de la inflación y de los costos en salud. Al mismo tiempo los honorarios profesionales y los sueldos de los trabajadores han perdido en relación a la inflación y su justa recomposición aparece imposible de abordar con los recursos que reciben los prestadores.

A partir de la pandemia el sector privado prestador recibió de parte del Estado Nacional algunas ventajas impositivas (disminución de carga impositiva y previsional), los REPRO inicialmente y luego el FESCAS, pero ya en este último caso con una clara disminución de la ayuda recibida, y con condiciones que hacen muy difícil su acceso.

El objetivo de esta ayuda era aportar a cubrir el salario de los trabajadores.

Se está observando desde tiempo atrás cobro de aranceles por parte de los profesionales y varios intentos de hacerlo por parte de las instituciones prestadoras.

Los aranceles impactan sobre la población beneficiaria que es quien los asume y hacen más regresivo el sistema.

La ley de emergencia sanitaria sigue generando un alivio transitorio de las deudas impositivas y previsionales del sector de prestadores privados, y a la luz de las dificultades referidas es imprescindible su continuidad, pero la duración de la misma en el tiempo y su renovación año a año, muestra acabadamente que no se han afrontado los problemas de fondo y se siguen con simples remiendos para mantener un sistema que cada vez se encuentra más deteriorado.

La Argentina tiene un sistema de Servicios de Salud fragmentado, inequitativo y poco solidario, pero las acciones de fondo que se deberían implementar, muchas de ellas probablemente simultáneas, para mejorar el sistema, pasa el tiempo y no se efectivizan.

Sería un error el abordar la atención de la salud de las personas solo desde la perspectiva del financiamiento. La mejora en la salud de las poblaciones se logra abordando acciones sobre la pobreza, sobre los determinantes sociales, el medio y sobre las conductas de los individuos, además sobre el Sistema Sanitario que es quien concentra la mayor

parte del gasto en salud, y al que se le vuelcan la mayor cantidad de recursos.

Los costos de los sistemas sanitarios del mundo siguen en aumento y lo seguirán haciendo por las modificaciones epidemiológicas y por el avance tecnológico. Es necesario, por lo tanto, una búsqueda diferente, integral y con claras modificaciones de los paradigmas de abordaje. Como se ha referido en ediciones anteriores, y es necesario reafirmar, entre tantas otras acciones estratégicas a aplicar para todos los subsectores se pueden listar: modificar los modelos de atención y basarlos efectivamente en la atención primaria de la salud, evaluar sistemas administrados de atención y de gestión, limitar los alcances del PMO a aquellas prestaciones con evidencia científica probada, con costo-efectividad, integrar las redes públicas y privadas para bien utilizar recursos disponibles, lograr una CUS para la población sin cobertura formal equitativa con la población formalmente cubierta, pagar desde la demanda y no desde la oferta, propender a la educación y capacitación continua de los recursos humanos del sistema, a su certificación, acreditar efectores de salud, generar una agencia de evaluación de tecnologías, generar mecanismos de aseguramiento para gasto catastrófico, trabajar para disminuir costos de no calidad, minimizar la variabilidad clínica, etc.

Este listado sólo resume algunas de las varias acciones estratégicas necesarias, que aplicadas en conjunto deben ser la base del cambio estructural del Sistema de Salud, el cual debe asegurar una calidad y un financiamiento adecuado y posible del Sistema, y que lo haga sustentable en el tiempo.

Para concretarlas se deben generar los espacios de consenso y coordinación y garantizar la participación de todos los actores del sector, de todas las regiones y jurisdicciones. De ahí la trascendencia que exista una decisión política firme y la ineludible Rectoría y Gobernanza de las Autoridades Sanitarias para llevar a cabo estos consensos.

METODOLOGÍA

La metodología de investigación utilizada es la que usamos desde el inicio del estudio; los parámetros considerados son las tasas o indicadores de uso y los precios de mercado. El valor resultante es exclusivamente el de las prestaciones listadas en el PMO, por lo que no incluye otros elementos tales como los costos de administración, por no contar con información fiable de los mismos, gastos bancarios, financieros, impositivos etc.

El costo del PMO y sus indicadores han sido elaborados sobre la base exclusivamente de poblaciones activas, habiendo considerado como tales aquellas con rangos etarios entre 0 y 65 años, tanto para hombres como para mujeres.

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

INDICADORES DE DEMANDA DE SERVICIOS

Al analizar las demandas en grupos poblacionales, los indicadores más relevantes usados para determinar el grado de utilización de los servicios son las tasas de uso de consultas médicas (por beneficiario/año), de egresos (cada 100 beneficiarios/año), los promedio días de internación, tasas de estudios ambulatorios aislados o en relación a las consultas, etc. En el área ambulatoria la prestación fundamental es la CONSULTA en primer lugar médica, ya sea general o con especialistas y luego otros tipos de consultas no médicas como pueden ser las psicológicas, las odontológicas, las de rehabilitación etc.

Existen diferentes formas de clasificación de las consul-

tas y en función del análisis que se quiera hacer. En este apartado analizamos la tasa de uso de las CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS ELECTIVAS (no por urgencia o emergencia) en sus diferentes formas. En cuanto a las tasas de uso, es importante remarcar que no existe un valor óptimo, de referencia, pues depende de la edad, sexo, educación, localización geográfica, nivel socioeconómico, los factores de riesgo, hábitos culturales, etc., por el lado de la demanda y el comportamiento de los prestadores, accesibilidad, modelos de atención, modalidades de pago etc. por el lado de la oferta.

Además, existen factores epidemiológicos, variables en lo temporal y en lo geográfico (como ha ocurrido en la época de pandemia) que impactan sobremanera.

O.S N. SINDICALES

El trabajo inicial sobre el que se obtuvieron los indicadores de uso de consultas, se hizo en 2010 y no ha sido modificado en lo que tiene que ver con consultas generales de clínicos y pediatras y en tasas de consultas con especialistas.

En nuestra grilla clasificamos las consultas en generales por un lado (incluye Pediátricas hasta 14 años inclusive) y consultas con especialistas por otro.

Separamos las consultas de los programas preventivos. Las consultas de urgencia no están consideradas en este renglón, al igual que las consultas de salud mental (especiales por su duración y su especificidad), ya analizadas en la actualización del PMO 2018. Sus indicadores actualizados fueron incorporados a la grilla desde esa fecha.

En la grilla usada hasta la fecha las obras sociales sindicales (PMO analizado) tienen, sumando todo tipo de consultas ambulatorias médicas, valores cercanos a 5,11 consultas por beneficiario/año, lo que incluye las de los programas preventivos y salud mental; en tanto que en las prepagas el dato se eleva a 8,8 a 9 por benef/año.

Depurando las preventivas y las de salud mental, la tasa resultante, y sobre la que trabajamos en actualizar es de 4,01 consultas por beneficiario/año.

Las tasas en todos los casos son aquellas recabadas en Ciudad de Buenos Aires y Conurbano bonaerense. El peso que tienen las consultas en el valor final del PMO, no solo por su valor intrínseco, sino como disparador de prestaciones de diagnóstico y tratamiento, hace necesario una actualización.

La gran dificultad es el acceso a una información confiable, como en general su entrada al sistema es irrestricta y sin orden de autorización, cuando se accede a la información es al ser facturadas al financiador (ex post) y en general, por la importante carga que significa, se las audita y se las paga, pero muchas veces no se las registra. Al igual que aquellas realizadas en efectores públicos, muchas veces no facturadas por el Sistema de Autogestión.

Los resultados relevados nos dan un promedio de consultas por beneficiario/año en Ciudad de Buenos Aires y Conurbano de 3,89 consultas, menor a la considerada en los PMO anteriores (4,01), con una proporción de consultas con especialistas cercanas al 55% del total cuando en nuestros análisis anteriores eran menores (45%).

O sea que, sobre un número total ligeramente menor, la proporción de consultas con especialistas, se ha incrementado proporcionalmente respecto a la consulta con generalistas, lo que puede ser el resultado de la falta de un acceso administrado en los Modelos de Atención de las Obras Sociales.

O sea que vamos a considerar para este análisis del PMO 2022 una tasa de 1,87 consultas por beneficiario/año con médicos generalistas (incluye pediatras) y una tasa de 2,02 consultas por beneficiario/año con especialistas, sobre la base de lo investigado y con las distinciones expresadas anteriormente.

INFLACIÓN

En esta actualización hemos profundizado el análisis del rubro inflación a partir de varios indicadores que la consideran. La inflación de julio 2021 a julio 2022 fue, según INDEC, del 70,98%. El incremento del dólar oficial en igual período fue del 36,16%. De julio a julio el INDEC publicó una inflación en salud del 76,4%. Un aumento de insumos en salud del 67,5%. Utilizando un índice de elaboración propia (IPC CABA Salud, dólar) el indicador de aumento del mismo ha sido 67,35%.

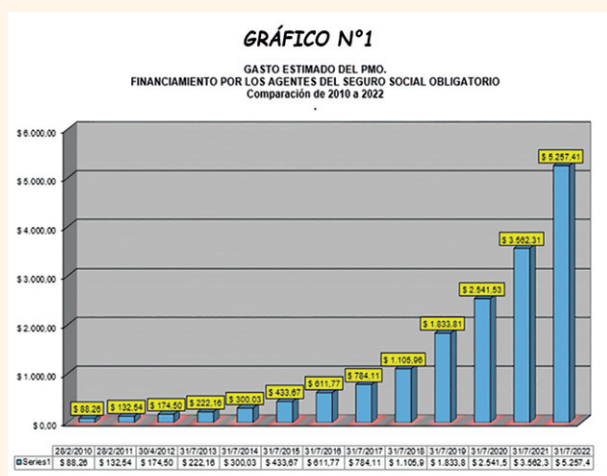
ACTUALIZACIÓN 2022

En cada actualización realizada, el resultado final obtenido estima el gasto promedio por beneficiario, menor de 65 años, que garantiza el acceso a las prestaciones incluidas en el PMO. En este caso al 31 de julio 2022. Para una composición por edad y sexo informada por la Superintendencia para el 2016 sobre la base de 15.383.113 beneficiarios.

RESULTADOS

Si se considera solamente el valor que debe financiar el Seguro Social Obligatorio (sin los coseguros que provee el beneficiario de su bolsillo, en el momento de la prestación) teníamos al 31 de julio 2021 un valor resultante de \$ 3.562,31. En esta actualización (31 de julio 2022) el valor obtenido es de \$ 5.257,41 lo que significa un incremento interanual del 48%. Si, por otra parte, también sin considerar gastos administrativos, examinamos la totalidad del valor necesario para garantizar la cobertura (lo financiado por los Agentes de Salud y lo financiado por el beneficiario de bolsillo), el costo per cápita del PMO, al 31 de julio de 2022 fue estimado en \$ 6.102,26 con coseguros al 100% y de \$ 5.870,05 con coseguros al 50%.

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

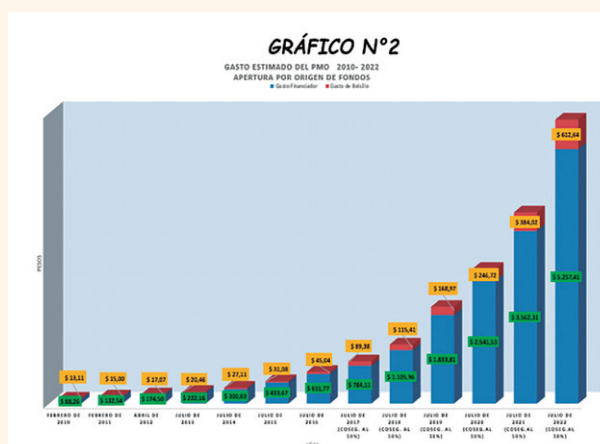


El Gráfico N° 1 compara los valores estimados del PMO a financiar por las Obras Sociales para las actualizaciones anuales realizadas entre 2010 y 2022. Como puede observarse, el costo del PMO a financiar por los Agentes de Salud, ha seguido una tendencia creciente desde el 2010 aumentando como mínimo por encima del 25% y con un aumento sustancial de su tasa de crecimiento anual desde el 2014 donde se incrementó cada año en alrededor o por encima del 40% y en 2019 llegó al 65,8%. Este año nuestros cálculos la estiman en un 48%. Por tercer período consecutivo el costo del PMO es inferior a la inflación determinada para

igual período por el INDEC, aunque siempre en un contexto de altísimo incremento interanual.

Los coseguros como mecanismos de regulación del sistema tienen actualmente un peso que varía entre un 10 y un 14% según la magnitud de los coseguros considerados.

En este análisis del PMO a fines de julio del año 2022, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 844,84 por mes con coseguros del 100%, de los cuales un 45% del total corresponden a medicamentos ambulatorios. Si consideramos los coseguros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 612,64 de los cuales un 65% están representados por los medicamentos ambulatorios.



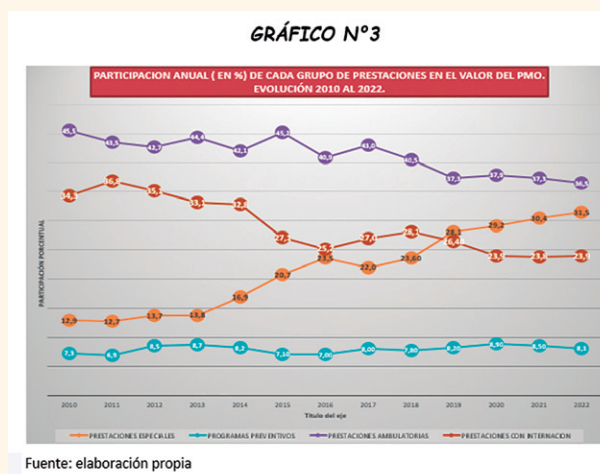
En el Gráfico N° 2 se observan los valores financiados por los agentes de salud y el gasto de bolsillo en febrero 2010, en febrero 2011, en abril 2012, y en julio desde el 2013 al 2022 inclusive.

TABLA 1
GRUPOS DE PRESTACIONES INCREMENTO DE VALOR SIN COSEGUROS

DESCRIPCIÓN	JULIO DE 2021	JULIO DE 2022	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 302,71	\$ 425,81	41%
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 1.328,46	\$ 1.918,58	44%
PRESTACIONES CON INTERNACIÓN	\$ 848,86	\$ 1.255,75	48%
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 1.082,28	\$ 1.657,27	53%
TOTAL: COSTO PMO	\$ 3.562,31	\$ 5.257,41	48%

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 1 se comparan los valores por grupos de prestaciones al 31 julio 2021 y al 31 julio de 2022 sin considerar coseguros, o sea teniendo en cuenta solamente lo que deben abonar los Agentes del Seguro Social Obligatorio.



Se observa en la Tabla que el mayor incremento se verifica en las prestaciones especiales, influidos fundamentalmente por los precios de los medicamentos y la discapacidad. Los medicamentos son el único rubro que supera el aumento de costo del PMO año a año.

El Gráfico N° 3 muestra la evolución en el tiempo de los diferentes grupos de prácticas con una caída importante de las prestaciones ambulatorias y en internación desde el 2010, una meseta en programas preventivos y un fuerte incremento en las prestaciones especiales que han pasado de un 12,9% en 2010 al 31,5% en 2022.

En el rubro prestaciones especiales, que analizamos específicamente en los últimos años por su constante incremento, los renglones más significativos por su crecimiento en este período ha sido el de los medicamentos especiales (58%) y las prestaciones del SU para discapacidad, con valores regulados, que aumentaron más (61%) que los del PMO global en esta actualización.

En cambio el rubro ambulancias aumentó menos que en el 2021, al igual que el de prótesis y ortesis (seguramente por el menor aumento del dólar oficial).

Si bien puntualmente algún renglón pudo haber superado la media del PMO, su impacto en el valor final del mismo no es relevante.

Por otra parte, las consultas que analizamos especialmente en esta actualización, y cuyo peso es relevante, aumentaron bastante por debajo del aumento global del PMO.

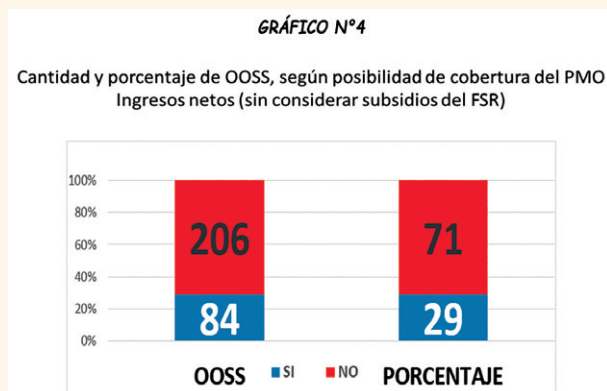
COMPARACIÓN ENTRE EL VALOR DEL PMO Y LA RECAUDACIÓN DE LAS OSN

En este apartado cumplimos el segundo objetivo de estos trabajos de actualización. El mismo consiste en comparar el valor del PMO financiado por los Agentes de Salud, actualizado en este caso al 31 de julio de 2022 (\$ 5.257,41) con la recaudación promedio por cada beneficiario del universo de OSN. Dicho promedio, de acuerdo a los datos de SSSALUD sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación por aportes y contribuciones, alcanza los \$ 4.472 tomando seis meses del 2022 para evitar distorsiones, debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones solamente.

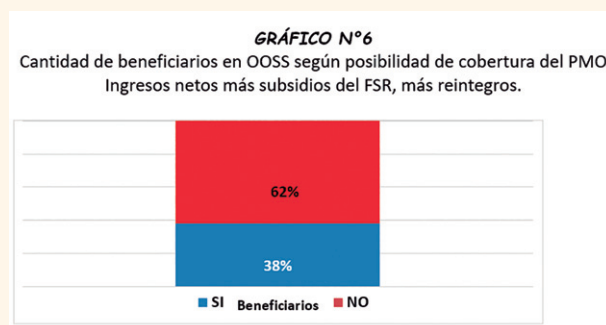
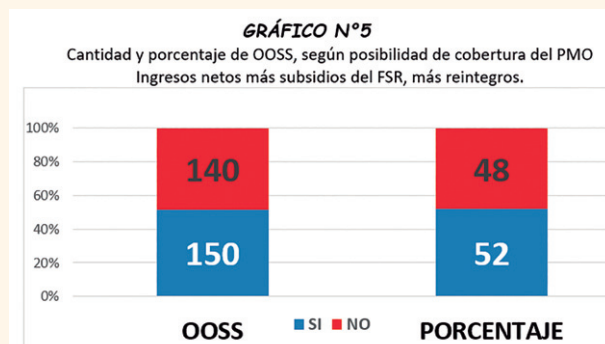
Se recuerda que la valorización del PMO no incluye el gasto de administración.

Respecto a los fondos aportados a las OOS por el FSR en concepto de subsidios y reintegros, este año supera los 3.000 millones mensuales. El valor recaudado promedio con todos los subsidios y reintegros ha sido de \$ 5.409 para el período considerado.

Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, al desagregar dicha información por OS vemos que solamente un 29% de dichas instituciones (84 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 71% restante (206 OSN) no alcanza el valor del PMO (Gráfico N° 4).



En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO dan cobertura solamente al 23% de los mismos mientras las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 77% de los beneficiarios del sistema.



En el Gráfico N° 5 y 6 se consideran además los ingresos provenientes del FSR por todos los subsidios y reintegros. Volviendo a hacer la salvedad que este año existieron nuevamente aportes de reintegros especiales SUR que no han existido en años anteriores al 2019, y con esos fondos se logró que el 52% de las OOS lleguen a cubrir el valor del PMO sin gastos de administración, lo que significa la cobertura solamente del 38% de los beneficiarios.

Este año (31 julio 2021 al 31 de julio 2022) el costo del PMO aumentó por debajo de la inflación y la Superintendencia aportó fondos extraordinarios al sistema. Es el tercer año consecutivo que ello ocurre. A pesar de ello solo 36 obras sociales más han podido cubrir el PMO respecto al 2019. Y menos aún que el 2022, a pesar de los aportes recibidos del SUR. Debemos entender que estos aportes son un hecho excepcional, que se ha dado en los últimos años, muy difícil de mantener y financiar en el tiempo y que, a pesar de ello, sólo el 52% de la OOS (38% de los beneficiarios) pueden cubrir el costo de un PMO sin gastos de administración, lo que marca la gravedad de la situación del subsistema. Como dato adicional que muestra la pérdida progresiva de equidad del sistema la cápita promedio del sistema de las OS que pueden cubrir el PMO es \$ 8.254 y el de las que no lo cubren es \$ 3.343.

Con subsidios, por el efecto compensatorio de los mismos, la cápita promedio de las que pueden cubrir el PMO es \$ 7.727, y las de aquellas que no pueden hacerlo es \$ 3.965.

CONCLUSIONES

Este trabajo corresponde a la duodécima actualización de la "Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el PMO", a partir del documento metodológico original correspondiente al año 2010.

Los ingresos de las diferentes Obras Sociales difieren sustancialmente entre ellas, tal cual puede visualizarse en esta investigación y más allá de los mecanismos de compen-

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

Los Seguros Sociales Obligatorios, cuyos ingresos son un porcentaje de los salarios (aportes y contribuciones), se vienen deteriorando año a año en relación a la evolución del costo de las prestaciones y al aumento de la inflación, y si no lo han hecho más, es por algunos aportes especiales desde la SSSALUD y desde el Estado.

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

Desde el 2010 hasta el 2022, para una inflación acumulada del 4.587,3% se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 5.822,7%. Es decir que en 11 años el valor del PMO ha superado a la inflación. Debe tenerse en cuenta que los tres últimos años los costos del PMO han sido inferiores a la inflación informada.

Sin considerar los coseguros, o sea tomando en cuenta solamente lo que financian los Agentes del Seguro de Salud, el PMO se ha incrementado en el período analizado en un 48% o sea en alrededor de un 23% por debajo de la inflación oficial.

El aporte promedio como gasto de bolsillo representa entre un 10 y un 14% del costo total del PMO 2022, según a que valor se tomen los coseguros autorizados, teniendo cada vez más peso los medicamentos ambulatorios en el aporte de bolsillo que hacen los beneficiarios, a pesar de la cobertura al 70% y al 100% de muchos de ellos.

Solo queremos agregar que los mecanismos solidarios tendientes a mejorar la equidad dentro del Seguro Social Obligatorio, siguen perdiendo relevancia año a año, marcándose cada vez más las diferentes capacidades financieras existentes entre las diferentes instituciones. El rubro medicamentos es el que sigue concentrando el mayor interés.

Según el análisis que hacemos en este trabajo para el 2022 el ingreso per cápita para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en \$ 4.472 por beneficiario/mes. Ello da como resultado que con estos aportes solo un 29% de las OOS (23% de los beneficiarios) tienen la posibilidad de cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Si incluimos todos los ingresos adicionales provenientes del FSR (subsídios y reintegros) este año el monto ha sido de \$ 5.409, observándose que sólo el 29% de las OOS sindicales (38% de beneficiarios) tienen los fondos suficientes para cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Una referencia especial al análisis del PMO y del Sector Privado Prestador

Durante varios años fuimos comentando que el costo del PMO que nosotros investigamos superaba año a año el de la inflación medida por IPC.

Ese incremento de los costos de insumos, medicamentos, salarios, impuestos etc. se fue trasladando al costo del PMO cuyo resultado es el producto de los indicadores o tasas de uso, y de los precios de mercado, o sea de lo que los prestadores y proveedores cobran a los financiadores. Ese parámetro se mantuvo hasta el análisis del 2019, donde se pudo visualizar la mayor diferencia acumulada entre costo del PMO e inflación.

Desde ese momento y hasta este análisis se ha observado una disminución importante de la brecha. Desde el 2020 y hasta ahora, año a año la inflación supera al costo del PMO, haciendo que en esta actualización la brecha se haya reducido sustancialmente.

Y eso no es porque se hayan reducido los costos de salud (De julio 21 a julio 22 el INDEC publicó una inflación en salud del 76,4%, y un aumento de insumos en salud del 67,5%). Es el PMO que solo se incrementó en un 48%.

O sea que el sector prestador no pudo compensar el au-

mento de sus costos en salud con los precios a facturar. Ha debido asumir aumento de costos que superaban ampliamente la recomposición de los ingresos. Aumentaron el déficit y debieron ajustar sobre la base de una estrategia única de costos, con lo que ello significa en los resultados de calidad de los productos. Eso ha hecho que la situación del sector prestador haya aun empeorado en relación a como estaba en 2019, 2020 y 2021.

Muchos de los prestadores han debido dejar de pagar obligaciones impositivas o previsionales, reducido sus planteles, no actualizando valores a los prestadores y proveedores en relación a la inflación, dependiendo para su subsistencia del mantenimiento de la ley de emergencia sanitaria.

Queremos delinear una explicación del problema de financiamiento del sistema del Seguro Social y de sus prestadores, que de alguna forma esclarezca la dificultad de la problemática. En los indicadores del IPC CABA como en los del IPC general se consideran componentes tales como costos de medicamentos, costos de aumentos de EMP, salarios, insumos etc. mientras que en nuestra metodología se toman los precios que efectivamente pagan los financiadores a los prestadores. Son dos perspectivas diferentes del análisis, uno de costos en salud y otro del costo del PMO para los financiadores. Hay un sector, y eso se visualiza claramente en esta investigación, que está financiando parte del desfasaje. Y como al mismo tiempo el monto del financiamiento del Sector del Seguro Social Obligatorio no alcanza (tal como lo mostramos en el análisis) el Sector Privado prestador absorbe parte del déficit, y para paliar la inevitable caída de la calidad, se comienza el cobro de aranceles diferenciados que paga el afiliado, primero en consultas y cirugías electivas, y progresivamente en todas las prestaciones. Podríamos definirla como una inflación de costos en donde se perforan los precios que puede soportar el sistema, y que termina impactando en la calidad que recibe y en los costos de los beneficiarios.

El Sector de la Medicina prepaga no es ajeno a la problemática. Dos tercios de sus afiliados provienen de la desregulación y si bien son en general los afiliados con sueldos más altos, los mismos también han caído en relación a la inflación. Para mantener sus planes y siendo que los consumos son diferentes al de los afiliados residuales de las Obras Sociales, deben pagar montos adicionales incrementales hasta el punto de lo autorizado por el gobierno. Ello ha producido pasas a planes más acotados y a veces regreso a la Obra Social de origen.

ADDENDA

Dada la alta inflación existente, se realizó, como en años anteriores, una simulación tendiente a determinar cuál sería el valor actual del PMO (a fines de noviembre 2022) financiado por los Agentes de Salud, a partir del valor obtenido a fin de julio 2022 en esta investigación. Se tomó en cuenta una fórmula ponderada que se ha desarrollado a tal efecto. Queremos resaltar, como prueba y como se ha referido en actualizaciones anteriores, que existe una diferencia importante en los valores obtenidos para el período julio 2021/julio 2022, entre esta metodología de actualización de fórmula ponderada y la investigación que realizamos anualmente. Es así que, utilizando esta fórmula, y partiendo del valor del PMO de fin de julio del 2021 (\$ 3.562,31) el valor resultante del PMO financiado por los agentes de salud, sería de \$ 6.133,5 o sea un 17% más que con la metodología habitual.

O sea, debemos remarcar que este tipo de actualización de fórmula ponderada solo debe ser usada como una referencia para restablecer valores en épocas de alta inflación, pero no suple ni presenta el grado de certeza que la habitual que realizamos. Con la misma metodología, se ha estimado que para el 30 de noviembre del 2022 el valor actualizado sería de \$ 6.575,3 o sea, un incremento del 25,1% respecto a los valores surgidos de este estudio al 31 de julio 2022. ■



ExpomedICAL 2023

19na. Feria Internacional de Productos
Equipos y Servicios para la Salud

Centro **COSTA
SALGUERO**
Buenos Aires

20 al 22 de
septiembre 2023

**PARTICIPE DEL MAYOR CENTRO
DE NEGOCIOS Y CAPACITACIÓN**



En conjunto con
20^{ava.} JORNADAS
de Capacitación Hospitalaria

 (54-11) 3692-5890
 info@expomedical.com.ar
   [expomedical](https://www.expomedical.com.ar)
www.expomedical.com.ar

ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN:

 **MERCOFERIAS S.R.L.**

LA ESPADA DE DAMOCLES

ACERCA DEL ACTO MÉDICO Y SANITARIO



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

La espada de Damocles es definida por el diccionario de la Real Academia Española como **una metáfora utilizada comúnmente para referirse a un peligro inminente y cercano al que se tiene**. Ese peligro ante el acto médico sanitario es el pensamiento de no cometer acciones que luego fuesen juzgadas como mala praxis en la legislación de responsabilidad profesional.

Aunque este autor considera que hablar de mala praxis ya es un acto de juzgamiento. La realidad de la relación con la familia, la información y los hechos de todo el equipo de salud como el ámbito sanitario de contención se suman.

Quiero compartir algunas recomendaciones de hace muchos años desarrolladas por el equipo del **Colegio de Médicos de Buenos Aires Distrito II**. Citarlas las considera este autor como una práctica legal que consiste en el ejercicio del derecho de autor con el objetivo de propiciar el libre uso y distribución de una obra, exigiendo que los concesionarios preserven las mismas libertades al distribuir sus copias y derivados.

Y cito textual...

“...La matrícula en tiempo y forma y toda la norma de atención médica en regla es indispensable ante cualquier demanda. Mantener actualizados los datos de filiación (domicilio profesional y particular); notifique cualquier cambio del mismo a la brevedad. La recertificación del título de especialista es importante para demostrar su idoneidad y actualización permanente en su especialidad. Confeccionar una historia clínica lo más completa y actualizada posible, incluso consignando las citaciones por consultorio externo y en especial aclarando si el paciente cumple o no con las indicaciones médicas. No olvide que todo acto médico debe ser registrado en la historia clínica y que esta es el más importante de los documentos médicos. Su omisión en caso de una demanda judicial actuará en su contra (lo que no se escribe no se hizo)...”.

“...Adecuar la complejidad de las prácticas que vaya a realizar a las posibilidades y recursos del centro asistencial

donde estas vayan a cumplimentarse. Cuando realice todo tipo de práctica quirúrgica o no, recuerde confeccionar y hacer firmar al paciente un formulario de consentimiento informado. Al realizar prescripciones o recetas hacerlo con letra clara y legible aclarando bien las indicaciones. Si ha tomado conocimiento de que en un centro asistencial se produjo alguno de estos hechos, comuníquese de inmediato telefónicamente con nuestro asesor letrado concurra a la consulta: Secuestro de historia clínica. Citación a sede policial o judicial. Pedido de informes sobre integrantes de una guardia o un servicio. Pedido de copias de: Partes quirúrgicos, Partes policiales, Libro de guardia u otro tipo de documento...”.

“...Notificaciones Judiciales en los lugares de trabajo Recuerde que NO corresponde la recepción de notificaciones dirigidas a su nombre en los lugares de trabajo pues vulnera su derecho de defensa y disposiciones del Código Civil y Procesal. Se ha detectado la recepción de cédulas judiciales, citaciones, cartas documento y hasta comunicaciones policiales dirigidas a nombre de profesionales médicos en lugares de trabajo. Esta irregularidad es incomprensible injustificada y vulnera no sólo el derecho de defensa del médico de raigambre constitucional, sino también expresas disposiciones del Código Civil y Procesal en la materia. Por ello este Colegio reitera a los directores médicos de todo centro asistencial, que instruya al personal administrativo para que concluyan estas anomalías. Sin perjuicio de ello, el médico debe notificar a su superior jerárquico que deberán extremarse los recaudos para no recibir en los lugares de trabajo notificaciones dirigidas su nombre...” (Dr. Moroni – Dr. Lo Grasso – 2022).

Por otro lado, **desde la microgestión**, otros ámbitos han generado convenios en Colegios de Abogados y Médicos, otros opinan que **el acuerdo implica aceptar la culpabilidad médica**. También y con respeto se ha analizado el papel de los peritos como **“los médicos del día después”** (Dr. Moroni, 2022).

Este concepto -con todo el respeto- trata de quien analiza el acto médico lo hace con toda la bibliografía, el tiempo, y la tranquilidad que el tiempo amerita. Suele a propósito ser útil realizar ateneos en relación a los casos conflictivos y aportarlos a la historia clínica teniendo en cuenta que ello importa al análisis de la documentación, la opinión de los pares como así a la situación de exposición del profesional (**El Arte de Curar, tomo II, Dres. Edgardo y Federico Moroni – 2022**).

Desde la macro y la mesogestión otros acercaron un concepto a los jueces, contarles qué era la medicina basada en la experiencia y el tránsito en la basada en la evidencia. Empezaron a comprender la diferencia entre un bien económico y un bien social (**Néstor Martin, COSSPRA 2022**).

La realidad es que según estadísticas de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal los amparos aumentaron un 41%. Un 30% de los amparos tiene que ver con la cobertura de nuevas tecnologías y un 70% por causas administrativas. “El que más preocupa es el de las nuevas tecnologías” (**Luis Scervino, COSSPRA 2022**).

¿El mero hecho de que exista una prescripción alcanza como prueba? ¿Qué pasa con la obra social que está del otro lado, a través de su auditoría, y es desestimada como prueba? “Muchas veces estas demandas se instalan con productos que no han generado las suficientes pruebas” (**Carola Musetti, COSSPRA 2022**).

Las fuentes y -citas textuales- como tales son referidas en el texto. ■

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



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.



www.scienza.com



technology Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.



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



La calidad es nuestra actitud.