

AÑO XXIV - N° 138 - ENERO 2024 - WWW.REVISTAMEDICOS.COM.AR

Medicina Global **Médicos**

La revista de salud y calidad de vida

**ANUARIO
2023
2024**

**Tendencias
2024**

GALENO

TODOPARA VOS.

Cuidamos la pasión de quienes dan todo.



Sponsor oficial de
Las Leonas y Los Leones



CONFEDERACION
ARGENTINA DE HOCKEY

sancorsalud.com.ar | 0810-555-SALUD (72583)



ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD inscrita en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) bajo el número 1137.
Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga - 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar



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. 6º 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

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)

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.

COLUMNA

¿ES POSIBLE MEJORAR LA SALUD EN UN MARCO DE RESTRICCIONES?

Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS

6

COLUMNA

¿QUEDARÁ EN LA HISTORIA?

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

8

VOCES

UN FALLO SOBRE PRESTADORES DENTRO Y FUERA DE CARTILLA

LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN Y LA VALORACIÓN DE LOS PLANES CERRADOS

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

10

OBRAS SOCIALES

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN LA SALUD ARGENTINA 2024

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

12

OBRAS SOCIALES NACIONALES: ¿QUÉ TIENEN? ¿QUÉ LES FALTA?

Por el Dr. Benjamín Surace - Gerente de Planeamiento de OSUTHGRA

14

ACTUALIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Por el Dr. Carlos A. Espelt - Director Médico - Construir Salud

16

LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD SE ABRE UNA NUEVA OPORTUNIDAD

Por el Dr. Gerardo F. Bernusi - Secretario de FAOSDIR

18

MEDICINA PREPAGA

EL BIENESTAR INTEGRAL COMO PILAR FUNDAMENTAL DE LA SALUD

Por el Dr. Fernando Werlen - Director General de Grupo SanCor Salud

20

¿LA DESREGULACIÓN SERÁ LA SOLUCIÓN A LA CRISIS DEL SISTEMA?

Por el Dr. Francisco J. Payeras - Gerente de Asuntos Legales y Relaciones Institucionales - Avalian Cobertura Médica- Miembro de la Cámara de Entidades de Medicina Privada (CEMPRA)

22

PRESTADORES

ANÁLISIS ECONÓMICO COYUNTURAL DEL SECTOR - AÑO 2023

Por el Cp. Jorge Cherro - Presidente de ADECRA

24

COLUMNA

BALANCE DE FIN DE CICLO: CUATRO AÑOS DE MINISTERIO DE SALUD

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

26

OPINIÓN

EL DILEMA DEL FINANCIAMIENTO

Por la Dra. María Sofía Granillo Fernández - Adscripta al Directorio de OSIM

28

PRIMERA PLANA

BARAJAR Y DAR DE NUEVO

Por el Lic. Patricio Pasman - Consultor de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga

30

COLUMNA

LA HISTORIA A CONTRAPELO: LA SANIDAD ENTRE EL PASADO Y EL FUTURO

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

34

OPINIÓN

EL MEDICAMENTO Y LA LÓGICA DEL MERCADO

Por el Prof. Dr. Sergio H. Del Prete - Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata. Argentina - Director de Economía Sanitaria. IPEGSA

36

COLUMNA

EL CONTRATO SOCIAL ARGENTINO

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

38

DEBATE

PROYECTOS PPP EN SALUD ¿LO QUÉ SE VIENE?

Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina. Director - Académico IPEGSA

40

OPINIÓN

LEGADOS...

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

42

COLUMNA

RC MÉDICA: LA PERSISTENCIA DE LOS RECLAMOS (PARTE III)

Por Fernando G. Mariona - CEO de RiskOut Consultora especializada en Responsabilidad Profesional Médica

44

DEBATE

¿QUÉ SUCEDIÓ EN LA ARGENTINA?

Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL - Universidad de Bologna

48

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.

A photograph of a man with a beard and short dark hair, wearing a grey t-shirt, holding a baby in his arms. The baby is smiling and looking towards the camera. The background is a blurred indoor setting. The entire image has a blue tint.

En el Sanatorio
de la Trinidad
nació Lucia y
nació un amor
que **durará**
para siempre.

TODO PARA ACOMPAÑAR TU PROPIA HISTORIA

GALENO

TODO PARA VOS

¿ES POSIBLE MEJORAR LA SALUD EN UN MARCO DE RESTRICCIONES?



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

El cambio de Gobierno efectuado el 10 de diciembre de 2023, supone no sólo nuevos funcionarios que reemplazan a los de la gestión saliente, sino también un abrupto plan de restricciones del gasto estatal para todas las áreas gubernamentales. El escenario de *shock* en la magnitud de las erogaciones será más agudo, por haber sido precedido por una gestión particularmente dispendiosa, sostenida por una inflación muy acelerada, emisión monetaria sin límites, subsidios a las tarifas de servicios y crecimiento injustificado del empleo público. El campo de la Salud fue específicamente afectado por la continua escasez de recursos en los servicios públicos, el manejo discrecional y fragmentado del conjunto de Obras Sociales (OS's) que integran la Seguridad Social (SeS), la intensa regulación de las empresas de Medicina Prepaga (EMP's) -sin embargo crecieron por la *tercerización* de los afiliados de mayores ingresos de las OS's sindicales- y normas restrictivas para la importación de insumos, que complicaron el normal funcionamiento de los servicios privados.

Podría pensarse que, en un marco de restricciones del gasto público, con el fin de reducir el severo déficit fiscal heredado, la situación en el sistema asistencial tiene inevitablemente que empeorar. De hecho, si el Gobierno Nacional limita las transferencias de fondos a las provincias, obligándolas a racionalizar -por carácter transitorio- el destino de sus gastos, las que no sean capaces de optimizar las asignaciones presupuestarias o promover nuevas inversiones, van a descargar sus carencias sobre las prestaciones a la población, que han comprometido. Cabe destacar que el centro de gravedad de las acciones sanitarias se encuentra en las provincias, tanto en la administración de los servicios públicos, en la gestión de las OS's de empleados provinciales y municipales, así como en la ejecución de los programas preventivos diseñados a nivel nacional. Pero se trata de 24 jurisdicciones, que pocas veces responden eficazmente a las directivas federales. Es necesario admitir -como punto de partida- que Argentina tiene un gasto global en salud -se estima alrededor del 10% del PBI, incluyendo gastos de "bolsillo"- que supera a los demás países latinoamericanos, aunque sus resultados en las estadísticas básicas son menores, comparándolos al menos con Chile, Uruguay y Colombia.

Si el mayor peso de la gestión de los servicios de salud lo soportan las provincias, dado que la Constitución Nacional les reserva la responsabilidad de administrarlos, la estrategia más apropiada resultará de fortalecer la capacidad de esas jurisdicciones para integrar los recursos territoriales. Es notoria la superposición de esfuerzos públicos y privados en muchas ciudades, a escasa distancia entre sí, de modo que la prioridad política consistirá en procurar que se articulen en forma complementaria. Las provincias intervienen en la mayor parte de los recursos de salud locales -servicios públicos y OS provincial- pero la jurisdicción nacional retiene la gestión del PAMI, las OS's sindicales (o nacionales) y

otras con mayor autonomía. La decisión estratégica más significativa será, entonces, *descentralizar* el PAMI -provincializando su gestión- y promover la organización de seguros provinciales de salud (SPS's). Por este medio las provincias ampliarían su poder de decisión a casi toda la población con cobertura. Si a estos instrumentos, se agregara la cobertura estatal de los habitantes sin capacidad contributiva, el SPS alcanzará a casi la totalidad de la población del territorio. Los propósitos de la autoridad sanitaria nacional deberán ser los de ordenar este proceso y articular al conjunto de las jurisdicciones y recursos.

Un componente indispensable de la integración de los servicios públicos y privados, será que los hospitales y centros de salud, ejerzan en autarquía sus tareas asistenciales, adaptándolos a la vigente Ley 17.102/67, desde la actual modalidad de "subsidio a la oferta" (gastos a cargo del Estado y atención gratuita para todos) a la de "subsidio a la demanda" (patrimonio del Estado y servicios arancelados según la cobertura), que es la tendencia mundial en el gerenciamiento de los nosocomios estatales. Este cambio estará facilitado por la circunstancia de que todos los usuarios gozarán de alguna cobertura (OS provincial, PAMI, OS's nacionales o cobertura estatal). El SPS dispondrá entonces de prestadores públicos y privados, que ejercerán su gestión con los mismos criterios administrativos, tal como ocurre en la SeS de los países industrializados. En esas condiciones, es esperable que los beneficiarios del SPS no concurren al hospital público como última instancia, como "ciudadanos de segunda", sino con derechos adquiridos por su "seguro".

Una función esencial de las autoridades nacionales, sería la de instrumentar una única tarjeta magnética de *seguro de salud* para toda la población -como las tarjetas de crédito-, que identifique al paciente, indique la entidad aseguradora (manteniendo la confidencialidad del *asegurador*), y permita facturar las prestaciones a la entidad correspondiente mediante un *posnet*. Para que esto sea posible, sería necesario que todas las organizaciones que integran la SeS, reciban sus fondos de una única entidad recaudadora, que debite las erogaciones a cada *asegurador*, tal como ocurre en Canadá, Alemania y otros países con modelos de SeS. Al mismo tiempo se podrían implementar normas generales de cobertura, controles de auditoría y regímenes de *premios y castigos*. También se ha reiterado la necesidad de una Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria. Las iniciativas en este sentido no han sido del todo eficaces, porque el resultado esperado al final del proceso evaluativo es la decisión sobre qué innovaciones deben cubrirse en función de su efectividad, y cuáles no implican verdaderos avances tecnológicos. Más allá de esas decisiones, será imprescindible afrontar la virtual *avalancha* de medicamentos de alto costo, sustentados en ingeniería genética y anticuerpos monoclonales, que amenazan la sustentabilidad de todos los sistemas de organización sanitaria. Un recurso fundamental sería la implementación de un *reaseguro de enfermedades catastróficas* para todos los regímenes de cobertura.

La dimensión de las reformas estructurales que es necesario resolver, excede las facultades y la capacidad de negociación de la autoridad sanitaria -sea Ministerio o Secretaría-, que sólo dispone de un Consejo Federal de Salud (CoFeSa) escasamente resolutivo, porque requerirá el acuerdo de autoridades electivas (gobernadores) o dirigentes de organizaciones no gubernamentales (p.ej. sindicalistas y empresarios) y, por supuesto, legisladores. Este amplio escenario resta importancia a la discusión sobre cuál debe ser el nivel jerárquico de la máxima autoridad de Salud. ■

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

- 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



¿QUEDARÁ EN LA HISTORIA?



Por el Dr. Rubén Torres (*)

Según el Nobel de economía 1973, Theodore Schultz, con la acumulación de capital humano, en inversiones en salud y educación, los países avanzan en productividad, hacen más sustentable su crecimiento y elaboran su desarrollo.

Pero nuestras condiciones macroeconómicas están en graves dificultades, con reducción de los niveles de ingreso de la población, aumento de la informalidad y la consecuente dificultad para acceder a servicios de salud por medio de la seguridad social.

Esto debería llevar a una redefinición de las fuentes de recursos: hasta hace unos años la tendencia era la incorporación de cotizaciones sociales basadas en el trabajo, hoy la tendencia es abandonar esa fuente de financiación de la salud con el trabajo (total o parcialmente) y su reemplazo por otras fuentes.

Teléfono para un Estado, que auténtico garante del derecho a la salud, no figura entre sus principales financiadores.

Así, el desafío de nuestro sistema de salud para extender la cobertura real garantizando una calidad homogénea en los servicios, genera discusión entre abocarse a una reforma, aumentar el gasto público sectorial, o aplicar “parches” para acallar “estallidos” coyunturales.

Esta última alternativa ha sido la más habitualmente elegida por las autoridades sanitarias. En los cuarenta años de democracia no se logró disminuir una inequidad, que resulta inaceptable para un régimen de estas características, y que dificulta alcanzar un crecimiento sostenido.

Los resultados dan cuenta, de ineficacias en las políticas y servicios, e irracionalidades que se manifiestan elocuentemente cuando otros sistemas consiguen más salud con el mismo, o menos dinero.

Todo sistema de salud tiene un modelo de gestión, su componente político, que define los valores que lo sostienen, sus prioridades, la función a desempeñar por el Estado (incluyendo la definición de los servicios a prestar por él y aquellos que se dejarán en manos del sector privado), y los límites de su poder de rectoría; un modelo de financiamiento, que define de dónde vienen los recursos, su asignación y (especialmente en un sistema federal como el nuestro), los mecanismos de transferencia desde los niveles centrales a los locales; y un modelo de atención, que establece la organización del trabajo (específicamente cómo y dónde se prestan los servicios).

Aunque resulta un error abordar el análisis del sistema de salud solo desde la perspectiva del financiamiento, los problemas de fondo preexistentes del sistema encubiertos durante la pandemia con aportes extraordinarios y menor consumo prestacional, y antes de ella con auxilios circunstanciales, se manifiestan hoy magnificados.

La discusión enunciada más arriba entre adoptar un cambio de rumbo o la aplicación de medidas coyunturales resulta indiferente en nuestra situación actual (y me atrevería a decir, que en todas las anteriores): deben aplicarse una serie de medidas coyunturales, pero con un claro sentido de cambio del rumbo.

Cabe mencionar el caso de la seguridad social nacional, donde la recaudación mensual promedio alcanza solo el 85% del costo del PMO, tomando en cuenta solo los aportes y contribuciones, pero solo el 29% de los agentes recauda lo suficiente para la cobertura del mismo, y contiene al 22% (poco más de 3 de los 14 millones de beneficiarios).

El llamado Fondo Solidario de Redistribución desmiente su condición de solidario y redistributivo, pues aplicados sus recursos, solo el 42% de los agentes alcanza a cubrir el PMO, cobijando a menos de 6, de los 14 millones de beneficiarios del sistema.

Se debieran corregir subsidios distorsivos como el SUMA, que otorga más fondos per cápita a beneficiarios de obras sociales con ingresos medios tres o cuatro veces superiores, que, a otras, que reciben menos, aun a igualdad del número de beneficiarios. O que increíblemente sostiene con subsidios per cápita cinco o más veces superiores a obras sociales de menos de mil beneficiarios, cuya capacidad de cobertura y sostenibilidad es inexistente.

Si las prestaciones de discapacidad se trasladaran al auténtico responsable de estas (el Estado nacional), que posee una agencia destinada al efecto, sin afectar ninguno de los derechos garantizados en la ley 24.901, y el alto costo pasara a ser cubierto por un fondo único y común para todos los ciudadanos (sin tomar en cuenta su cobertura), el 84% de las obras sociales, y el 80% de sus beneficiarios (12 millones) podrían cubrir el PMO.

Esta última medida contribuiría además a dirimir el dilema de asignación de recursos entre la equidad y la incorporación de tecnología innovadora: pues cuando se prioriza lograr condiciones de acceso, financiamiento y resultados de salud similares para todos; los recursos no alcanzan para incorporar nuevas tecnologías; y cuando se busca favorecer la excelencia de la respuesta, es muy difícil lograr su disponibilidad para toda la población.

Una cobertura de estas características contribuiría a despejar esta intolerable inequidad. Es imprescindible optimizar el sector estatal, responsable de la atención de más del 35% de la población, ordenarlo para trabajar coordinadamente sectores provinciales, municipales, OOS provinciales, y participar en esquemas de articulación público-privada.

Cabría discutir además si resulta justificable tener delegaciones provinciales de PAMI y de la Superintendencia, con funciones que perfectamente podrían coordinarse. O si deben cubrirse al 100% medicamentos de dudosa efectividad, y a todos los beneficiarios de un subsistema... o sólo aquellos de imprescindible necesidad y a aquellos beneficiarios con dificultades ciertas de acceso.

Durante la pandemia se revalorizó entre la población en general y en el propio sector el rol de la salud pública, y se consiguió una buena integración público-privada, funcionando en redes mixtas que minimizaron temporalmente las fuertes inequidades.

Pero todo quedó en la historia. La equidad implica lograr que todos los argentinos tengan respuestas equivalentes en calidad y efectividad. O en términos ético-democráticos: no tolerar unos servicios de salud para pobres y otros para ricos.

Aliento la esperanza de que no quede en la historia. ■

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



**+ DE 730
PACIENTES**

FALTAN AL DÍA
A SU CONSULTA.

Si no podés asistir,
cancelá tu turno en

miportalclnicas.com.ar

★
Clínica
Santa Isabel

✿
Clínica
del Sol

★
Clínica
Bazterrica

★
Centro
Médico
Bazterrica

Centro
Médico
Santa Rita

UN FALLO SOBRE PRESTADORES DENTRO Y FUERA DE CARTILLA LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN Y LA VALORACIÓN DE LOS PLANES CERRADOS



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

Nos pareció interesante compartir con los lectores este fallo dictado en el mes de diciembre pasado por la Cámara Federal de Apelaciones de la Provincia de Entre Ríos, con sede en la Ciudad de Paraná ⁽¹⁾, para vincularlo en el análisis con otra decisión definitiva, en este último caso de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

El pleito es iniciado por los herederos de un beneficiario de una obra social, que reclaman los daños y perjuicios derivados de lo que la familia considera se debió a una falta de atención. Reclama gastos farmacéuticos, médicos, sanatoriales y de traslado, sumado a ello el daño moral y el daño psicológico.

En primera instancia, la demanda prosperó por alguno de los rubros (los gastos médicos y de internación) y fue rechazado el reclamo de daño moral y psicológico.

La obra social condenada apela ante la Cámara, que dicta la sentencia que aquí se comenta. Sucintamente, el agente del seguro de salud funda su memorial ante la Alzada en que no se acreditó la privación de la prestación de los servicios de salud. Asevera que lo que ocurrió fue una autoexclusión de cobertura. Que la obra social cuenta (y contaba) con prestadores adecuados para el tratamiento de la patología de quien había sido afiliado de la entidad y que no se acreditó en ese expediente lo contrario.

En la particularidad del caso, el Tribunal de Alzada ha valorado las constancias acompañadas por la parte actora, señalando expresamente que los profesionales y las instituciones no eran prestadores de la obra social.

Al decidir en este sumario, la Cámara Federal de Apelaciones de la Provincia de Entre Ríos hace una valoración de las obligaciones a cargo de las obras sociales, señalando expresamente que *“la libre elección de prestadores por parte de los afiliados no integra el régimen de obligaciones a cargo de las obras sociales”*. Sigue diciendo que *“En efecto, el principio general de la materia está previsto en la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud, que sienta que “los agentes del Seguro de Salud... garantizarán a través de sus prestadores propios o contratados la cobertura y acceso a todas las prestaciones incluidas en el presente catálogo”*.

Señala también la Cámara que no se encuentra acreditado en ese expediente que los prestadores (fuera de cartilla) a

donde fue derivado el entonces afiliado hayan sido los únicos que podían brindarle adecuada atención, haciendo aplicación del principio rector en materia procesal que dice que incumbe a quien hace una afirmación la carga de probarla (art. 377 del Código procesal Civil y Comercial de la Nación).

Decíamos al principio que proponemos vincular a este caso con un fallo de la CSJN dictado en febrero de 2023. ⁽²⁾

En este segundo decisorio, el máximo tribunal interviene por vía del recurso extraordinario frente a un fallo de la Cámara Federal de Mar del Plata en el que considera que la apelante (la obra social) llevó a consideración de la Cámara una serie de agravios que no fueron atendidos. También se trata de un supuesto de cobertura brindada por prestadores que no estaban incluidos en la cartilla.

Específicamente, señala que la decisión de primera instancia se había apartado de las disposiciones estatutarias y reglamentarias que determinan que la obra social se halle legalmente obligada a brindar las prestaciones requeridas sólo en el marco de un plan cerrado con sus prestadores y hasta el valor previsto de aquéllas.

Continúa señalando la Corte que *“este planteo exigía al tribunal de alzada una especial consideración respecto de las normas aplicables al caso”*. Continúa sosteniendo que *“No obstante, lejos de satisfacer esa exigencia constitucional, el fallo se exhibe dogmático y, en lo sustancial, omite el examen de aquellas disposiciones, las que aparecen estrechamente vinculadas a la concreta situación fáctica suscitada en estas actuaciones”*.

Finalmente, la Corte hace hincapié en algo sobre lo que venimos sosteniendo desde hace mucho tiempo: que muchas decisiones judiciales carecen de fundamento incurriendo en afirmaciones dogmáticas en materia de reclamos de salud por el sólo hecho de ser de salud.

En este caso, sostiene el máximo Tribunal que *“reclamaciones fundadas en la tutela del derecho a la salud, en esta clase de asuntos no hay razones que justifiquen eximir ni mitigar el deber de fundar las sentencias que pesa sobre los Tribunales de justicia de la República. De ahí, pues, que es enteramente aplicable la exigencia arraigada en la Constitución Nacional y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos de que los fallos cuenten con fundamentos consistentes y racionalmente sostenibles, al encontrarse comprometidas las garantías de defensa en juicio y de tutela judicial efectiva de las partes, además de que al expresarse las razones que el derecho suministra para la resolución de las controversias se favorece la credibilidad de las decisiones tomadas por el Poder Judicial en el marco de una sociedad democrática”*.

En síntesis, consideramos valiosa la interpretación judicial que analiza objetivamente los fundamentos que desarrolla cada parte del proceso y que no aplica decisiones de modo dogmático, sobre la base de los argumentos esgrimidos solo por una de las partes. ■

Referencias:

(1) UDRIZARD, FERNANDA ANDREA C/OSPIM s/daños y perjuicios, expediente n10857/2017, sentencia del 14 de diciembre de 2023.

(2) N,M G/A, c/Obra Social del Poder Judicial de la nación s/ leyes especiales, FMP 24060/2019/2/RH1.

**Junto a vos,
a lo largo de tu vida.**

osde

www.osde.com.ar



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

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN LA SALUD ARGENTINA 2024



Por el Dr. Carlos Felice (*)

En el horizonte del 2024, la salud en la Argentina enfrenta una serie de desafíos que requieren una cuidadosa reflexión y acción. En este contexto, el Programa Médico Obligatorio (PMO), que establece las prestaciones médicas para los afiliados de las Obras Sociales Sindicales, se erige como un componente crucial. Sin embargo, su estatus no legislativo plantea interrogantes sobre la estabilidad y eficacia del sistema.

Al mismo tiempo, el exitoso modelo colombiano, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y su Plan Obligatorio en Salud (POS), ofrece lecciones valiosas. En este análisis, los invito a explorar los desafíos y las oportunidades en la salud argentina y cómo la transformación del PMO en ley, inspirada en el caso colombiano, podría ser una senda hacia un sistema más robusto y equitativo.

Desafíos en la salud argentina 2024: un análisis crítico

- 1. Complejidad normativa:** el PMO, aunque fundamental, opera bajo normativas y resoluciones, lo que podría generar inestabilidad y falta de claridad en el acceso a la atención médica. La falta de una base legal sólida puede resultar en cambios bruscos y dificultades en la planificación a largo plazo.
- 2. Transparencia y fiscalización:** la falta de una ley que respalde el PMO puede generar desafíos en términos de transparencia y fiscalización. Sin disposiciones legales específicas, el control efectivo sobre el cumplimiento del PMO por parte de las Obras Sociales Sindicales podría ser insuficiente.
- 3. Protección de derechos:** la protección de los derechos de los beneficiarios podría verse comprometida en situaciones de disputas o problemas con la cobertura, ya que la ausencia de una legislación específica puede dejar lagunas en la defensa de los derechos de los afiliados.

Ventajas de declarar el PMO como ley: un rumbo hacia la estabilidad

- 1. Estabilidad y permanencia:** declarar el PMO como ley proporcionaría una base legal sólida y duradera, brindando

estabilidad y continuidad en sus disposiciones a lo largo del tiempo. Esto aseguraría una atención médica consistente y de calidad para los trabajadores sindicalizados.

- 2. Transparencia y predictibilidad:** una ley clara establecería los derechos y obligaciones de las Obras Sociales Sindicales y los beneficiarios, proporcionando transparencia y predictibilidad en términos de cobertura médica. Los afiliados podrían planificar y acceder a la atención de manera más informada.
- 3. Control y fiscalización efectiva:** la legislación permitiría incluir disposiciones específicas para el control y fiscalización del cumplimiento del PMO. Esto garantizaría una atención médica de calidad y reforzaría la responsabilidad de las Obras Sociales Sindicales.
- 4. Protección reforzada de derechos:** una ley fortalecería la protección de los derechos de los beneficiarios del PMO, facilitando su acceso a los servicios de salud. En casos de disputas, la legislación proporcionaría un marco claro para la resolución de conflictos.

Lecciones desde Colombia: el éxito del POS en el SGSSS

El caso colombiano ofrece una perspectiva valiosa. La implementación del SGSSS y el POS en 1993 buscó la cobertura universal y la competencia por calidad en lugar de precios. Sin embargo, enfrentó desafíos relacionados con la brecha de la demanda y la complejidad del MAPIPOS.

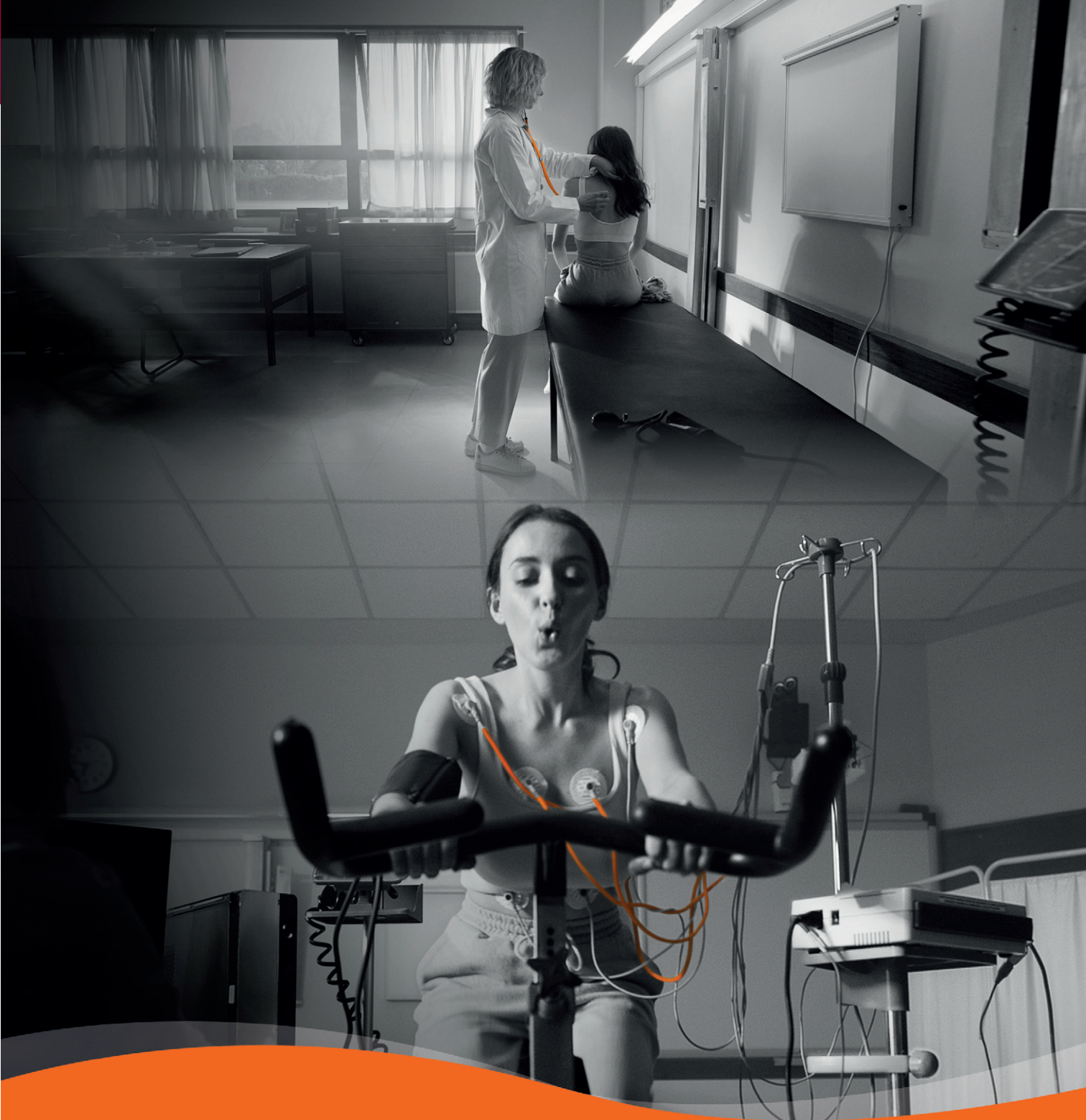
Adaptando lecciones colombianas a la realidad argentina: transformando el PMO en ley.

- 1. Equilibrar competencia y calidad:** la experiencia colombiana destaca la importancia de equilibrar la competencia y la calidad en la atención médica. La Argentina podría tomar esta lección al transformar el PMO en ley, fomentando la competencia basada en la calidad de los servicios.
- 2. Evaluación continua:** siguiendo el ejemplo colombiano, la Argentina podría incorporar un sistema de evaluación continua del PMO para ajustarse a las cambiantes necesidades y avances médicos, evitando problemas de interpretación y judicialización.

En el umbral del 2024, la salud en la Argentina se encuentra en una encrucijada. La transformación del PMO en ley se perfila como un paso crucial hacia un sistema más estable, transparente y protector de los derechos de los afiliados.

Inspirados por las lecciones colombianas, la Argentina tiene la oportunidad de liderar una evolución en la atención médica, garantizando un futuro más saludable y equitativo para todos. ■

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



Respirar. Cuidar. Vivir.

Medifé

cobertura médica

medife.com.ar

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

OBRAS SOCIALES NACIONALES: ¿QUÉ TIENEN? ¿QUÉ LES FALTA?



Por el Dr. Benjamín Surace (*)

¿QUÉ TIENEN?

Desarrollan su actividad cumpliendo lo dispuesto por la ley de Obras Sociales N° 23.660 y como Agentes del Seguro de Salud conforme lo dispuesto por la ley N° 23.661, las normativas del Ministerio de Salud de la Nación y de la Superintendencia de Servicios de Salud, que las regula y controla.

El 61% de la población de la República Argentina tiene la cobertura de las Obras Sociales Nacionales.

La actividad se ajusta a los Programas Nacionales de la Salud Pública:

- ✓ De vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.
- ✓ De seguridad del paciente (2022).
- ✓ Herramientas para la autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud.
- ✓ Proceso de reconocimiento como establecimiento de salud comprometido con la calidad-laboratorio de análisis clínicos (2023).
- ✓ El registro de aproximadamente 6.000 enfermedades poco frecuentes, efectuado por resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación.

Anualmente se actualiza el PLAN MEDICO ASISTENCIAL, que contiene el modelo de atención integral en salud; la planificación de los programas de prevención, los indicadores sanitarios, las tasas de uso, el diagnóstico de estado de salud de los beneficiarios, (Control de embarazos, enfermedades crónicas, neoplasias, etc.) y el mapa prestacional, que incluye la red de efectores para cada jurisdicción y la población con cobertura, para ser aprobado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Se brindan los informes solicitados por la autoridad de aplicación referente a cirugías de adecuación de género, interrupción del embarazo (ILE y IVE), salud mental y adicciones y violencia de género. Se brinda cobertura en los medicamentos al 100% para estas enfermedades y condiciones: diabetes, HIV, anticoncepción, epilepsia, autoinmunes, TBC, miastenia gravis, tratamiento del dolor, anticoagulantes, sensores plan DBT, cirugías identidad de género, implante subdérmico (Chip Anticoncepción), DIU, bolsas de colostomía, discapacidad.

También se cubren al 100% los tratamientos con medicamentos de muy alto precio: enfermedades metabólicas, hemofilia, fibroquística, hipertensión pulmonar, oncológicas, autoinmunes, hepatitis B y C, esclerosis múltiple, dermatitis atópica, hormona de crecimiento, onco-hematológicas, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, artritis, psoriasis, trasplantes, maculopatías, uveítis, lupus.

Existe un subsidio de la Superintendencia, creado para estos tratamientos, por medio del PLAN SURGE (ex Sur, ex APE) que se forma con un porcentaje de los aportes y contribuciones de los afiliados, pero se han limitado parcialmente, porque con parte de esos recursos se subsidian prestaciones de discapacidad, y de educación y transporte, que en realidad deberían ser controlados y financiados por los Ministerios de Educación y Transporte.

¿QUÉ LES FALTA?

1. Que se reconozca que nuestro país con extenso territorio muestra en el conjunto, una importante disparidad en la oferta de servicios de calidad, con regiones carentes de agua potable y servicios sanitarios, que condicionan enfermedades previsible; no olvidando que los recursos financieros no son infinitos.
2. Que se sepa que los recursos de las obras sociales nacionales están acotados a los aportes y contribuciones que fijan las leyes sobre la materia, siendo necesario que el Estado contribuya cuando ciertos medicamentos y tratamientos de alto costo son de difícil cobertura.
3. Que se tenga en claro que la obligación del Estado de acudir a cubrir dicha cobertura no es una liberalidad de los gobiernos, sino una obligación que le fijan los artículos 1° y 2° de la ley N° 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
4. Que no se ignore, que nuestro país tiene recursos humanos de profesionales que han perdido la motivación y el interés en prestar servicios en atención primaria de la salud y buscan nuevos horizontes o especializaciones que le permitan una mejor remuneración, incluso con traslados temporarios a los países vecinos. El problema prioritario por resolver es el poco interés evidenciado en las inscripciones para las residencias médicas y la falta de profesionales especialistas, como se viene advirtiendo en pediatría y clínica médica.
5. Que se contemple que la salud se encamina en el mundo a la medicina de precisión que involucra correcciones genéticas. En el contexto de quebranto económico que atraviesa la Argentina, es importante avanzar con mayor celeridad en la evaluación de las nuevas tecnologías sanitarias que involucran tanto a medicamentos como a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y la incorporación de la inteligencia artificial.
6. Que aprendamos de algunos países más desarrollados en la materia, que regulan la introducción de nuevos medicamentos o de nuevas tecnologías, que generalmente proviene de productores monopólicos, con la actuación de una AGENCIA DE EVALUACIÓN que fija las condiciones en que se incorporan a la oferta aceptada y la negociación del precio, y si fuere necesario, enfrentar a un monopolio con un monopsonio del Estado.
7. Que el Congreso Nacional concrete mediante la jerarquía de una ley, la conversión de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología actualmente integrada por profesionales voluntarios, en una verdadera Agencia Nacional, -que es la herramienta que utilizan los países más avanzados-, que le permita fijar las pautas obligatorias, para aceptar e incorporar medicamentos y tratamientos en la Argentina y sirva de guía y orientación a las autoridades y a todos los sectores públicos y privados.
8. El compromiso de actualizar en forma inmediata LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO para que toda la tecnología se utilice en forma efectiva y eficiente y optimizar el uso de los recursos disponibles. ■

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

SOMOS EXPERTOS EN CIENCIAS DE LA SALUD.



ESPECIALÍZATE CON NOSOTROS

A DISTANCIA

- Diplomatura en **Dermatología Oncológica**.
- Diplomatura en **Didáctica y pedagogía en áreas de la salud**.
- Diplomatura en **Obesidad**.
- Diplomatura en **Rehabilitación Neurológica**.
- Curso en **Medicina del Dolor**.
- Curso Teórico - Práctico de **Soporte Nutricional**.
- Curso de **Gestión y Marketing de emprendimientos de salud**.
- Diplomatura básica de **Ecografía y Doppler para médicos generalistas**.
- ★ Para profesionales que requieren mayor autonomía y flexibilidad con una plataforma ágil e interactiva.

PRESENCIALES

- Doctorado en **Ciencias de la Salud**.
- Maestría en **Gerontología Clínica**.
- Maestría en **Neuropsicofarmacología Clínica**.
- Maestría en **Salud Pública**.
- Especialización en **Medicina Legal**.
- Especialización en **Nutrición**.
- ★ Para profesionales que buscan interacción entre pares y el desarrollo de vínculos con expertos de disciplinas varias.

ACTUALIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Por el Dr. Carlos A. Espelt (*)

El 2023 ha sido un año relativamente estable para el sistema de las OOSS de las leyes 23.660 y 23.661, lo que quiere decir una discreta mejora financiera si bien los problemas de arrastre siguen siendo más o menos los mismos.

Entre ellos las interminables negociaciones de los aumentos de precios con el sector prestador contratado. El rubro discapacidad -y dentro de él la cuestión de los transportes- continúa siendo una importante carga económica para el sistema, lo mismo que la educación especial.

Ambos asuntos vienen de años sin cambio; la posición histórica de las OOSS es que ese tipo de prestaciones deberían ser asumidas por los respectivos Ministerios por entender que les incumbe por la propia naturaleza de esos servicios que le restan recursos al FSR, recursos que se podrían asignar a mejorar, por ejemplo, los programas preventivos que las OOSS deben desarrollar en forma obligatoria.

Incidentalmente, el desarrollo por parte de cada una de las obras sociales del sistema, de programas preventivos -que en muchos casos se superponen con programas nacionales o provinciales- implica una prestación que puede ser altamente eficaz y efectiva pero poco eficiente, dado que no se articula con las demás entidades del sistema lo que implica una duplicidad de esfuerzo y costos.

Más aún, este tipo de programas pocas veces tienen efectividad razonable si no se dispone de servicios propios en el I Nivel, dado que su baja rentabilidad no es atractiva para el sector privado.

Por otra parte, la articulación entre sí de las entidades de OS y/o con el subsector público no es predominante en la gestión del sistema, por ejemplo, en materia de evaluación de proveedores de servicios, o coordinación de programas; es otra materia faltante.

Se reitera en cuanto foro de OOSS hubiere, que el sistema de salud argentino puede ser eficaz, pero es poco eficiente. Se dice sin mayor evidencia concreta, aunque quizás cierta evidencia empírica, que recursos hay, pero se usan mal o en forma ineficiente, un concepto estereotipado que se suele aplicar a todo nuestro sistema de salud en forma indiscriminada.

Más allá de la no demostración de esta hipótesis, la fragmentación del sistema no puede ser negada por cuanto es visible para todos. Es interesante que nunca se deja de mencionar esta cuestión como parte del diagnóstico general y todos estaríamos de acuerdo.

Simplemente no parece que la podamos resolver en el corto o mediano plazo, y aunque se lo intentara con una fuerte y perdurable decisión política que superara los tiempos de los diferentes gobiernos, se podría demorar años en lograr resultados más o menos satisfactorios. Siempre estaríamos en el que "hay que empezar".

La situación de llevar los aportes de los beneficiarios monotributistas en el sentido de relacionarlo con el tipo de actividad / ingresos que perciben en relación con aquella, tal como los afiliados comunes, continúa sin cambios.

Quizás la exigencia prestacional de esta subpoblación, como de otras similares, es superior a la de aquellos, lo que amerita sin duda un análisis profundo para evitar fenómenos indeseables tales como la selección adversa y la solidaridad invertida. Otra deuda pendiente.

Se pueden hacer muchas críticas a nuestro sistema de OOSS, pero su diseño original, la creación del FSR, el PMO y otros instrumentos no podrían ser cuestionables más allá de ciertos yerros en la praxis.

Pero, como con los estados contables, los problemas se trasladan o transportan de un año al siguiente, a veces con algunos avances, a veces con algunos retrocesos, y cada cambio que se pueda proponer ha de estar influenciado casi siempre por el contexto político.

Para 2024 podría haber un giro copernicano de las formas de hacer gestión pública y el sistema de salud no podrá estar ajeno a ello.

El sistema de salud en general y el subsistema de las OOSS en particular debe actualizarse, pero sin quebranto de sus principios básicos de equidad, solidaridad y universalidad.

Por ejemplo, ningún mercado va a resolver las externalidades negativas del enfermo de tuberculosis que vive modestamente en una villa de emergencia.

Las EMP, tampoco lo van a hacer, pero las OOSS sí lo hacen de hecho o bien lo hace el propio Estado. No hay casi indicios de como habrán de ser las políticas en salud para los años venideros.

Hemos escuchado hablar de pagos por parte de los individuos, pero la salud es un bien preferente, es decir, aquel tipo de bien al que la sociedad le asigna tal valor que lo otorga a un costo muy bajo o sin costo; hemos escuchado acerca de los vouchers, como subsidio a la demanda y no a la oferta, lo cual como concepto en abstracto no parece discutible.

La incógnita es como se podría implementar en medio de la variedad de situaciones clínicas, la heterogeneidad de la población y de sus necesidades y de los problemas de instrumentación en la práctica dentro de nuestro burocrático modo de vivir donde cada trámite oficial puede ser una pesadilla. ■

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

100% de cobertura en **Anticonceptivos**

Tenés derecho.

www.ospat.com.ar/anticoncepcion



OSPAT
Te lo garantiza
Ágil y Simple

LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD SE ABRE UNA NUEVA OPORTUNIDAD



Por el Dr. Gerardo F. Bernusi (*)

Es un consenso general que el Sistema de Salud enfrenta una de las peores crisis en su historia, afectando a todos los actores involucrados, ya sean financiadores o prestadores. Ante esta difícil realidad, la Federación Argentina de Obras Sociales para el Personal de Dirección (FAOSDIR) ha trabajado intensamente para analizar y proponer soluciones a los distintos problemas que afectan al sector.

El resultado de este esfuerzo es un documento estratégico que identifica las principales dificultades del sistema, en especial aquellas que afectan su equidad y sostenibilidad, y propone reformas para abordar cada una de estas problemáticas.

Se acompaña al final del presente el enlace al Documento Estratégico de FAOSDIR⁽¹⁾ que permite analizar el trabajo realizado juntamente con las distintas mesas técnicas de nuestra organización y que contempla también propuestas para que sirvan de disparadores en el camino hacia una reforma que garantice la sustentabilidad sin perder los principios de equidad y solidaridad dentro del marco de la seguridad social.

Dentro de este escenario, la judicialización de la salud emerge como una de las causas que erosionan los recursos financieros y amenazan la equidad del sistema. La proliferación de amparos, que no solo aumentan los costos institucionales, sino que también distorsionan la cobertura, plantea la necesidad de reflexionar sobre el papel de la justicia en relación con las normativas y su impacto presupuestario.

Es fundamental cuestionar si los jueces deben ceñirse estrictamente a las normas priorizando la celeridad en el caso de los recursos de amparo, o si deben considerar el impacto de sus decisiones en todo el sistema, incluyendo las fundamentaciones científicas y evidencias técnicas como también las implicaciones presupuestarias vinculadas a la eficiencia de las tecnologías y tratamientos reclamados.

La judicialización, al desviar recursos, amenaza la equidad del sistema, especialmente afectando a los sectores más vulnerables y con mayores necesidades de atención médica.

La reforma constitucional de 1994 elevó el derecho a la salud al nivel de un derecho fundamental, respaldado por diversas vías legales. Sin embargo, la judicialización ha introducido desafíos, poniendo de manifiesto la necesidad de un equilibrio entre el derecho legítimo a reclamar y la responsabilidad de garantizar la eficacia y seguridad de los tratamientos.

Para abordar esta problemática, se ha implementado el Registro de Amparos de Medicamentos de Alto Precio, dependiente del Ministerio de Salud, desde el año 2020, analizando los procedimientos judicializados para evaluar la demanda de tecnologías de salud.

Los informes generados proporcionan información crucial sobre la distribución geográfica y etaria de los pacientes, costos y otros datos relevantes.

Según el registro, más del 60% de las prestaciones otorgadas por este medio corresponden a enfermedades poco frecuentes, concentrándose el 90% de los costos en solo 10 medicamentos. Este instrumento resulta crucial para comprender la desfinanciación generada por la judicialización y la concentración de los reclamos en áreas urbanas.

La creación de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC) en 2018 y, posteriormente, de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Excelencia Clínica (CONETEC) en 2023, ha sido un paso importante para revertir la desnaturalización de la prestación de salud a través de litigios. Estas comisiones se centran en evaluar la eficiencia de medicamentos y tecnologías, considerando aspectos éticos, médicos, económicos y sociales.

Dentro de este contexto se ha creado un nuevo mecanismo de participación de las instituciones en los procesos judiciales. El Consejo de Asistencia Técnica para Procesos Judiciales de Salud (CATPROS), creado mediante Decreto 468/23 bajo el ámbito del Ministerio de Salud, significa un importante hito en este transitar hacia el equilibrio entre la necesidad y el derecho.

Brinda asesoramiento técnico en casos de reclamos por medicamentos, tratamientos innovadores y tecnologías sanitarias. Este Consejo, integrado por profesionales de la salud, actúa en conjunto con la CONETEC para proporcionar información técnica al Poder Judicial sobre la pertinencia y conveniencia de la utilización de tecnologías sanitarias en todo tipo de procesos, incluso los amparos.

La normativa establece que los informes emitidos por estas entidades son no vinculantes, pero su peso radica en la evidencia científica y la experiencia, respaldando la conveniencia de una indicación profesional sin desmedro de la sustentabilidad del sistema y la calidad de la atención. Aunque es facultativo para los jueces someterse a este criterio, el prestigio y la imparcialidad de las instituciones que lo integren pueden fomentar su uso como herramienta procesal antes de dictar sentencias.

Reconocemos la importancia de proteger el derecho a la salud y garantizar servicios y tecnologías de calidad para toda la población.

La legislación se encuentra avanzado hacia la mitigación de la judicialización, entendiendo la necesidad de equilibrar el garantismo con la defensa de intereses legítimos.

En esta transformación hacia una modificación sustentable, la creación de organismos especializados y la implementación de herramientas judiciales más informadas son pasos cruciales para superar la crisis actual del Sistema de Salud. La nueva normativa crea una ventana legal para utilizarla en todos los expedientes en los que seamos parte.

Debemos como gestores activos desde nuestras cámaras y organizaciones aprovechar esta oportunidad motivando la actuación de nuestros profesionales proponiendo su incorporación a todos los procesos, y desde nuestros cuerpos técnicos ingresar en las mesas de trabajo de estos nuevos organismos para garantizar su eficiencia.

El cambio depende también de nosotros. ■

(1) https://www.faosdir.org.ar/file/noticias/documento_estrat%C3%A9gico_faosdir.pdf

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

Conocé nuestras carreras.

•Tecnatura Universitaria
en **Biotechnología**

•Tecnatura Universitaria
en **Bioingeniería**

Abierta la Inscripción

iudpt.edu.ar

"Autorizado provisoriamente por Decreto del PODER EJECUTIVO NACIONAL N° 107/2021-APN-PTE,
conforme lo establecido en el artículo 64 inciso c) de la ley N°24.521"

Estudiá en el

U IUDPT
Educación para la era
del conocimiento

EL BIENESTAR INTEGRAL COMO PILAR FUNDAMENTAL DE LA SALUD



Por el Dr. Fernando Werlen (*)

En el corazón de la medicina moderna, más allá de diagnósticos y tratamientos, se encuentra una mirada que trasciende las fronteras de lo clínico: el bienestar.

En un contexto donde lo médico a menudo se limita a intervenciones curativas, el bienestar emerge como un concepto integral que abarca la totalidad del individuo: física, mental y emocionalmente. Y desde hace unos años, en SanCor Salud nos hemos embarcado en un viaje para redefinir la atención médica como un continuo compromiso con la salud.

El mundo enfrentó grandes desafíos a nivel de sanidad, y los seguirá teniendo hacia adelante. Desde aquellos referidos a los problemas de sueño, el estrés laboral y burnout, hasta las preocupaciones relacionadas con la salud mental, la nutrición, la falta de información para la prevención e incluso el acceso desigual a la atención médica.

Y en ese sentido, desde SanCor Salud reconocemos que la misma no puede abordarse únicamente en el ámbito clínico. El bienestar se posiciona como una herramienta poderosa para abordar estos escenarios desde una perspectiva proactiva.

Históricamente, el modelo de atención se centraba en intervenir una vez que las enfermedades ya habían impactado la salud de los individuos. Hoy asistimos a un giro significativo, una evolución en el enfoque, donde la prevención se erige como el pilar fundamental.

Este cambio de paradigma redefine el propósito, colocando al bienestar en el centro y dotando a los individuos con el poder de anticipar y gestionar su salud antes de que las enfermedades se manifiesten.

La colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud, científicos, tecnólogos y expertos en bienestar se presenta como una herramienta valiosa.

La interconexión de conocimientos y experiencias contribuye a desarrollar enfoques holísticos y personalizados, abordando de manera integral la diversidad de factores que influyen en el bienestar individual. Esta sinergia entre disciplinas fortalece nuestra capacidad para anticipar y abordar proactivamente los desafíos emergentes en la salud.

En este contexto, el concepto de bienestar adquiere una importancia sin precedentes. No se trata solo de la ausencia de enfermedad, sino de cultivar un estado óptimo de salud física y mental. El bienestar integral, como guía hacia hábitos de vida saludables, la gestión del estrés y la adopción de prácticas que fortalezcan el cuerpo y la mente.

Una mirada sobre el bienestar

La mirada preventiva sobre la salud empodera a las personas con conocimiento y herramientas para tomar medidas proactivas en su calidad de vida. Los chequeos regulares, la promoción de hábitos alimenticios saludables, la actividad física y las prácticas de manejo del estrés se convierten en aliados en la búsqueda de un bienestar duradero. Y por supuesto, los servicios de medicina con esta mirada amplia son los mejores aliados, brindando orientación y recursos para la prevención.

En ese sentido, la revolución digital también permite una nueva dimensión, y la recopilación y el análisis de datos vinculados a la salud en tiempo real permiten la identificación temprana de riesgos y la personalización de estrategias preventivas.

Desde dispositivos portátiles que monitorean constantemente diferentes signos vitales hasta plataformas que proporcionan información personalizada, la tecnología se convierte en otro aliado más.

Las empresas de medicina privada, en este nuevo paradigma, también deben asumir un papel activo. No solo responden a patologías existentes, sino que se comprometen activamente en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de programas corporativos, campañas educativas y servicios preventivos.

Desde mi formación como médico y experiencia profesional, destacé la importancia de abordar el escenario de forma integral donde recursos, innovación, costos, asociados y mercado sean, por igual, contemplados en la búsqueda de un equilibrio que proporcione soluciones duraderas y reales.

Es clave también comprender que esta mirada sobre el bienestar integral y la mirada preventiva no está exenta de desafíos. La conciencia pública, la accesibilidad a diferentes servicios y la integración efectiva de la tecnología son aspectos que requieren atención.

Sin embargo, cada desafío es una oportunidad para construir un sistema de atención médica más resistente y centrado en el individuo.

Medio siglo estando cerca

Con medio siglo de trayectoria nos consolidamos como voz autorizada para relatar la metamorfosis de los conceptos de salud. Además, siempre tratamos de escuchar y decodificar las necesidades de quienes nos eligen, y estar a la vanguardia, atentos a las tendencias mundiales.

Ello nos llevó hoy a cerrar el año de nuestro 50 aniversario con un gran logro: estar presentes a lo largo y ancho de todo el territorio nacional y posicionarnos entre las prepagas líderes, más elegidas de la Argentina.

Acompañamos a más de 700.000 asociados y democratizamos el servicio de medicina privada con coberturas accesibles a las necesidades de todos los argentinos. ■

(*) Director General de Grupo SanCor Salud.



PROSANITAS
INTELIGENCIA EN GESTION

EL CAMBIO YA COMENZÓ

“La inteligencia es la capacidad de adaptarse al cambio”

Stephen Hawking.

El cambio y la vida van de la mano, si es deseable no hay que resistir. Mantener creencias obsoletas garantizan objetivos y comportamientos obsoletos.

Renovar la estrategia, leer mejor la propia realidad y entender el valor de decidir hoy con inteligencia y no perder más tiempo.

- **Gestión por Indicadores**
- **Cuadro de Mando Integral**
- **Costos en salud**
- **Gestión por Procesos**
- **Calidad**
- **Soluciones informáticas para Salud**



PROSANITAS
INTELIGENCIA EN GESTION



11.4183.3942



prosanitas.com.ar



Av. del Libertador 6299



info@prosanitas.com.ar



ProSanitasBSC



ProSanitas BSC



Interact
SOLUTIONS

¿LA DESREGULACIÓN SERÁ LA SOLUCIÓN A LA CRISIS DEL SISTEMA?



Por el Dr. Francisco J. Payeras (*)

Estamos una vez más ante la disyuntiva de si se va a patear el tablero o se va a construir sobre lo realizado, expuestos ante la permanente crisis de la Salud, y frente a la incertidumbre que plantea una conducción con distinto signo político y filosófico.

Durante la pandemia, desde CEMPRA, como coordinador de la Comisión de Asuntos Legales, y Avalian, elaboramos algunas propuestas para la reforma del Sistema de salud. Trabajamos sobre la base de tres principios rectores.

El primero de ellos era el de la sustentabilidad, que necesariamente implicaba una reconfiguración de unas cuantas variables del mercado. El segundo procuraba la escalabilidad de las reformas, esto es su materialización en el corto plazo, procurando al mismo tiempo ser herramientas que permitan el desarrollo de otras reformas de mayor envergadura o sean modificatorias algunos paradigmas del Sistema. El tercero, tenía que ver con que se encuentren comprendidos todos los sectores del Sistema, bajo la premisa de que no son viables las reformas que involucran solamente a algunos actores.

Sucintamente, aquellas propuestas abarcaban algunas reformas sustanciales, como la creación de un fondo para el alto costo con las premisas de universalidad y escalabilidad, mediante la adhesión de las distintas jurisdicciones; y la reforma del IVA, con sus distintas variables. Respecto del fondo, la propuesta solamente abarcaba la posibilidad de sumar distintos actores (Estado Nacional y Provincial, EMP, Institutos de OOSS) a un sistema vigente, aportando financiación mediante una cotización previa, sin analizar los alcances de la cobertura, ni su perfil, ni tampoco la ardua discusión acerca de qué prestaciones o patologías deberían cubrirse.

A su vez, se analizaron reformas menos pretensivas, pero más operativas, como ser la instrumentación de los Planes de Cobertura Parcial, y con las herramientas de un Nomenclador y un Padrón Único, diseñar la articulación de coberturas integrales y parciales, de acuerdo con la capacidad contributiva de cada individuo, en procura de evitar los subsidios cruzados, mejorar la accesibilidad y zanjar la segmentación y la fragmentación del Sistema.

Subyace en todas ellas, sin embargo, la imagen empoderada post pandemia de un Ministerio de Salud Nacional que a fuerza de consensos con las provincias puede avanzar hacia estos objetivos.

El escenario actual y el inminente, se configura de manera diferente, en lo que bien podría constituir un cambio de paradigma.

Desde hace algunas semanas viene resonando en el sector el concepto de la desregulación como única respuesta a los problemas que lo aquejan.

Sobre el particular, y puntualmente en lo que concierne a la desregulación de los precios de la EMP, cabe adelantar que su instrumentación es acertada. Razones jurídicas y económicas lo avalan. Jurídicamente, la propia redacción de la Ley establece un procedimiento individual y un mecanismo de presentaciones y notificaciones que distan de aquellos previstos para los mercados expresamente regulados.

La Medicina Prepaga es la única actividad privada regulada de hecho para controlar la inflación, pese a su baja incidencia en sus variables. Por otro lado, desde el punto de vista económico no es un servicio público o esencial de aquellos que generan una posición monopólica u oligopólica en el mercado, ni es una actividad con excesivas barreras para el ingreso, lo que justificaría una regulación de precios.

Ahora bien, como vimos, la mal denominada *desregulación de precios* ha generado una inercia sobre algunos aspectos sobre los que corresponde detenerse. El primero de ellos, tiene que ver con la interrelación de las EMP con el Sector Prestador -vínculo hoy particularmente resentido- y que fue ilegalmente alcanzado por la regulación (normativa y de precios), excediendo las competencias de la autoridad de control. Ciertamente, la práctica habrá generado una inercia cuyos efectos se verán a poco que se liberen los precios, pero cuya magnitud es difícil de vislumbrar frente a las distintas situaciones de los prestadores según su ubicación geográfica, y la de los colegios médicos.

En segundo lugar, preocupa la eventual concentración del mercado, y la canibalización de los precios. Sin dudas, en función del alcance que contenga la desregulación de precios, es posible que haga falta una capa regulatoria - normativa - referida a las intervenciones que preparen el terreno para un mercado desregulado. A modo de ejemplo, el Sistema de Salud de Brasil establece mecanismos específicos para los casos de fusión o absorción de las entidades que brindan coberturas privadas, desde la perspectiva de los usuarios.

Probablemente, se articulen mecanismos de autoregulación a través de la concertación de las entidades en las cámaras del sector, en los que además de los precios se discuta también el traslado a los prestadores. El mercado de las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART) es un posible ejemplo de ello.

En el mismo sentido, debe traerse a colación el efectivo alcance de la desregulación acerca de si involucrará solamente a las cuotas de la EMP, o abarcará algunas otras modalidades como productos y otros controles de la SSSalud. Más aún, cabe preguntarse si habrá de regularse la Cobertura Universal para el Sistema Público.

Es posible que asistamos a un salto de paradigma, en cuya complejidad se debaten dos modelos de Estado.

Brevemente hemos querido compartir la visión y las inquietudes que hoy tenemos como operadores del Sistema de Salud. Desde las empresas que conformamos CEMPRA confiamos en tener la posibilidad de dar nuestra visión federal y contribuir a que se puedan realizar algunos pequeños ajustes en el Sistema, como los que describimos, y bregamos por la instauración del concepto de la escalabilidad en cada una de las políticas que se instrumenten. ■

(*) Gerente de Asuntos Legales y Relaciones Institucionales - Avalian Cobertura Médica- Miembro de la Cámara de Entidades de Medicina Privada (CEMPRA).



**Tecnología para una
gestión eficiente.**

**Más de 20 años
acompañando al sector
de la salud.**

Más información en
www.hms-tech.com



ANÁLISIS ECONÓMICO COYUNTURAL DEL SECTOR - AÑO 2023



Por el Cp. Jorge Cherro (*)

El sector prestador de la salud privado ha estado lidiando con una emergencia sanitaria desde el año 2002, y en el último año, la crisis del sector ha llegado a niveles preocupantes. Desde la perspectiva de la economía general, el Índice de Precios al Consumidor (IPC) ha exhibido en el año aumentos de dos dígitos, siendo la variación de noviembre –último mes publicado- del 12,8%. Se prevé que la variación interanual del índice, a diciembre de 2023, sea de 185,2%.

Al mismo tiempo, como es de público conocimiento, la moneda extranjera oficial experimentó dos marcadas devaluaciones. La primera tuvo lugar en agosto, justo después de las elecciones primarias (PASO), con una depreciación del 22%. La segunda, ocurrida en diciembre y de mayor magnitud, fue impulsada por el gobierno actual, y alcanzó el 126%. El año 2023 cierra con una devaluación anual total de más del 350%.

Centrándonos en el sector privado de la salud, datos del Índice de Precios de Adecra+Cedim revelan que, durante el año 2023, el mismo exhibió incrementos de hasta un 37% trimestral. El segmento de medicamentos y descartables fue el más impactado, registrando un aumento de hasta un 100% en tres meses. Este guarismo fue considerablemente superior a la inflación general de la economía y la depreciación del dólar.

Si se consideran los incrementos salariales según el CCT 122/75, que están pautados en un 45,7%, la devaluación del dólar oficial y la proyección de inflación del Relevamiento de Expectativas de Mercado del Banco Central (REM) para diciembre, estimada en un 15%, se calcula que el Índice de Precios habrá alcanzado el 58,5% en el último trimestre, sumando un incremento interanual del 213,1% si se toma el año calendario, y de 177,1% si se toma el año paritario (abril de 2023/diciembre de 2023).

Es crucial resaltar que el REM fue publicado antes de la implementación de las medidas económicas por parte del gobierno actual. Por lo tanto, es posible que la inflación sea aún mayor, lo que podría implicar un aumento adicional en la variación del índice de precios de Adecra+Cedim.

Ahora bien, en cuanto a los ingresos brindados por los financiadores, el INSSJP otorgó a todo el arco de Prestadores Privados del Instituto, aumentos progresivos a lo largo del año mediante distintas resoluciones: la resolución 15-2023 al comienzo del año, con un aumento de 60% distribuido en 4 tramos (16% en enero, 16% en abril, 14% en julio y 14% en octubre); adelantó el 14% de octubre a agosto debido a la crítica situación del sector; adicionó otro 16% al otorgado en abril mediante la resolución 496/23; y otorgó un 28% en septiembre y otro 28% en octubre mediante la resolución 1388/23. Finalmente, otorgó un 16% en noviembre y otro 14% en diciembre mediante la resolución 1935/23, sumando un incremento anual del 162% y del 125,9% tomando año paritario.

En el caso de la Medicina Prepaga, regulada por el Decreto 743/22 y la Resolución 2577/22 del Ministerio de Salud, se establecieron incrementos mensuales basados en el Índice de Costos de Salud (ICS) por un período de 18 meses.

En mayo, se firmó un acta entre la Federación Argentina de Prestadores de Salud (FAPS) y la Unión Argentina de Salud (UAS), especificando que los incrementos mensuales previstos en el DNU 743/2022 y la Resolución 2577/2022 se transferirían a los prestadores privados de salud en, como mínimo, un 92% desde abril hasta septiembre.

En octubre, con el anuncio del congelamiento de las cuotas de la Medicina Prepaga, se trasladó a los prestadores la mitad del porcentaje establecido, adicionando un punto porcentual. En los últimos dos meses del año se determinó que se traslade la totalidad del ICS.

Si se refleja esta información en valores, la Medicina Prepaga otorgó un incremento del 6% mensual, aproximadamente, y del orden del 11% en los últimos dos meses del año. Considerando estos datos, el acumulado anual de la MPP alcanza un aumento del 118,4% -año calendario- y del 79,8% -año paritario-.

Por último, representando a las obras sociales provinciales, IOMA, otorgó, mediante la resolución 3571/23 un aumento del 60% sobre la base de diciembre de 2022, distribuido en cuatro etapas. En el mes de octubre de 2023, la obra social decidió otorgar a las instituciones con internación un 20% en septiembre y un 20% en octubre; y a las instituciones sin internación, un 10% en septiembre y un 15% en octubre.

En noviembre del corriente decidió adicionar un 30% sobre la base de diciembre de 2022, a las instituciones con internación, debiendo facturarse en enero o febrero del año 2024. Es decir, la obra social provincial cierra el año con un aumento del 100% interanual y de 73,9% tomando el año paritario.

En resumen, al comparar los costos que los prestadores utilizan para brindar atención médica con los ingresos que reciben por parte de los financiadores, se observa una brecha significativa.

Según el Índice de Costos de Salud de Adecra+Cedim, se proyecta ⁽¹⁾ un aumento del 177,1% considerando el año paritario (de abril a diciembre de 2023), mientras que este incremento asciende a un 213,1% si se contempla el año completo (diciembre 2022 a diciembre 2023). La medicina prepaga experimentó un aumento del 79,8% durante el año paritario y del 118,4% en el año completo.

Por su parte, el INSSJP registró un aumento del 125,9% considerando el período paritario y del 162% durante el año calendario. Mientras tanto, IOMA finaliza el año con un aumento del 73,9% durante el año paritario y del 100% en el año calendario.

En consecuencia, la Medicina Prepaga se encuentra un 43,3% por debajo del Índice de Precios de Salud publicado por Adecra+Cedim, cifra que aumenta a un 54,1% si se considera el año paritario. En el caso de PAMI, la diferencia es del 51% en ambos casos, y para IOMA, la brecha es de un 113,1% y un 103,2%, dependiendo del período de tiempo considerado. ⁽²⁾

Este cierre de año, marcado por la intrincada relación entre los incrementos de costos, los ingresos obtenidos por los prestadores y la realidad inflacionaria y cambiaria, plantea un desafío considerable y pone en duda la sostenibilidad financiera a corto plazo de las instituciones de salud privadas.

Aunque la elaboración de previsiones en la actualidad resulte compleja, es probable que nos enfrentemos a un primer trimestre del 2024 igualmente desafiante en términos de inflación, fluctuaciones en el tipo de cambio y, especialmente, en los precios de los insumos médicos. ■

Referencias:

(1) Se recuerda que es una proyección porque el último informe del Índice de Precios publicado por Adecra+Cedim corresponde al tercer trimestre de 2023.

(2) Los valores de IOMA no contemplan el último 30% sobre dic-22 otorgado, dado que los mismos deberán facturarse en enero o febrero del 2024.

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

Nueva App UOCRA

La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic
de distancia!



Disponible en:



¡Ingresá al
mundo UOCRA
estés donde estés!

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



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

BALANCE DE FIN DE CICLO: CUATRO AÑOS DE MINISTERIO DE SALUD



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

La gestión del Ministerio de Salud de la Nación del gobierno saliente estuvo signada en los primeros dos años por el manejo de la pandemia. La crisis que significó esta pandemia pudo haber significado una oportunidad de realizar cambios profundos en el sistema de salud. Sin embargo, la pandemia pasó y no se aprovechó para fortalecer al Ministerio en sus funciones básicas ni para ir estableciendo los cimientos para una posible reforma del sector.

La expectativa al recrear el Ministerio (que había sido integrado a Desarrollo Social en la gestión anterior) y en el contexto justamente de esta crisis, era incrementar la rectoría y la gobernanza para superar dos problemas crónicos de nuestro sistema: la fragmentación y la segmentación con sus principales consecuencias: la ineficiencia y fundamentalmente la inequidad en el acceso.

Al mal manejo de la pandemia, se le sumó la incapacidad de los funcionarios para generar cambios profundos a fin de fortalecer el ministerio para próximas crisis y para mejorar el sistema.

Podríamos resumir la gestión del Ministerio de estos últimos cuatro años con los siguientes ítems:

Un manejo político y no sanitario de la crisis

Como hemos afirmado en anteriores artículos publicados en esta misma *Revista*, la mayoría de las decisiones sobre la pandemia no tuvieron un carácter sanitario, sino que fueron realizadas con criterios netamente políticos. Se tomaron decisiones mirando encuestas y análisis de Big Data sobre el humor de la población y la variación en la imagen positiva del gobierno y sus funcionarios.

Ejemplo de ello fueron el vergonzoso manejo del cierre de las escuelas, el decreto del confinamiento social obligatorio en tiempos tan tempranos y la posterior flexibilización de esta en una etapa clara de aumento de la pendiente de la curva (o sea, en el peor momento que se podría haber elegido para adoptar esta medida de relajación). Estas decisiones fueron adoptadas mirando encuestas de imagen del gobierno y no con un criterio sanitario.

Falta de transparencia

El manejo de la pandemia fue muy poco transparente. Aún hoy esperamos se explique por qué no se comenzó a vacunar con la vacuna de Pfizer y sí con la Sputnik, por qué existieron vacunatorios VIP en desmedro de respetar el cronograma aprobado por el propio ministerio, la elección y compra de ciertos kits diagnósticos en desmedro de otros, el mal manejo de la información epidemiológica, el manejo político de los vacunatorios y de la campaña de vacunación en general.

Esta falta de transparencia trajo aparejada una crisis de credibilidad en las autoridades políticas y sanitarias. Estas circunstancias, no solo afectaron el manejo de la pandemia, sino que dejó una desconfianza al accionar futuro en otras crisis que pudieran ocurrir.

Inexistencia de políticas de reforma

Muchos procesos de reforma en diferentes países se dieron luego de profundas crisis. Se podría haber aprovechado esta crisis para pensar y desarrollar cambios en el modelo de salud. Fue una nueva oportunidad perdida.

No se plantearon propuestas de reformas al modelo de financiamiento ni de atención del sistema, aún cuando la salud, quizá por primera vez, encabezó el ranking de preocupaciones de la población. El sistema se encuentra totalmente debilitado y sus problemas crónicos agravados.

Debilitamiento de funciones básicas del Ministerio

No solo no se aprovechó para mejorar áreas fundamentales que cualquier ministerio debe fortalecer, sino que por el contrario al final del día, se debilitaron. Ejemplo de ello son las áreas de vigilancia epidemiológica y la de sanidad de fronteras.

Si analizamos indicadores de cobertura vemos con profunda preocupación porcentajes bajísimos en la cobertura de muchas vacunas. La tremenda epidemia de dengue que se produjo en forma concomitante a la pandemia nos muestra también la debilidad del área de epidemiología de generar rectoría en ese tema.

Ausencia de una política integral de medicamentos

Tampoco el ministerio generó una política integral de medicamentos. Los precios de estos escalonaron muy por arriba de la inflación. Los intentos de regularlo a partir de diferentes resoluciones con una política de precios máximos fue un fracaso rotundo. Cuando finalizaban esos acuerdos los precios volvían a dispararse por encima de la inflación acumulada.

La postpandemia

Pasada la pandemia el Ministerio de Salud fue casi inexistente en plantear algún tipo de política sanitaria que al menos mejorara algunos aspectos del sistema. La crisis inédita de los recursos humanos en salud nos debería preocupar profundamente. El sistema con un gasto elevadísimo medido en porcentaje del PBI, inexplicablemente está desfinanciado en muchísimos sectores.

La fragmentación y la inequidad siguen profundizándose. Los costos de los medicamentos siguen elevándose a cifras astronómicas e impactan en una población con un 45% de pobreza. Y muchos médicos de prepagas y OOSS cobran por fuera de lo acordado con los financiadores y esto también impacta en la pobreza. El acceso se restringe cada vez más. La situación es alarmante.

La gestión saliente nos ha dejado un sistema empobrecido con un ministerio debilitado en un contexto económico y social de profunda crisis. Habrá que poner objetivos claros y trabajar mucho para que la salud no siga cayendo al precipicio y se produzca un colapso del sistema. ■

(*) Médico Especialista en Salud Pública - Secretario general del Grupo PAIS.

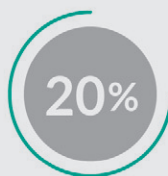


Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

N° de inscripción SSN
0002

Departamento de Orientación
y Asistencia al Asegurado

0800-666-8400

www.argentina.gob.ar/ssn

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

EL DILEMA DEL FINANCIAMIENTO



Por la Dra. María Sofía Granillo
Fernández (*)

Introducción

No cabe duda alguna de que la salud es un derecho humano fundamental de primer orden, reconocido como tal en nuestra Carta Magna y en el plexo normativo internacional. El mismo lo establece como uno de los cimientos que dan base para garantizar el bienestar y la calidad de vida de la población.

Pero que reconocamos que la salud es un derecho de tal magnitud no significa que no debamos cuantificar y cualificar los recursos que se necesitan para garantizarlo.

Y a partir de allí surgen definiciones sobre las fuentes de su financiamiento, la eficacia del gasto y la capacidad de gestión de esos recursos. Todo esto con el propósito de lograr la sustentabilidad del sistema sea este público o privado.

Financiamiento de las Obras Sociales

Hay varios hechos relacionados con el financiamiento que actualmente inciden negativamente en la sustentabilidad del sistema de las obras sociales, entre ellos podemos mencionar:

- El tener como fuente casi exclusiva las **cotizaciones sobre las remuneraciones** aportadas por el trabajador y el empleador.

Esta característica organizacional permite una alianza entre el mundo del trabajo y la cobertura sanitaria de la fuerza laboral y su familia. Por lo tanto, los vaivenes en el espacio de la estructura del empleo impactan directamente en el sistema. Esto sumado al incesante aumento de los costos en las prestaciones médicas forman un peligroso marco de inestabilidad.

Por lo expuesto sería interesante explorar otras alternativas como por ejemplo seguros y ordenamiento de actuales partidas presupuestarias de la Nación hoy mal direccionadas ej. las destinadas a educación y/o transporte.

- Las prestaciones que constantemente son legisladas como obligatorias e incluidas dentro del **Programa Médico Obligatorio**, en adelante PMO, sin asignación de fuentes de financiamiento.

El Programa médico obligatorio (PMO) se encuentra establecido en el Decreto N° 492/95, y constituye la canasta básica de prestaciones obligatorias para todas las obras sociales.

Con el correr de los años se les fue sumando distintas patologías que han sido incluidas en las prestaciones obligatorias mediante leyes especiales, ampliando la cobertura y consecuentemente el gasto prestacional, pero sin especificar el origen de su financiamiento.

● La judicialización

El notable y constante aumento consecuencia de acciones de amparo cuando las redes prestacionales de atención a la salud rechazaban el otorgamiento de dichas prestaciones.

Las consecuencias de la judicialización sin el asesoramiento de cuadros médicos solo incluyen presiones financieras en el sistema de salud y también contribuyen a generar desigualdades en el acceso a la atención médica.

De esta forma el Poder Judicial se convierte en un poder decisivo más de las políticas sanitarias a través de sus decisorios.

- La **carga impositiva** es otro de los claros sobrecostos del sistema provocando el desvío de los recursos hacia otros fines de los establecidos en la normativa de su creación (asistencia médico asistencial a sus beneficiarios). El impuesto a los débitos y créditos bancarios, ingresos brutos, IVA son no solo distorsivos sino también discriminatorio máxime en las organizaciones dependientes de la seguridad social.

Por ejemplo, el impuesto a los débitos y créditos bancarios, impuesto al valor agregado sobre medicamentos importados, material descartable y cuotas de los planes de afiliados que voluntariamente acceden al sistema, son algunos de los gravámenes que distorsionan la finalidad de las cotizaciones que ingresan los afiliados para hacer frente a las distintas contingencias de origen patológico.

La salud no debería estar gravada con impuestos de índole alguna, ya que se considera que la prestación médica asistencial no debe ni puede asimilarse al consumo comercial común.

Solidaridad del sistema Derecho individual vs. Derecho colectivo

Las consecuencias de algunos de los ítems mencionados no solo incluyen presiones financieras en el sistema de salud, sino que también contribuyen a desigualdades en el acceso a la atención médica.

Se plantea la compleja cuestión del derecho individual frente al derecho colectivo del resto de la población beneficiaria, que ve disminuido los recursos del prestador de salud al tener que afrontar gastos que podrían considerarse fuera del alcance contractual.

Esto está íntimamente ligado a la solidaridad del sector de la seguridad social, pero el punto radica en hasta donde es justo que se acceda a todas las prestaciones que se requieren si el sistema está siendo desfinanciado y con el acceso de unos pocos, muchos se ven perjudicados.

Si bien es cierto que la solidaridad es un principio fundamental que implica que los que pueden contribuir más financien el sistema para que todos tengan acceso a servicios y prestaciones esenciales, la sostenibilidad financiera del sistema puede verse afectada si no se gestionan adecuadamente las demandas y los recursos disponibles.

En línea con ello es crucial administrar eficientemente los recursos. La relación entre la solidaridad y la equidad en el acceso a prestaciones es un tema complejo y ético.

Desafío actual

El gran desafío actual del sistema de salud en la Argentina es garantizar su sostenibilidad financiera conciliando la protección de los derechos fundamentales de los individuos con la necesidad de asignar recursos de manera eficaz y equitativa evitando el gasto innecesario.

En este sentido, se requiere un diálogo continuo entre profesionales de la salud, prestadores y financiadores con los tres poderes del Estado para encontrar soluciones equitativas y sostenibles que permitan la implementación de medidas en forma conjunta para el funcionamiento del sistema. ■

(*) Adscripta al Directorio de OSIM.



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 Prepara.
- 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

BARAJAR Y DAR DE NUEVO



Por el Lic. Patricio Pasman (*)

Yuval Noah Harari en su libro “21 lecciones para el siglo XXI”, sostiene que “el planeta se ha vuelto demasiado complicado para nuestro cerebro de cazadores-recolectores, y que comprender bien los problemas morales de hoy en día, es misión imposible”. Nos enfrentamos en este mundo actual a dilemas y problemas complejos.

Para intentar entender y juzgar estos dilemas, la gente suele recurrir a uno de estos cuatro métodos según este brillante historiador y escritor israelí:

- 1) **Minimizar la cuestión.** “Simplificar la realidad para hacerla abaricable”. Hemos escuchado mucho de este tipo de atajo en las últimas elecciones. Algunos ejemplos de simplificación de los problemas de la Argentina que recuerdo son: “el problema es la deuda con el FMI (que por supuesto es el malo de la película)”, “no podemos salir adelante porque los políticos que tenemos, son todos chorros”, “el presidente es un inútil o un tonto”, “el problema es que el partido XX quiere que haya mucha gente pobre y analfabeta para manejarlos como quieren y quedarse en el poder”, “el partido YY gobierna solo para que los ricos sean cada vez más ricos a costa de los pobres”, etc. etc. La división entre “buenos y malos” es muy típica para intentar explicar los dilemas complejos.
- 2) **Centrarse en una sola historia humana conmovedora que presumiblemente representa todo el conflicto.** “Olvidando los demás datos llegar a conclusiones prematuras en base a una o más historias no representativas del problema”. Por ejemplo, una historia de un chico que no recibe una medicación de una obra social o prepaga genera mayor empatía y viralización que otros problemas mucho más importantes que tienen los sistemas de salud. Puede ser que no sea conveniente para el mejor funcionamiento del sistema cubrir esa medicación por su excesivo precio o quizás se encuentre en período experimental. En Change.org podremos encontrar varias de estas historias.
- 3) **Pergeñar teorías conspirativas.** “Por ejemplo, para entender la economía mundial, es más fácil imaginar que hay 20 multimillonarios que manejan los hilos detrás del escenario y controlan los medios de comunicación”, dice Harari. “Casi siempre es una fantasía sin fundamento. El mundo

contemporáneo es demasiado complicado para que un grupo de poderosos puedan mover los hilos”. Algún ejemplo del sector: “el problema de la salud en la Argentina es que las prepagas y obras sociales se ponen de acuerdo para llenarse de plata a costa de pagarle poco a los médicos”.

- 4) **Depositar nuestra confianza en alguna institución, en algún líder o gurú omnisciente, que nos ofrece un “refugio seguro” para seguir frente a la frustrante complejidad de la realidad.** Resulta una comodidad intelectual creer en un gurú o institución y no tener que tomarse el trabajo de leer, investigar y sacar la propia conclusión. Aquí funciona fuertemente por ejemplo el sesgo de confirmación. Si uno es de derecha lee seguramente el diario La Nación y si es de izquierda Página 12. La gente muchas veces no busca informarse, sino confirmar los pensamientos previos.

Según las diferentes definiciones que podemos encontrar, “un sistema complejo es un sistema construido a partir de múltiples unidades mutuamente interactuantes. Las múltiples y repetidas interacciones entre dichos componentes resultan en conductas colectivas consistentes en el tiempo, adaptables al entorno y que, a su vez, retroalimentan al sistema en un proceso permanente y dinámico”.

Ejemplo de un sistema complejo es un sistema de salud. El sistema puede sobrevivir pese a la remoción de alguno de sus componentes (como la pérdida de una proporción de sus profesionales) o que puede no mejorar pese a la incorporación de nuevas unidades (como la instalación de una nueva tecnología de diagnóstico).

Los problemas que atraviesa el sistema de salud en la Argentina no pueden ser simplificados minimizando la cuestión, ni basarse en un par de historias que lo representan, ni entenderse desde cuestiones conspirativas.

Entender por qué estamos cómo estamos y cuáles pueden ser las soluciones posibles, sin duda nos enfrenta a análisis que son complejos. A continuación, veremos algunos de los inconvenientes de algunos componentes del sector.

La Seguridad Social

- Resulta insuficiente el actual porcentaje del 9% de los salarios para financiar la cobertura de las obras sociales nacionales. Este se fijó a fines del año 1988 con la ley 23660 y nunca fue actualizado pese a que los costos en salud crecen en todo el mundo. Como muestra podemos considerar el caso de Gran Bretaña, cuyo gasto en salud a fines de 1988 representaba aproximadamente el 4 al 5% del PBI. Hoy ese mismo gasto representa el 10% del PBI. En Alemania el gasto en salud a fines de los 80 era del 6,6% del PBI, que serían unos €1.200 por persona. Hoy es del 10,9% del PBI que serían unos €5.000 por persona. El aporte a la cobertura de salud en Alemania es del 14,6%, aportando un 7,3% del salario el empleado y otro 7,3% el empleador.
- En nuestro país viene cayendo significativamente el salario real. Teniendo como único modo de financiar las obras sociales un porcentaje del salario, la situación es aún más compleja ya que el salario real de los trabajadores formales está en los niveles más bajos de la historia. Según el Banco Mundial, sobre 19 países de Iberoamérica, la Argentina ocupa el puesto número 17, solo por encima de Venezuela y Cuba.
- El empleo privado registrado se encuentra estancado en los 6 millones de personas aproximadamente desde hace más de 10 años. Crecen significativamente los monotributistas, pasaron de

1,3 a más de 2 millones de personas en los últimos años cuyo aporte a la obra social es ridículamente bajo y muy por debajo del costo. Muy probablemente muchos de estos sean en la realidad empleados en relación de dependencia encubiertos bajo esta figura.

El resultado final de la situación descripta es que según IPEGSA, PROSANTY y la USAL, **sobre un total de 290 obras sociales nacionales, hay 140 que no reciben los ingresos suficientes para poder cubrir el PMO (Programa Médico Obligatorio).** En términos de beneficiarios la situación es mucho más grave aún, ya que estas 140 obras sociales brindan cobertura al 77% del padrón de beneficiarios del sistema.

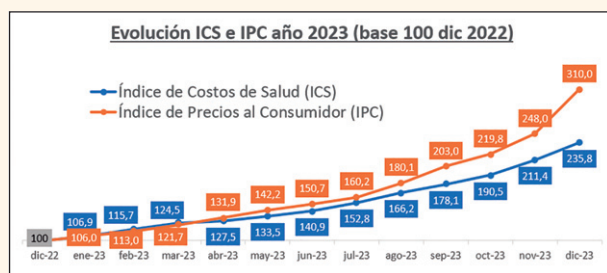
Es inviable desde mi perspectiva seguir financiando el costo de la salud de la Seguridad Social con el mismo 9% fijado hace 35 años. Esto explica en parte la migración de afiliados a planes superadores de las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) con pagos adicionales de bolsillo.

La Medicina Prepaga

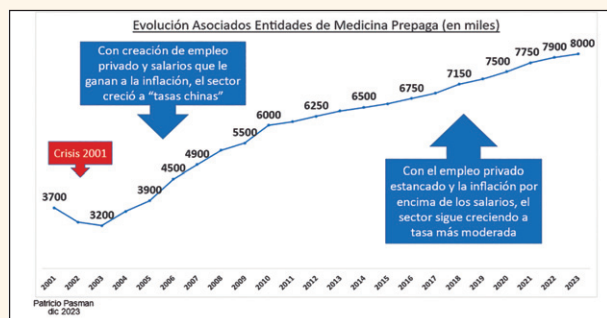
Durante los años 2006 al 2011 de manera informal y desde el año 2011 en adelante con la promulgación de la ley de Entidades de Medicina Prepaga (ley 26682), los precios de las cuotas estaban reguladas por el gobierno. **El control de precios produjo un enorme ajuste al sector.** Los aumentos otorgados acumulados muy por debajo de la inflación general y sin considerar la inflación médica. Vale recordar que los costos médicos en el mundo suben siempre por encima de la inflación por las nuevas tecnologías y otras variables que lo afectan.

Desde enero 2012 a octubre de 2023 la inflación fue de aproximadamente 10.000% y el aumento autorizado a las EMP fue del 6.300% según estimaciones del sector.

Solo en el 2023 el aumento autorizado acumulado por el Índice de Costos de Salud (ICS) fue del 136%, mientras que la inflación del año terminaría siendo del 210%, estimando un 25% en diciembre (NdA: este artículo se entrega antes de conocer el dato real del IPC de dic. 23).



La cantidad de afiliados que elige este tipo de cobertura viene creciendo año a año. Habiendo terminado el relevamiento anual, a fines del 2023 hay más de 8 millones de afiliados a Entidades de Medicina Prepaga (EMP). Como vemos en el cuadro adjunto, luego de la crisis del 2001 donde se fueron del sistema aproximadamente un



13% de afiliados, el sector no ha parado de crecer. Se distingue un período de crecimiento a tasas elevadas entre el 2004 y 2011 donde crecía en el país el empleo privado registrado y el aumento de los salarios era superior a la inflación. Es decir, había más asalariados y con mayor poder adquisitivo. Lo llamativo es que, entre el 2011 y el 2023, con empleo privado estancado y caída del salario real, el sector siguió creciendo, aunque a una tasa más moderada. Con “precios controlados” o “precios cuidados”, los afiliados a la medicina prepaga vienen creciendo. Siendo el sector que la gente percibe como el que mejor responde a las necesidades de cobertura médica, han caído las bajas y han crecido las ventas.

El nivel de concentración ha aumentado en los últimos años, sin embargo, comparado con industrias similares como el mercado bancario o asegurador, se mantiene en niveles razonables de competencia.

- Cantidad de afiliados a EMP = las 5 primeras tienen un 61% del mercado / las 10 primeras un 78%.
- Activos del sistema bancario = los 5 bancos más importantes tienen el 54% / los 10 primeros un 75%.
- ART = producción de las 5 primeras es de un 70% / las 10 primeras un 95%.
- Seguros patrimoniales = las 5 primeras concentran el 40% / las 10 primeras un 62%.

La cobertura del Programa Médico Obligatorio

El Programa Médico Obligatorio que deben cubrir obligatoriamente las Obras Sociales y las EMP (no el Estado) ha ido ampliando su cobertura en los últimos 20 años a niveles que probablemente hoy sea una de las coberturas más completas del mundo.

Desde su creación en el año 1995, se han agregado decenas de coberturas nuevas sin especificar como serían financiadas tanto las obras sociales como las EMP. Cito solo algunos ejemplos:

- ✓ Año 1996: Ley 24455 - Prestaciones Obligatorias Vinculadas a VIH y consumo problemático.
- ✓ Año 1997: Ley 24788 - Alcoholismo.
- ✓ Año 1997: Ley 24901 - Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.
- ✓ Año 2002: Ley 25673 - Salud Sexual y Procreación Responsable.
- ✓ Año 2006: Ley 26130 - Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía.
- ✓ Año 2008: Ley 26396 - Prevención y Control de Trastornos Alimentarios (Bypass gástrico).
- ✓ Año 2009: Ley 26588 - Enfermedad Celíaca.
- ✓ Año 2011: Ley 26689 - Enfermedades Poco Frecuentes.
- ✓ Año 2012: Ley 26743 - Identidad de Género.
- ✓ Año 2013: Ley 26862 - Reproducción Médicamente Asistida.
- ✓ Año 2013: Ley 26872 - Cirugía Reconstructiva de Patología Mamaria.
- ✓ Año 2016: Ley 27305 - Leche Medicamentosa.
- ✓ Año 2016: Ley 27306 - Abordaje Integral e Interdisciplinario Sujetos con dificultades del Aprendizaje.
- ✓ Año 2020: Ley 27610 - Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Sin entrar a cuestionar si deben o no cubrirse todas las inclusiones realizadas al PMO, la pregunta que siempre queda sin respuesta es cómo se financian las mismas. En todos los países del mundo se incorporan nuevas coberturas, pero siempre determinando de donde surgen los recursos económicos para hacer frente a ellas.

La inflación médica aumenta año a año por nuevas tecnologías, como por ejemplo los medicamentos. El gasto en medicamentos representaba un 15% aproximadamente del costo de una cobertura médica hace unos 10 años. Hoy ya supera el 30%, llegando a veces al 35% del gasto total.

Por otro lado, cuando la cobertura no está incluida en el PMO, los usuarios recurren a la justicia obteniendo la mayor cantidad de veces amparos que obligan las obras sociales y EMP a otorgarlas.

Los prestadores de salud

Lo descripto termina afectando a todos los prestadores cuyos aranceles y honorarios no pueden reconocerse y actualizarse como debieran. Los aumentos que reciben son aún inferiores a la actualización de la cuota de las prepagas, como así también al incremento de los aportes y contribuciones de las obras sociales.

Los profesionales médicos, al final de la cadena, son quienes más han sido afectados por esta distorsión de ingresos y precios. Los prestadores están enfrentando a una de las peores crisis de los últimos 30 años. La tecnología médica avanza cada vez más rápido. Los pacientes cada vez más informados y demandantes, la requieren y la industria a su vez la impulsa de diferentes formas. Se encuentra presionado por ambos lados.

Los profesionales que pueden dejan de atender por obra social o prepa. Muchos de los profesionales que siguen atendiendo, cobran coseguros no permitidos en efectivo y sin factura. Los turnos “por prepa” se dan cada vez más lejos en el tiempo. Sin embargo, pareciera que los afiliados empatizan con los médicos, ya que las quejas que reciben las obras sociales y EMP son muy inferiores a las esperadas. Este resumen de situación explica una parte de la problemática compleja que enfrentamos.

La desregulación de precios

Inesperadamente surge en diciembre de 2023 un nuevo gobierno libertario, cuyo líder se auto proclama anarcocapitalista. Nuestro fracaso recurrente como país con una inflación del 200% y niveles de pobreza del 50%, condujo a los votantes a elegir por un giro de 180° en las políticas económicas. El nuevo gobierno intenta modificar radicalmente las regulaciones existentes con un DNU cuestionable desde las formas, pero con buena recepción inicial de los agentes económicos.

Habrà que barajar y dar de nuevo. Las reglas de juego de los últimos años no han funcionado. Empieza una nueva etapa en la Argentina y en el sector de la salud. “El ser humano es el único animal que tropieza dos veces con la misma piedra”. Nos hemos enfrentado nuevamente al fracaso del control de precios.

La desregulación de los precios de las EMP va a traer estos meses un cimbronazo con aumentos del orden del 100% acumulado en el primer trimestre. Fueron tanto los desajustes en la regulación, que este aumento resulta inevitable para mantener una aceptable calidad en los servicios. Los prestadores están en el límite del riesgo de bajar la calidad médica a niveles insostenibles.

Lamentablemente solo servirá para sacar al sector de terapia intensiva. Esperemos sea el primer paso de una serie de reformas y cambios que hacen falta. La salida será difícil. Es esperable que se reduzcan la cantidad de afiliados de las EMP. Hay diferentes estimaciones al respecto. Como decía el escritor español Jorge Wagensberg, “adivinar el futuro es el segundo oficio más antiguo de la historia”.

Creo que habrá muchas bajas a planes más económicos dentro de una misma EMP. También ocurrirán migraciones de afiliados de empresas líderes posicionadas en segmento socio económico alto y medio-alto, a empresas que ofrecen planes más económicos para un segmento medio. La baja de afiliados del sector estimo que estará alrededor del 5 al 8%. La tendencia es que la gente cada vez realiza mayores esfuerzos para mantener una cobertura médica privada. Pero serán meses complicados.

Frente al importante e inevitable ajuste que se viene, como dice Guillermo Olivetto, ahora la competencia por los recursos de los consumidores es de “todos contra todos”.

La gente tendrá que optar que bienes y servicios dejará de consumir y cuales mantener.

Incorporación de empresas de medicina prepa al régimen de obras sociales

El ya famoso DNU 70/2023 que cambió o anuló más de 360 leyes y decretos previos, incluye también la posible incorporación de las empresas de medicina prepa al régimen de obras sociales como agentes del seguro de la salud. No queda claro aún si esto será optativo u obligatorio.

A muchas empresas les resulta a priori muy atractivo poder captar en forma directa los aportes y contribuciones de los afiliados. Sin embargo, hay muchas dudas sobre la conveniencia de inscribirse en caso de resultar optativo. Faltan aún muchas definiciones sobre las obligaciones que implicaría estar inscripto y ser igualados a las obras sociales. El régimen de afiliación, las obligaciones contables y financieras, son detalles que por ejemplo restan aún conocer. Hay una creencia que esta medida producirá un ahorro en el valor de las cuotas.

En el cuadro siguiente podemos ver la diferencia del monto neto que recibe una prepa con el régimen actual de triangulación estimando un fee de un 6% y cuánto recibiría si se anotara en el régimen de obras sociales en el nuevo “inciso i”.

Veamos entonces un caso testigo de un afiliado que proviene de una obra social sindical, cuyo sueldo es de \$1 millón y la obra social cobra un 6% de fee por administrar la derivación de aportes.

Ejemplo de sueldo bruto de \$ 1 millón que triangula por obra social sindical con retención del 6%		
	Hoy	inciso i
Sueldo bruto	1.000.000	1.000.000
Aporte 9%	90.000	90.000
Aporte FSR (hoy 15% / en inciso i 20%)	13.500	18.000
Neto a recibir por la OS que triangula	76.500	
Recibe la Prepa	71.910	72.000
Porcentaje del sueldo que llega a la Prepa	7,19%	7,20%
Diferencia en \$	90,00	

Como vemos al cambiar la retención al Fondo del Redistribución Solidaria del 15 al 20%, el dinero que recibirá la EMP como parte de pago de la cuota, será muy similar. Y no se está considerando el aporte al FRS que habría que hacer en el nuevo esquema sobre la diferencia que paga el afiliado entre el aporte recibido y el valor de la cuota. Finalmente, el dinero a recibir será menor. Como esta hoy planteado el tema, no parece atractivo para las EMP ni generará los ahorros que creen en el gobierno.

Independientemente que vale la pena y es necesario explorar, analizar y realizar cambios al régimen actual del sistema de opción de cambio, descreme y esquemas de triangulación, no parece estar entre las principales prioridades del sector. Muchos entendemos que, por ejemplo, resolver la cobertura de los medicamentos de alto precio es impostergable, así como la creación de la Agencia de Evaluación de nuevas tecnologías.

Los actores de un sistema complejo no controlan absolutamente nada, pero influyen absolutamente todo. Nuestro sistema de salud requiere del aporte de todos para ir realizando las modificaciones que hacen falta. Son tiempos de preocupación por los meses difíciles que vienen, pero a su vez muchos estamos esperanzados con el cambio. El cambio es necesario. Hay que probar nuevos caminos para llegar a lugares diferentes. Volver a una cultura del trabajo y un sistema que premie a quienes emprenden, arriesguen y ofrezcan a la población bienes y servicios de calidad es un muy buen camino.

Es clave cambiar la mirada de la importancia del sector privado en la generación de empleo y el desarrollo del país. Ha sido muy castigado con cambios permanentes en las reglas de juego, con asfixia de impuestos y regulaciones que no solo no generaron prosperidad, sino que nos hundió cada vez más. La sociedad debiera mirar con muy buenos ojos a quienes ganan dinero honestamente sin ser tildados de avaros e insensibles.

Como dice Claudio Zuchovicki, “Es difícil entender por qué es codicia querer quedarse con el dinero que uno ganó, pero no lo es querer quedarse con el que otro logró con esfuerzo”. ■

(*) Consultor de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepa.

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

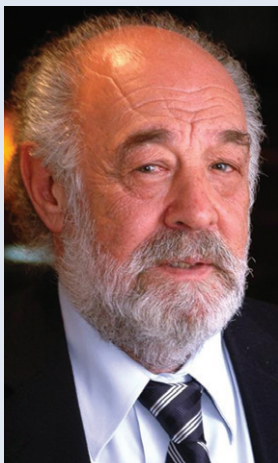
Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

LA HISTORIA A CONTRAPELO: LA SANIDAD ENTRE EL PASADO Y EL FUTURO



"La vida sólo puede ser entendida mirando hacia atrás, aunque debe ser vivida mirando hacia adelante".

Søren Kierkegaard

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

Si leemos la historia sanitaria a contrapelo, es decir, aplicando la metodología habitual de nuestro oficio médico que parte de las consecuencias hacia las causas, podremos precisar y así intentar desmontar muchas de sus falencias y deformaciones. Se trata de arribar a la *episteme* evitando la *doxa*, a sabiendas que ya los griegos distinguían el primer término como un conocimiento diferenciado de la *técnica*, y donde *doxa* se traduce como opinión. Parménides lo refiere a las opiniones-apariencias, ilusiones, engaños-, en contraposición con el conocimiento que se encauza a la verdad y la busca.

En el estudio de los efectos de radiaciones existe la diferenciación entre *efectos estocásticos* y *efectos determinísticos*. Con estos últimos existe una dosis umbral por debajo de la cual no se produce dicho efecto. Pero con los efectos estocásticos ocurre la lesión ya que dependen de las dosis y no se conoce el **umbral**. Por ejemplo, el desarrollo del cáncer y las mutaciones genéticas. Allí pueden existir años de latencia (efecto tardío).

En el caso de la *sanidad*, no hubo un derrumbe que de un día para el otro haya hecho colapsar el edificio sanitario, sino que se trató más bien de un incendio que lo fue destruyendo de adentro hacia afuera, o más sutilmente, de una radiación periódica que hizo mutar al "sistema". Claro que hubo episodios históricos que marcaron hitos, tales como 1962 (cuando comenzó el éxodo de científicos, por caso: César Milstein), el recordado 1966, y el innegable 1976. Pero en estos cuarenta años de democracia, y a pesar de crisis recurrentes, se trató sobre todo de una persistente *degradación institucional*.

Si hacemos un ejercicio clínico de reflexión frente al caos que predomina sobre el orden, notaremos que son un conjunto de variables que hacen a la *estructura, estrategia y cultura* que van (de)formando el resultado que se reproduce constantemente. Si vemos más de cerca, la actual pero ya histórica *fragmentación sanitaria* oculta varias cosas:

- Dilución de responsabilidad (política, profesional, institucional, etc.).
- Mercadeo, esto es, intereses, cartelización de instituciones y medicalización (la industria farmacéutica ha subido el precio de medicamentos de manera inusitada).

- Endeblez de las políticas sanitarias (que no distinguen planificación estratégica reglada del empleo, de medidas y herramientas aisladas).
- Esterilización de los "nidos de maestros" (claves para la formación y capacitación de profesionales de la salud).
- Corrupción: lastre no sólo concerniente a la moral sino también a la ineficiencia con efectos en el incremento de los costos en el ámbito de la salud.

Si estos cuarenta años de democracia *le han fallado a la salud* no es porque sus diversos funcionarios fueran malos y hayan desplazado a otros buenos. Es porque, más allá de los muchos casos particulares, no se ha construido un verdadero sistema de transformación y ni siquiera de gestión satisfactoria. Hace décadas que emparchamos y emparchamos, y mal administramos, con dosis variables de buenas intenciones. No se trata solo de ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, sino más bien de constituir y sostener esos lugares como adecuados en la medida en que *articulen redes* de operatividad, responsabilidad y control.

La cuasi autarquía que reina en el área sanitaria, además de implicar una ineficiente asignación de recursos, constituye la base del problema al *diluir las responsabilidades*, al punto de acercarnos a una situación de *anomia*: se pierde el sentido de las leyes y sus fines, en un estado de disociación entre los objetivos de la población y su acceso efectivo a ellos.

En otras palabras, **no sirve discutir políticas con espíritu crítico sin disponer de órganos operativos idóneos** capaces de accionar en correspondencia a las finalidades requeridas.

Cualquiera que entienda de estrategia sabe que no se pueden cambiar las conductas si no se cambia la organización, y que no se cambia la organización si no se cambia la estructura y la cultura, aceptando como punto de partida la configuración social post pandémica existente, reconociendo el rol del Estado al asumir su responsabilidad intransferible como *garante del derecho a la protección sanitaria*.

Se trata, pues, de alinear responsabilidades políticas, técnicas y profesionales. Ni siquiera todas, pero sí la de algunos resortes fundamentales. Las universidades y colegios de profesionales no pueden quedar afuera de las directivas públicas; el subsistema privado no puede quedar al margen de (o peor, enfrentado a) una reestructuración que se limite al sistema público; los sindicatos y obras sociales no pueden ser un ente aislado; los distintos niveles jurisdiccionales no pueden quedar atomizados; y un largo etcétera.

Estamos acostumbrados a centrar la atención en la responsabilidad *ex post*, es decir, ante las consecuencias de la producción de algún estado de cosas (en términos de sanción o de reparación); pero debiéramos también reparar en la responsabilidad *ex ante*, es decir en quien tiene *el poder y el deber* de dar lugar a un determinado estado de cosas (o de evitar su producción).

Esta atribución de *responsabilidades prospectivas* se regula no con una simple predeterminación de acciones a realizar o evitar, sino al atribuir al sujeto responsable la capacidad y obligación de determinar la concreta acción a realizar para la persecución del fin establecido. Se trata de una regulación a través de "normas de fin" y no de "normas de acción".

Mientras que estas últimas califican deónticamente una acción (es decir, una lógica más bien binaria de lo correcto e incorrecto), las normas de fin obligan a perseguir un determinado objetivo, delegando en el destinatario el poder discrecional o la responsabilidad de seleccionar el medio óptimo para ello (aquella medida que, a la luz de las circunstancias del caso concreto y atendiendo a las posibilidades fácticas y deónticas,

“ El *federalismo* significa que representantes locales diseñen y administren políticas de acuerdo con las necesidades locales y regionales; de ninguna manera implica la autarquía, el aislamiento y la indefensión de cada provincia. Este es el peligro de la *autonomización*, que es la característica de sectores que actúan como si estuvieran emancipados de cualquier responsabilidad y compromiso con el Estado, dada la debilidad de la capacidad de control del mismo (y producto, en no pocas circunstancias, de delegaciones inducidas por el mismo Estado). ”

maximiza el fin con el menor coste posible).

Por último, la responsabilidad del Estado Nacional en su triple función de regulador, normatizador y garante, tanto del acceso equitativo a los servicios del sistema de Salud como de la correcta asignación de los recursos, no es transferible, por la propia Constitución, aunque sí delegable bajo normas de control.

El *federalismo* significa que representantes locales diseñen y administren políticas de acuerdo con las necesidades locales y regionales; de ninguna manera implica la autarquía, el aislamiento y la indefensión de cada provincia. Este es el peligro de la *autonomización*, que es la característica de sectores que actúan como si estuvieran emancipados de cualquier responsabilidad y compromiso con el Estado, dada la debilidad de la capacidad de control del mismo (y producto, en no pocas circunstancias, de delegaciones inducidas por el mismo Estado).

Por el contrario, en virtud del *principio de subsidiariedad*, el Estado Nacional debe garantizar los recursos y asistencia necesaria a las jurisdicciones que lo necesiten. Y bajo el principio de la *regionalización* debe crearse un instrumento único de información georreferencial, que permita la gestión eficiente de recursos para la satisfacción de las necesidades propias de cada espacio socio territorial, mediante la *organización en red* de los componentes y la fusión de fines a cumplimentar para concretar una política sanitaria que haga del acceso equitativo a un **sistema federal integrado de salud** un derecho y no un privilegio.

No se trata de un ajuste financiero y menos aún de un mercado de capitales: se trata del potencial vital de los argentinos, se trata del verdadero índice de la soberanía. ■

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Director Académico de la Especialización en "Gestión Estratégica en organizaciones de Salud"; Universidad Nacional del Centro - UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza; Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de "Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza" (2020). Autor de "La Salud que no tenemos" (2019); "Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud" (2018); "Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" - (2012) "En búsqueda de la salud perdida" (2009); "La Fórmula Sanitaria" (2003).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



EL MEDICAMENTO Y LA LÓGICA DEL MERCADO



Por el Prof. Dr. Sergio H.
Del Prete (*)

El alza de los fármacos, que con oscilaciones se venía produciendo a lo largo del año, se agudizó luego de que el nuevo gobierno ratificará que se buscará avanzar hacia un esquema de mercado que permita ordenar los precios relativos, dejando de lado cualquier tipo de regulación de precios.

Particularmente, preocupa el destino de las acciones que se venían desarrollando a lo largo del tiempo con los medicamentos éticos que requieren prescripción médica para su expendio y venta, establecida oportunamente entre el Ministerio de Salud, la Secretaría de Comercio y las Cámaras que engloban a los laboratorios de especialidades medicinales en base a subas acordadas que no superaran el 1% del IPC.

Hasta su vencimiento, operado el 31 de octubre, los precios venían incrementándose a un ritmo acorde en términos generales al de la inflación. Posterior a tal fecha, se observa no sin preocupación que, solo si se toma el período que va desde noviembre a hoy, los medicamentos registran un alza en promedio del 85%. No existiendo -en principio- retrasos que lo justifiquen. Pero si superando significativamente la inflación de igual período.

Si bien los medicamentos históricamente se han movido por encima del índice de inflación (IPC) - que según el INDEC a noviembre de este año alcanzó una cifra del 148% - tomando en cuenta el mismo período lo han sobrepasado ampliamente, llegando al 308%.

En particular, la velocidad del incremento registrado post Ballotage presidencial no solo ha puesto en alerta a los financiadores, sino que al mismo tiempo tal descontrol ha pasado a complicar la situación de pago directo por parte de los pacientes que los demandan.

Ya que no se trata de un bien económico de consumo habitual contra el que se puede elegir adquirir o sustituir, sino de un bien especial que frente a determinados tratamientos obliga a tener asegurado su acceso en el caso de solo poseer cobertura pública, o garantizar un precio medianamente accesible una vez aplicados los descuentos por parte de los aseguradores.

Los laboratorios farmacéuticos vienen argumentando que su volumen de ventas en el año ha venido cayendo al igual que su facturación, aunque paradójicamente para “compensarlo” aumenten los precios considerando la inelasticidad/precio de los medicamentos.

Pero lo que no parecen tener en cuenta es que, independientemente de lo que pueden cubrirles sus aseguradores (mínimo 40%), el salario o la jubilación y por ende los ingresos de los pacientes no aumentan a la par de la inflación, sino que tienden a

depreciarse. Con lo cual enfrentan barreras a acceder a cada vez menos remedios desde su bolsillo, lo que pone en riesgo la adherencia necesaria de los tratamientos indicados.

Que a pesar de estas cuestiones las nuevas funciones para la Secretaría de Comercio no delimiten necesarias regulaciones en el campo de los medicamentos suena algo complejo. Per se, el Ministerio de Salud no parece tener suficiente poder de fuego para regular las fallas del mercado del medicamento y su natural opacidad.

Tampoco se conoce si se dará continuidad al Plan Remediar y su canasta de medicamentos para quienes solo pueden ser cubiertos por el subsector público, la cual debería al menos ser revisada en función de la oferta que posee y la necesidad de su eventual ampliación. O que ocurrirá con los listados positivos de cobertura 100% del PAMI y al menos la garantía de su sostenibilidad para aquellos tratamientos de enfermedades crónicas que no pueden ser discontinuados.

Menos aún, si se insistirá con la aplicación de la prescripción por nombre genérico de los medicamentos, y se la hará obligatoria para garantizar la sustitución por precio a igual calidad más allá del nombre de fantasía.

Lo que permitiría no solo estimular la competencia por precios (un principio de la lógica del mercado) sino concientizar al médico que, en tanto siga prescribiendo el medicamento más caro, seguirá siendo funcional al marketing de la industria al tiempo que vera cada vez menguados sus ingresos.

También debería desalentarse la aprobación de medicamentos marginalmente eficaces, con beneficios estadísticamente “significativos”, pero clínicamente sin importancia.

Una estrategia integral para facilitar una mejor prescripción y favorecer descuentos también puede ayudar a mejorar la eficiencia de la gestión asistencial y reducir sus elevados costos. Ya que la contracción de la economía hará que los recursos del sistema pasen a ser más finitos, y la lógica del mercado sanitario terminará deglutiendo a quien resulta el único que lo moviliza según la particularidad con que mueve su lapicera.

Por supuesto que la mayoría de estos cambios requieren modificaciones en leyes y regulaciones existentes, por lo cual los médicos y las organizaciones médicas, así como los financiadores deberían establecer alianzas estratégicas y abogar por ellos.

Resulta decepcionante que haya mucho reclamo sobre merma en los ingresos profesionales, y poca promoción respecto de cambios en los mecanismos del mercado sanitario que realmente puedan lograr un impacto significativo en revertir la crisis que atraviesa y reducir la puja distributiva.

Por ejemplo, generar pautas de tratamiento específicas que tengan en cuenta el valor además de los costos. Las actuales a menudo solo presentan una lista de opciones de tratamiento aceptables para una afección determinada, aunque sin recomendaciones claras que orienten a los pacientes y a los médicos a elegir la opción más rentable y efectiva.

Antes que una reforma que lleve a un cambio de rumbo, frente a una economía que requiere ser reconstruida y en el contexto de una lógica de mercado sobre la que aún no queda en claro cuál será su dinámica final, pequeñas cosas en la dinámica del sistema sanitario -y especialmente en el particular campo de la industria farmacéutica- pueden hacer mucho para avanzar en la garantía del derecho a la salud. O, al menos, de la igualdad de oportunidades. ■

(*) Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata. Argentina - Director de Economía Sanitaria. IPEGSA.



OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

50 años de trayectoria y compromiso,
brindando salud de calidad

www.osim.com.ar

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



CHK

Consultores de Salud



Atención
especializada

- ✓ **Auditoria de Terreno y Facturación**
- ✓ **Optimización del Gasto**
- ✓ **Desarrollo de Redes Prestacionales**
- ✓ **Consultoría informática**
- ✓ **Consultoría en gestión de Sistemas de Salud**

Contacto:

Teléfono + 54 11-3698-6400

Correo electrónico a
chkconsultores@gmail.com

EL CONTRATO SOCIAL ARGENTINO



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

El leitmotiv, término acuñado por los analistas de los dramas de Richard Wagner, es el “tema musical recurrente en una composición”. Es una situación o una acción que se repite indefinidamente en el transcurso de la situación dramática. La historia argentina está plagada de leitmotiv...

Repetimos acciones con los consiguientes trastornos de nuestra sociedad.

La educación que luego de la sanción de la ley 1420, nos llevó a un índice de alfabetización y transmisión de contenidos igualitarios para todos, se vio atacada por múltiples reformas durante el siglo XX, que la disminuyó en calidad y en profundidad, a su esencia y espíritu de la educación pública, laica y gratuita en nuestra República.

La educación pública era parte de un proyecto de país que miraba a un futuro promisorio y de gran desarrollo.

Si los pueblos no se ilustran, si no se vulgarizan sus derechos, si cada hombre no conoce lo que vale, lo que puede y lo que se le debe, nuevas ilusiones sucederán a las antiguas, y después de vacilar algún tiempo entre mil incertidumbres, será tal vez nuestra suerte mudar de tiranos sin destruir la tiranía. ⁽¹⁾

Hubo otros componentes que modificaron el contrato social instituido por la Constitución Nacional.

El 10 de diciembre fue un día clave para el mundo y para la Argentina. En esa fecha la humanidad adoptó hace 75 años su contrato social más importante: la **Declaración Universal de Derechos Humanos**. Cuando es el propio Estado el que se transforma en delincuente esos crímenes deben ser imprescriptibles.

Consagramos así la expresión “Nunca más”, que estaba en los carteles escritos por los presos liberados del campo de concentración de Buchenwald para expresar el sentimiento antifascista, frente a las atrocidades del régimen nazi.

Para la Argentina también el 10 de diciembre es muy importante. Celebramos 40 años de nuestro propio contrato social democrático como país. No lo hicimos de la noche a la mañana. Fue un proceso de luces y sombras y tuvo varias etapas de consolidación. Pero está claro que nos permitió tener hoy una sociedad más sana y democrática que la que tuvimos hasta el 9 de diciembre de 1983.

El Derecho del Trabajo y el Derecho Constitucional argentino como parte del mundo jurídico

Tanto el Derecho del Trabajo como el Derecho Constitucional son una parte del mundo jurídico. Ese mundo posee, para nuestra

concepción iusfilosófica, tres ámbitos, dimensiones u órdenes: a) el de las conductas; b) el de las normas y c) el de los valores. El primero corresponde a la dimensión sociológica; el segundo a la dimensión normativa o normológica y el tercero a la dimensión delictológica. ⁽²⁾

En el orden de las conductas, encontramos comportamientos humanos que llevan a cabo un reparto o adjudicación de potencia o impotencia; de derechos y obligaciones. Esas conductas constituyen la realidad fundamental del mundo jurídico y en su conjunto conforman el orden sociológico y pueden ir generando modelos ejemplares que se sigan imitando; es decir que las conductas ejemplares tienen vigencia sociológica y equivalen al derecho vigente.

En el ámbito normativo encontramos las normas, cada una de las cuales implica la captación lógica de un reparto por un tercero neutral. Y finalmente, tenemos el orden de los valores, entre los cuales encontramos el más excelso e importante que es la justicia.

Valor trascendente y objetivo; no creado ni inventado por los hombres, sino sólo conocido y descubierto por ellos; se trata de un valor para el hombre. Conocido y descubierto por él, es justamente el hombre quien puede realizarlo temporalmente. No es autoejecutivo y actúa desde el deber ser, y aunque algunos sostienen que no es el único valor jurídico, no se niega que, en tal caso, preside un plexo de valores.

La concepción tridimensional del mundo jurídico, que instala en la Argentina Goldschmidt, describe así, en tres estamentos el mundo jurídico, empero, se ha llegado a afirmar que tales valores no son el techo último, sino que por encima de ellos está el valor “Ser Humano”, propio de toda persona, a cuyo crecimiento en plenitud se debe enderezar el derecho y la política, ya que allí encuentran asiento la juridicidad y la democracia de un Estado.

El fundamentalismo y simplismo de esta lectura, simbolizados en “El fin de la historia” de Fukuyama o “La Revolución Liberal” de Guy Sorman, llevó a que la gran mayoría de los países, entre ellos la Argentina, interpretaran que el nuevo orden mundial debía estar regido por la libertad de mercado a ultranza, pero sobre todo un Estado mínimo o ausente. Dejando que fueran libremente las fuerzas del mercado las que organizaran inclusive a satisfacción las necesidades básicas, como la salud o la educación.

En aquella época la comunidad internacional celebró un segundo contrato social, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena en 1993, donde se decidió que todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, son universales, indivisibles e interdependientes. Esa fue la respuesta a las violaciones de derechos humanos que tuvieron lugar en ambos bloques durante la Guerra Fría.

Pero ese consenso escrito no fue suficiente. El aumento de la exclusión, la pobreza y la desigualdad en el mundo, la degradación ambiental producto de la ausencia de regulaciones y las sucesivas crisis y especulaciones financieras, demostraron que no se trata de tener un Estado ausente y dejar todo en manos del mercado.

Porque de esa manera aquellos que son realmente vulnerables y están excluidos del circuito de desarrollo económico nunca podrán superarse, si no cuentan con un Estado que les de las condiciones básicas para salir adelante, como la garantía de tener salud, educación y oportunidades de un trabajo digno.

Recientemente la **pandemia** dejó en evidencia que todas las naciones del mundo, sin excepción, debieron defender la presencia del Estado, para salvar vidas, los puestos de trabajo o las empresas que debían cerrar sus puertas.

El 10 de diciembre tuvimos la oportunidad de consolidar la tercera etapa de nuestro contrato social democrático, con acuerdos nacionales que permitan una inclusión de los sectores más vulnerables de la población como actores protagonistas del desarrollo productivo, el comercio y el crecimiento económico nacional. **Eso**

mismo hicieron las naciones que hoy son más desarrolladas.

No solamente controlaron el déficit fiscal, y garantizaron un camino de estabilidad económica, crecimiento, inserción en el comercio internacional, y eficiencia y transparencia del Estado y los servicios públicos.

Al mismo tiempo que hicieron todos estos avances -que son absolutamente necesarios para ser un país desarrollado- tomaron la decisión de que **ese progreso no debía coexistir con millones de personas excluidas** que no pudieran satisfacer sus necesidades básicas, mientras el resto de la sociedad crece, comercia y se desarrolla.

Si consolidamos esta nueva etapa de inclusión de nuestro contrato social con una perspectiva de derechos humanos una vez más podremos proyectar nuestra experiencia al mundo si superamos nuestros problemas estructurales. Se trata de pensar más en generaciones de argentinos que en gestiones de gobierno. Y lograr un nuevo pacto de ciudadanía responsable, con la participación de todos los sectores de la sociedad y la totalidad de la dirigencia política.

Principios para una salud pública

Aunque no hay una definición concreta de la Cobertura Universal de Salud, ésta se da cuando se producen tres requisitos:

- 1) Que exista una legislación explícita que ponga en orden un sistema que ofrezca atención de salud para todos.
- 2) Que dicho sistema de salud cubra, como mínimo, al 100% de la población.
- 3) Que más del 100% de las mujeres embarazadas tengan asistencia sanitaria durante el parto.

Existen argumentos de peso para la provisión pública de salud: los proveedores privados tienen incentivos para inflar los costos y no participan en actividades de difusión para llegar a los más pobres y necesitados. ⁽³⁾

Como dijo Raúl Alfonsín el mercado no construye escuelas ni hospitales. ⁽⁴⁾

El sistema de salud argentino es **muy complejo**. Tiene un conjunto de dificultades que son propias de la Argentina y otras comunes con la situación mundial. Todo sistema complejo requiere de **una mesa amplia de diálogo** donde todos podamos aportar nuestra mirada y dialoguemos en cada lado del sistema. Sin diálogo efectivo no hay forma de transformar nada en un sistema democrático.

El sistema de salud ha tenido una respuesta verdaderamente significativa, muy positiva y valorada por la sociedad en todo el período pandémico.

Quiero reiterar conceptos ya vertidos en estas páginas, pero hoy son más vigentes aun...

Los trabajadores de la salud en base a las condiciones de trabajo y como son reconocidos y remunerados, están **insatisfechos**.

Ni hablar la situación de los médicos... con salarios y remuneraciones bajísimas, con pluriempleo, debilitando su capacidad de actualización científica, afectando a todos los subsistemas y en algunos casos, aumentando el costo y disminuyendo la eficiencia.

No lo podemos resolver con un único camino porque hay una historicidad y una capacidad aprendida de cada sector del problema que requiere un debate amplio. Cuanto más complejo es el problema, mayor participación se necesita.

Profundizar la integración de los todos los subsistemas

Vamos a tener que repensar todo el sistema de salud. Frente a las dificultades de financiamiento, la solución no puede ser achicar las coberturas, **porque donde hay una necesidad, existe un derecho**.

Hay que ser pragmáticos y empezar a integrar en el campo de acción de cada uno. Si todos avanzamos hacia la integración mediante la **complementariedad**, vamos a entender que **no estamos tan lejos**.

El mercado primero destruye el sistema de salud público y luego dice que el sistema público no funciona y que es un problema.

El Ministerio de Salud tiene una labor eje de este cambio.

La **gobernanza** del sistema es su norte, por medio de COFESAS que no queden en meras expresiones de deseos. Además de elaborar otras herramientas de debate y discusión, más adaptadas al nuevo tiempo y a formas de comunicación más modernas y efectivas.

Mediante políticas nacionales que se lleven a cabo activamente, con fiscalizaciones serias de los programas consensuados. Esta fiscalización debe alcanzar a todo el sistema prestacional, público y privado, controlando la calidad de las prestaciones que se brindan.

El Ministerio debe aumentar la fiscalización a través de la elaboración de modernas normas de control adaptadas al nuevo tiempo que vivimos

Además de **restablecer** una red de centros de salud y hospitales nacionales distribuidos a lo largo y ancho de la geografía de la Republica.

Deben ser ejemplos de calidad prestacional. Reservorios del conocimiento científico, avalados por las universidades nacionales e instrumentos continuos de renovación científica. Esto se traducirá en un aumento de la calidad prestacional y de inspiración para el modelo federal en vigencia.

Interactuar con las potencialidades regionales y locales a lo largo y ancho del país, para acrecentar el federalismo.

Regular la tecnología, ya que más tecnología no es más salud, pero sin tecnología no se puede. ⁽⁵⁾

Debería trabajar con las facultades de Medicina para elaborar en conjunto, una nueva currícula que se adapte a las realidades nacionales y no para que sirva a los intereses del mercado. Y además promover la ampliación del número de los hospitales de Clínicas, ejemplos fecundos de calidad médica. Procurar ayudar a las universidades nacionales a la modernización de los ya existentes. La regulación de los ingresos del personal de salud adaptados a la economía del país, haciéndolos dignos, para que puedan vivir sin carencias, es una meta que se debería cumplir en el corto plazo.

Como vemos, la labor del Ministerio de Salud es enorme... pero estamos en el tiempo de una nueva administración... todos los ciudadanos y ciudadanas alentamos nuestras esperanzas de un tiempo donde los intereses supremos de la patria indeclinablemente hagan latir muy fuerte nuestros corazones... ■

Bibliografía:

- (1) Frase de Mariano Moreno en Mayo la Revolución inconclusa - Alejandro Poli Gonzalvo - Edic. Corregidor 2011.
- (2) Martin McKee, investigador de la *London School for Hygiene and Tropical Medicine* - El reto de la Cobertura Universal de Salud (CUS) Oxford/2021.
- (3) ¿Se puede construir un contrato social global para la salud? El seminario internacional "Construyendo un contrato social global para la salud en el siglo XXI", organizado por el Laboratorio de Ideas de ISGlobal en colaboración con Open Society Foundations, que tuvo lugar el 7 y 8 de noviembre de 2023 en el Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona (CCCCB).
- (4) Raúl Alfonsín (1993): "El mercado no construye ni escuelas ni hospitales"- Programa televisivo Hadad-Longobardi - https://www.youtube.com/watch?v=LHADj-_J66Q
- (5) La renovación de las energías utópicas - Por el Dr. Mauricio Klajman - Revista Médicos.

(*) Director Médico Nacional - Obra Social de los Trabajadores de Televisión.

PROYECTOS PPP EN SALUD

¿LO QUÉ SE VIENE?



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Según han manifestado las recientemente asumidas autoridades nacionales, las restricciones fiscales vigentes imponen un techo al desarrollo de la obra pública, a menos que ésta sea financiada por el sector privado. Este anuncio, posiblemente impacte en el sector salud, a través de la reinstalación de los proyectos de Asociaciones Público-Privadas, iniciativa que ya se intentó implementar en los años 2016–2018.

Los proyectos PPP, en lo esencial *aluden a un contrato de servicios de largo plazo (entre 20 y 30 años) entre una dependencia gubernamental y un consorcio privado, el que se compromete a financiar, diseñar, construir, equipar, mantener, conservar y operar el activo físico puesto en disponibilidad a fin de llevar a cabo actividades de apoyo con calidad preestablecida de modo tal que posibiliten al Sector Público la prestación del servicio principal, recibiendo a cambio una contraprestación dineraria sujeta deducciones vinculadas a la evaluación de desempeño medido por estándares pre determinados*, y en el que el sector privado se hace cargo de la operación de los activos en cuestión, así como de diversos servicios adicionales. La propiedad del terreno es pública, y el desarrollo de la actividad principal queda a cargo del sector público.

La contraprestación por los servicios se genera mediante un mecanismo de pago que vincula el valor de la tarifa en su expresión mensual con las deducciones ponderadas que por fallas de calidad o de provisión que eventualmente ocurran, y que la autoridad contratante determine. Por definición, estas fallas o defectos en la provisión de servicios se vinculan con estándares de calidad contractualmente especificados y a los que el sector privado debe dar satisfacción durante toda la vida del contrato.

Por lo anterior, un contrato PPP no es una concesión en el sentido tradicional de la misma, porque ésta tiene por principal característica el hecho que una entidad pública *concede* a un particular la prestación de un servicio o la construcción de una obra y, en consecuencia, el particular asume la prestación de un servicio público en nombre del Estado. Y porque en los modelos

PPP la condición de viabilidad requiere de una evaluación costo-beneficio que le sea favorable con relación a un proyecto tradicional.

Es importante destacar que el financiamiento del proyecto queda a cargo del sector privado, de modo que, con independencia del origen de los fondos públicos erogados para la contraprestación estipulada, ésta se incluye en el gasto corriente de la dependencia participante a través de devengados plurianuales, por lo que a través de una PPP el sector público es capaz de desarrollar infraestructura sin endeudamiento.

Desde su origen en los tempranos años 90 en Inglaterra y hasta el presente, Salud ha sido uno de los sectores económicos en los que el modelo siempre ha estado presente, incorporando el *diseño, construcción y equipamiento médico, telecomunicacional e informático del hospital, el mantenimiento y eventual renovación tanto edilicio como tecnológico, biomédico e instrumental*, y la totalidad de los servicios no asistenciales, *(administración de las instalaciones, limpieza, alimentación, eliminación de residuos, hotelería, ropería, seguridad, gestión de servicios públicos, etc.)*, entendidos como un conjunto integrado desde una estructura organizacional que se ocupa de la gestión y provisión total de los mismos a través de una conducción centralizada sistematizada e informatizada, obligada a proveerse a sí misma de los insumos y recursos necesarios para el funcionamiento, que actúa como única contraparte frente al contratante, y ante el cual debe dar cuenta de su desempeño.

El sector público retiene para sí el recurso humano a cargo de las prestaciones asistenciales y la provisión de insumos asistenciales específicos (drogas, medicamentos, descartables, etc.).

En la medida que las actividades específicas siguen a cargo del sector público el modelo no modifica las características centrales del sector, por lo que los servicios siguen siendo públicos, a través de funcionarios públicos, gratuitos en el sitio de provisión, financiados por recursos públicos y en los que el Estado retiene para sí íntegramente su función de rectoría.

Bajo tal conceptualización, Inglaterra inicialmente, pero luego toda Gran Bretaña, Italia, España, Francia, Holanda y, Suiza entre otros en Europa a partir de fines del Siglo XX y México, Perú, Chile, Uruguay y Colombia en A. Latina avanzaron firmemente en esta dirección.

Así planteadas, la hipótesis es que las APP podrían proveer mejoras en términos de calidad y de simultánea reducción de gasto, en la medida que los incentivos que para producir con eficiencia recibe el sector privado generarían una mayor disponibilidad de servicios de apoyo, con su consecuente tracción hacia la productividad, la oportunidad y la calidad, para lo cual es obligada la presencia de un Estado dotado de herramientas de gestión capaces de regular, controlar y eventualmente sancionar al sector privado, así como de generar estructuras administrativas adecuadas y funcionariado dotado de probidad y capacitación. **No es lo que necesariamente ha sucedido en todos los países en los que el modelo fue aplicado.**

Se verifica, en la ciertamente controversial experiencia recogida hasta el presente, que los proyectos bajo modelos de PPP optimizan su desempeño cuando el sector público cuenta con gestores calificados, y es capaz de identificar claramente los servicios requeridos, de imponer estándares precisos, posibles, racionales y cuantificables al sector privado, y cuando puede traducir esto en indicadores explícitos que reflejen apropiadamente la distribución de riesgo determinada para cada proyecto específico.

Como contraparte, *su mayor peligro es que sólo sea implementada como un modelo de mero financiamiento, en el que el sector público desarrolle infraestructura sin desembolso inicial, y el sector privado obtenga beneficio independientemente de la calidad y -lo que es central- de la rentabilidad social del modelo.* Este riesgo se ha hecho cierto en numerosas oportunidades. Reformulados y reimplementados los resultados han sido dispares a lo largo de ya más de 30 años de historia.

Sin embargo, las restricciones fiscales imperantes, la obsolescencia de la infraestructura pública en salud, la plena vigencia de la Ley 27328/16 (de Contratos de Participación Público - Privada) y la ya anunciada intención de su implementación, probablemente instale el debate en la agenda sectorial *una vez traspuestos los desalineamientos macroeconómicos que condicionan su posibilidad.*

Indudablemente que la puesta en valor de nuestra infraestructura hospitalaria requiere conciliación con el concepto de Hospital para el Siglo XXI. Instalaciones dignas y confortables, equipamientos acordes al nivel de complejidad pretendido y óptimo funcionamiento a lo largo del tiempo. Hospitales vinculados con la comunidad, centrados en cuidados progresivos, gestionados a través de modelos que admitan compromisos contratos e incentivos, apertura a tecnología compleja ambulatoria, estadías abreviadas, equiparación de indicadores de resultados con los mejores centros de referencia...

¿Pueden los PPP en salud proporcionar ese salto cualitativo? No. De ningún modo una mera herramienta puede ser capaz de generar per se cambios de real significación en el diseño y aplicación de una política pública, pero en nuestro escenario sectorial, advirtiendo su méritos y sus posibles desviaciones, tratándose de una alternativa de gestión financiera capaz de modificar el modelo de provisión de servicios públicos, *tal como sugiere la propia Organización Mundial de la Salud*, su implementación puede ser una oportunidad para fortalecer en el ejercicio de la tarea asistencial, los mismos objetivos comúnmente reclamados para la provisión, producción, consumo o utilización de cualquier otro bien, incluso aquellos que no revisten el nivel de meritoriedad del que sí está investida la salud: *calidad, seguridad, eficiencia, profesionalismo, transparencia, ética de servicio, seguridad en los procesos, niveles de descentralización adecuados, transferencia de riesgos, medición de resultados, política de premios y castigos, y reconocimiento explícito de derechos en materia de equidad e igualdad.* ■

Referencias:

1. Glanc M. - Modelos de asociación público-privada en el desarrollo de hospitales en A. Latina. Análisis de una década de experiencia. Eds. Isalud 2015.
2. García Medina U. - Proyectos para Prestación de Servicios (PPS) en México. Proyectos de Prestación de Servicios: Compilación de Experiencias. Publicaciones Indetec. 2008.
3. Mc Kee Martin, Edwards, N & Atunc R, Public-private partnerships for hospitals. World Health Organization Bulletin of the World Health Organization 2006; 84:890-896.
4. Hsu J, The relative efficiency of public and private service Delivery. World Health Report (2010) Background Paper, No 39.

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



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

LEGADOS...



"El principal derecho es el derecho a la vida de todo Ser Humano".
Robert Badinter

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

En París, en una tarde de lluvia, recorriendo librerías de usados, un joven y ya prestigioso abogado, descubre una carta, que lo hermanaba a su propia devoción, fechada alrededor de 1873. Su autor Víctor Hugo,⁽¹⁾ escritor emblemático del *Romanticismo*, luchador incansable por el bien común, reclamaba a voces igual búsqueda que sus propios desvelos...

Ese gran abogado era Robert Badinter⁽²⁾ hoy a sus 95 años continua en esa lucha por la dignidad: los derechos fundamentales del *Ser Humano*. Artífice de la ley de abolición de la pena de muerte, ejerciendo el cargo de ministro de Justicia en 1981 declaraba frente a la Asamblea Nacional Francesa "**La abolición de la pena de muerte es una victoria moral poco habitual que el hombre ha ganado sobre sí mismo**".

Patrimonios intangibles de la humanidad

La UNESCO organismo de las Naciones Unidas, se ocupa de contribuir a la paz y a la seguridad en el mundo mediante la promoción de la educación, la ciencia, la cultura y las comunicaciones. Nació en 1945 de un clamor colectivo, para encontrar respuestas que preservasen, los valores inmateriales, como legado intangible de la riqueza espiritual de la humanidad.

En este contexto transdisciplinario de filósofos, sociólogos, juristas, antropólogos, psicólogos, médicos, artistas y tantos otros, se definen estos patrimonios que le dan sentido a la vida de los pueblos, sus identidades y dignidad...

Los **Legados** son esenciales para nuestra salud física, psicoemocional, social y espiritual. No solo abarcan la familia, amigos, trabajo... ¡La Epigenética y mucho más!⁽³⁾

En 2023 somos beneficiarios de la ciencia, el arte, la filosofía, la música, la plástica, la lucha por los derechos que lograron ancestros, las comunicaciones, etc.^(4,5,6)

Caminamos sobre el surco que nos dejaron. Sin bajar los brazos, infinidad de luchadores siguen trabajando a pesar de las huellas ecológicas espantosas y de los fracasos... no capitularon, no se rindieron...

¿Las nuevas generaciones tiene acceso a conocer sobre estos legados? Estos son los valores intangibles que una generación transmite a las generaciones siguientes.^(2,3,4,5,6)

¿Una dimensión para elaborar sobre qué legado dejamos en nuestro paso por la vida?

Definiendo salud...

El Dr. Eduardo Sarué, médico sanitarista uruguayo definió hace años que: "La salud es la posibilidad de comer, dormir y relacionarse con otros de forma armónica, de tener flexibilidad a los cambios, envejecer transmitiendo experiencias y conocimientos"... le sumaría **la capacidad de cultivar el altruismo como sentimiento imprescindible en la continuidad del género humano en el planeta...**

Más allá del nihilismo de lo circunstancial, de escenarios horribles de dolor y destrucción que nos atraviesan, la historia en la tierra objetiva en legados, horizontes que imaginaron mujeres y hombres, que lograron ir más allá del presente, y de sus propios límites.

Es tiempo hoy de reflexionar sobre la salud, la nuestra y la de los otros, ¿cómo vivimos y brindamos prestaciones de salud? ¿Cómo se financia la salud y nuestra responsabilidad inmediata en estos hechos? ¿Qué podríamos hacer hoy cada uno de nosotros en los territorios de nuestras acciones?

Integralmente todo incide en la vida de las personas. Nadie queda afuera, ni ricos, ni famosos. Los más vulnerables son quienes más lo padecen, pero en la línea del tiempo los ciclos vitales de todo el contexto social emergen resultados no previsto ni deseados.

El filósofo Michel de Montaigne lo señaló hace 500 años, aquel que dijo "Mi vecino es mi hermano".⁽⁷⁾

La constelación de factores ambientales, políticos, sociales, antropológicos, familiares, individuales y colectivos conforman los escenarios donde interaccionan todos los protagonistas sociales.

Es imposible soslayar las guerras, las pandemias, el cambio climático, la estanflación, la inseguridad alimenticia y laboral, o una educación inaccesible en economías donde solo prevalece el libre mercado y el sálvese quien pueda, pero... *No siempre se puede salvar quien cree que se salva solo...*

¿Cómo es posible que un médico, o integrante del equipo de salud, con un salario injusto llegue a fin de mes, alimente a su familia, estudie o se traslade?

¿Cómo es posible que una familia no tenga acceso a una vivienda, a nutrirse de alimentos seguros, de una educación adecuada, de accesibilidad a salud, a envejecer con imprescindibles seguridades? Todo incide en el sistema de salud... y en la sociedad...

Infancia, adolescencia y juventud

¿Cómo construimos nuestra percepción de la realidad? Cada vez que opinamos sobre un tema... ¿quién habla por nosotros? ¿En qué medida nuestra psiquis selecciona y ordena los recuerdos y marcas bajo la influencia de los adultos y ambientes que impregnaron nuestra niñez?

Boris Cyrulnik, (8,9,10) médico, neuro psiquiatra desarrolla en sus múltiples libros la construcción de la psique desde el vientre materno, la posibilidad de resiliencia y la importancia de los vínculos afectivos.

Cuando nos referimos a la primera infancia la comprendemos como el período vital del ser humano, desde la gestación hasta alrededor de los cinco años, ciclo en el cual los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades y habilidades. Ya en el vientre materno el niño comienza a ser parte de todas las vivencias de su madre, su entorno, las carencias o posibilidades. La infancia se extiende hasta los 10 - 11 años aproximadamente cuando emerge la preadolescencia.

Los niños necesitan moverse libremente, correr, saltar, trepar, arboles jugar con sus pares. En las grandes ciudades están presos, atrapados en largas horas entre maternas, preescolares, y escuelas que hoy ya necesitarían, evaluar si sus propuestas alcanzan a

cubrir las necesidades de generaciones con ambientes sustancialmente diferentes a las otras. Con asimetrías de propuestas según sean públicas o privadas. Con grandes sacrificios de docentes y padres atravesados por las vicisitudes de las circunstancias.

Así transcurre una niñez que complica todo su ciclo vital. Todo esto incide en el sistema de salud, se proyecta a lo largo del tiempo. Necesitamos tratar estos temas inter/transdisciplinariamente, pensar con creatividad y templanza. Los bebés y niños necesitan ropas amplias y cómodas, la moda no les importa... Necesitan que les lean libros ya desde el vientre materno, necesitan escuchar músicas sinfónicas, étnicas, músicas con un desarrollo que estimule sus psiquis y su imaginación. Necesitan espacios para jugar con los elementos simples y jugar con otros niños. ^(11, 12, 13)

Los bebés y niños, adolescentes, jóvenes necesitan nutrirse, contar con sus cuatro comidas diarias, que aseguren los nutrientes indispensables para su crecimiento y desarrollo. Los adultos, adultos mayores y ancianos, también necesitan sus cuatro comidas diarias, es imprescindible una sociedad nutrida de alimentos materiales y espirituales. **Reflexionemos...**

El tsunami digital, ambiental y económico...

Los pediatras, psicopedagogos, docentes, profesionales que interactúan con bebés, niños, adolescentes y jóvenes, están alarmados por los estragos que las pantallas provocan en sus conexiones neuronales, en su volátil atención. El tema reside en la cantidad de horas de uso, no en el uso en sí.

Los padres abrumados por las exigencias cotidianas ceden frente a la seducción de los dispositivos... La extensión de tiempo bajo este espejismo está generando minusvalías que se manifiestan en la adolescencia y más allá.

La adolescencia, requiere cuanto antes toda nuestra atención. Representa un grupo olvidado, del que solo se ocupan algunos padres, docentes, profesionales de salud-educación o trabajadores sociales. Los servicios de adolescencia son escasos, y representan una larguísima lucha dentro de las instituciones.

Frente a los tsunamis digitales, ambientales, económicos ¿cómo crecerán estos adolescentes y jóvenes? ⁽¹⁴⁾

¿Qué impacto tiene todo esto en sus vidas y las nuestras y en la trama social? Es posible vencer el escepticismo, encontrar respuestas a la medida de nuestras posibilidades y trabajar en la búsqueda de construir una huella que facilite el paso de quienes tomaran la posta, es hoy aquí y ahora. ⁽¹⁵⁾

¿Cuándo se aceptará, que la promoción de la salud, la prevención, la atención primaria de la salud, son los ejes primordiales que podrían atemperar un presente / futuro que nos amenaza? ¿Hasta cuándo seguirán compitiendo los pediatras, con los médicos de familia? ¿Y los financiadores desconociendo, las severas deficiencias de sus decisiones? ¿Ya no hay más tiempo.

Perdemos pediatras valiosos, enfrentamos graves dilemas en las estructuras de los sistemas de salud, es increíble que se ignore el valor de la medicina familiar como herramienta estratégica, imprescindible en la gestión sanitaria actual.

Una declaración de la UNESCO sería un aliciente, un llamado más a buscar soluciones ignoradas. Necesitamos trabajar al unísono pidiendo por la salud, más allá que un Alma Ata "Salud para todos en el año 2000" que no fue, pero dejó un surco por donde seguir horadando.

Los caminos se trazan con múltiples trazos de quienes lo imaginaron, aquellos que dejaron su vida, sus obras, sus anhelos, horas tras horas. Así nacieron los grandes logros de la humanidad: los legados... ■

Bibliografía

1. Víctor Hugo - Noventa y Tres - Ed. Losada - Los Miserables <https://educacion.seducoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2023/10/16.-Los-Miserables-Victor-Hugo.pdf> - El Jorobado de Notre Dame - Editorial Losada.
2. Robert Badinter - La Grande Librairie - Entrevista exclusiva <https://youtu.be/p-26MHk9uxU?si=a0tkwXMG08SdweEO>, Derechos humanos: una creación continua - https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262557_spa
3. Javier Marcos Arévalo - El patrimonio como representación colectiva. La intangibilidad de los bienes culturales http://www.ugr.es/~pwlac/G26_19Javier_Marcos_Arevalo.html?affid=b521622dc42f464d377382b732e0e81f
4. Amin Maalouf - Samarcanda - Ed. Alianza - Editorial Mexicana
5. Thomas Piketty - Breve Historia de la Igualdad - Ediciones Paidós
6. Cristopher Nupen - Documental - Piazzolla <https://www.youtube.com/watch?v=owJEv-Be5hI>
7. E. J. Hobsbawm - Historia del Siglo XX - Ediciones Paidós
8. Michel de Montaigne - Ensayos Completos - Ediciones Orbis
9. Boris Cyrulnik - Los patitos feos - Envejecer con Resiliencia - Ed. de Bolsillo Clave
10. Boris Cyrulnik - entrevista https://youtu.be/_IugzPwpsyY?si=L9AWTfMHLROjJSIq
11. Judith Akoschky <https://youtu.be/Ash3cQPeZmo?si=VJ6tp5k-YHjwK8Gca>
12. Goldberg - Variations Complete (J.S. Bach BWV 988), with score, Kimiko Ishizaka piano <https://youtu.be/15ezpwCHtJs?si=Px-9TCHVQ8wXw3RpK>
13. Camille Saint-Saëns: Le carnaval des animaux, Op.93 (FULL) <https://youtu.be/Taeq39z64Z4?si=GH3W0plo3Amp9BAG>
14. Actividad física y uso sedentario de medios tecnológicos de pantalla en adolescentes <https://roderic.uv.es/items/d6ec26c8-a1b9-48d6-a504-f36abac5db>
15. Tribute to John Williams - Pietari Inkinen - DRP Harry Potter <https://youtu.be/Q000jRrOia0?si=nzZy16hIOBI45uTo>
16. Edgar Morin "Los siete saberes necesarios para la educación del futuro" - UNESCO - Ed. Nueva Visión / 2015

(*) Médica sanitarista - Epidemióloga



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

RC MÉDICA: LA PERSISTENCIA DE LOS RECLAMOS (PARTE III)



Por Fernando G. Mariona
Abogado (*)

Y... ¿Por qué se llega a juicio y cuestan tanto?

"No hay peor siniestro que aquel que no se arregla" ⁽¹⁾, me decía un reconocido CEO de una reaseguradora alemana, del ramo de Responsabilidad Civil Médica, en la primera década de este siglo. Y tenía mucha razón.

En primer lugar, recordemos que en los inicios del pico de litigiosidad (1985 en adelante) no existía en la Argentina la "Mediación", como método alternativo de resolución de disputas como trámite previo al juicio. Hoy en día de las 23 provincias y un distrito federal solo son tres las que no poseen sistema de mediación prejudicial obligatoria: ellas son La Rioja, Tierra del Fuego y Santiago del Estero.

Esto nos indica que en general podrían existir en praxis médica muchas más mediaciones, si bien, de un fácil análisis de mercado no todas las provincias argentinas poseen similar proporción de establecimientos asistenciales privados, así como de médicos ejerciendo sus profesiones y especialidades, como en otras regiones "centrales", tales como Tucumán, Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires o CABA. En aquellas con menos efectores son otorgadas pocas coberturas asegurativas, o por falta de requerimiento, por una parte, o tal vez todavía algún resabio del mal entendido "paternalismo médico", que perdura en el ámbito de la relación médico-paciente, y el "a mí no me va a pasar", obste a una mayor contratación.

Igualmente, no perdamos de vista que son varios los aspectos que influyen en la persistencia de los reclamos y sus cada vez más cuantiosas sentencias. Hoy, solo estamos viendo uno de ellos.

Luego de aquel primer desembarco ofensivo de 1985 en las playas de la Mala Praxis, la comunidad médica, quejosa, desorganizada, desde una endeble defensa técnica, comenzó a requerir de los aseguradores, más allá de la cobertura de seguro, la "prestación de servicios". Dentro de ellos se encon-

traba la defensa penal. Sabido es que en la cobertura de responsabilidad civil en general y obviamente también en la médica, el asegurador no está obligado a brindarla. "Puede" pero no "Debe".

La comunidad médica ya había vivido algunas experiencias, y con el requerimiento de la "cobertura de defensa de los asuntos penales", más que nada apostaban a la cobertura del costo de esa defensa, que es elevado. También en aquél entonces comenzaba a hablarse de la "Prevención".

Más allá de la capacitación en conceptos básicos sobre qué era y por qué existía la responsabilidad civil médica, la indemnización por un daño injusto, y la posible comisión por parte del médico de conductas negligentes, imprudentes o imperitas, comenzaron a aparecer grupos de profesionales altamente especializados, intentando capacitar a médicos e instituciones no solo en la *prevención de los daños a los pacientes*, sino también en el *análisis, identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos* a los que estaba expuesto el acto médico y sus efectores, con la finalidad de brindar ese "servicio" que la comunidad médica requería, sin saber muy bien en qué consistía en su integralidad el requerimiento.

Las aulas de posgrado de medicina legal estaban repletas de médicos que deseaban alcanzar la especialización de "Médico Legista". Las motivaciones eran varias. La más errónea era la de saber medicina legal para ejercer su práctica y su especialidad "más seguros".

No podemos olvidar que simultáneamente también se formaron grupos de médicos y abogados, quienes, tentados por la posibilidad de rápidos acuerdos, se dedicaron y dedican a asesorar a pacientes o a abogados de pacientes, para encontrar las posibles fallas en el procedimiento, que pudieran haber producido el daño, entregando un *informe médico legal* que permitirá al eventualmente damnificado, reclamar en sede judicial.

Las bases de datos de los *departamentos de siniestros y legales de las aseguradoras del riesgo* son una fuente de precisa e inmejorable información, para poder efectuar un análisis y evaluación minuciosa de la siniestralidad. Simultáneamente, por una cuestión de logística del *Órgano de Contralor*, esa información, en otro formato llega, en forma confusa, y toma estado público.

Si se analiza actualmente la cantidad de juicios que cada aseguradora de praxis médica tiene en trámite, se advierte un incremento o al menos una regularidad que no ha "remitido" con el curso del tiempo.

De otro lado el contrato de seguro contiene una serie de normas o cargas con plazos de cumplimiento obligatorio para ambas partes de dicho acuerdo, que no son cumplidas como es debido. Ni por el asegurado ni por el asegurador.

Los incumplimientos del asegurador del riesgo son parte de la existencia persistencia o quizás del aumento de los reclamos, e inclusive del a veces desmesurado incremento de los montos de las sentencias condenatorias, que causan un grave perjuicio a los aseguradores.

Ocurre que, corridos treinta días a partir de la denuncia al asegurador del reclamo recibido por el asegurado, si el asegurador no lo rechaza por alguno de los motivos expresados en el

contrato como incumplimiento del asegurado, de las cargas mencionadas *supra*, el asegurador incurrirá en mora.

Esto significa que el asegurador debe liquidar el siniestro, establecer el monto para la reparación del daño a cargo del asegurado, y luego de los treinta días de aceptada la responsabilidad, hacer un pago a cuenta o pagar totalmente, dentro de los límites de la suma asegurada contratada por el asegurado. Cosa que no se hace. Y vamos a juicio... Y pasan los tiempos y la suma asegurada cada vez alcanza menos.

Sin embargo, los asegurados, "entregados" a los servicios que el asegurador le promete que le brinda, mansamente dejan que los tiempos pasen. Hay un grave defecto de información del asegurado, ya sea institucional o individual, y no hay seguimiento del trámite ⁽²⁾, ni por los asegurados, ni por los productores, ni por los brokers, ni por los departamentos contables administrativos de los establecimientos asistenciales.

Más allá de esto, generalmente, el asegurador designa al abogado que le representará en el juicio, quien es del mismo equipo del asegurador. Algunos fallos han comenzado a analizar este "conflicto de intereses" que se estaría produciendo entre ambas partes del contrato, por una inadecuada gestión de la litis en representación del asegurado, máxime si se considera que dicha gestión tendrá siempre el límite de la suma asegurada.

Por otra parte, las consignas para la recolección de datos exigida por la SSN ⁽³⁾ en la reglamentación de datos para la siniestralidad en este ramo es de una inusitada "pobreza franciscana".

Las distintas jurisdicciones judiciales y su des-interconexión no solo para conocer cantidades y casuística, sino para establecer una base de datos acorde a la realidad económica de nuestro

país es conocida, así como la inexistencia de una más uniforme cuantificación de los daños físicos, o la creación nunca alcanzada de un baremo de los daños producidos por la praxis médica y dejar la utilización del baremo de daños producidos por accidentes de automotores, o accidentes de Trabajo, ⁽⁴⁾ son asignaturas pendientes tanto del mercado cuanto del órgano de contralor, pese a los reclamos y llamados de atención de especialistas en los temas mencionados.

¡Los tiempos de la justicia son eternos! Los tiempos del procedimiento a cargo de los letrados de los demandados y las citadas en garantía, otro tanto. Los tiempos del procedimiento a cargo de los letrados de quienes demandan, en el límite de las caducidades. Las decisiones de los jueces respecto de estos pedidos, de naturaleza garantistas, ⁽⁵⁾ casi más allá de lo permitido. Pareciera que la espalda del asegurador todo lo puede aguantar,

Casi constantemente son las sentencias en que los montos de reclamo fijados en la fecha del decisorio son tan elevados, que ya en ese instante le producen al asegurado una situación de Infraseguro ⁽⁶⁾, la que luego, al llegar el momento de la sentencia definitiva supera con creces la suma asegurada.

Ocurre que el asegurado compra el seguro por el precio y no por el riesgo. Y eso significa que el asegurado al contratar mal acepta afrontar personalmente la fracción o porción de los daños *no cubiertos*, por la insuficiencia de la suma asegurada.

Existe una corriente jurisprudencial de los tribunales inferiores, intentando responsabilizar a las *aseguradoras del riesgo de praxis médica*, citadas en garantía y co-condenadas junto con el asegurado, por la producción del daño, por no haber aconsejado al asegurable la contratación de una suma asegurada



www.sanidad.org.ar

mayor, con la intención de que dichas empresas no solo paguen la suma asegurada, sino en caso de infraseguro, la totalidad de la condena.

Un verdadero problema para asegurados y aseguradores, ya que, por una parte, en el seguro de *Responsabilidad Civil Médica*, que es un seguro de *daños patrimoniales*, donde no existen los denominados "daños parciales", es harto dificultoso establecer una suma asegurada acorde con la exposición a riesgo en el momento de contratarla. Aquí también existe un deficiente entendimiento de la cobertura que se contrata. Todos miran el precio, no el riesgo.

Durante años, las aseguradoras de praxis médica que brindaban una cobertura técnica denominada "de reclamos" (claims made), trataron de hacer entender al mercado, a los productores y a los jueces que la gran ventaja de esta cobertura era la de que la suma asegurada que atendería el reclamo sería la vigente al momento del reclamo y no al momento del hecho (salvo claro está que ambos hechos hubieran ocurrido durante la misma póliza vigente).

Los asegurados, los productores y los aseguradores cometían el reiterado error de renovar los contratos por la misma suma asegurada del año anterior.

Los montos de los reclamos y las insuficiencias de las sumas aseguradas hacen imposible la negociación, y se prefiere -irresponsablemente- dejar que el proceso avance y tal vez lograr acuerdos, antes de la apertura a prueba, una vez que se conoce lo que ha "escrito" la parte actora y cómo piensa probarlo, cosa que muy pocas veces ocurre, ya que al ser varias las partes involucradas, cuando llega ese momento procesal, o no se estudió el tema, o ninguno de los representantes tiene "instrucciones".

Como ya fue dicho, muchas son las partes y es muy difícil en esa etapa procesal y en estos momentos de la economía de la Argentina y de las aseguradoras, llegar a acuerdos.

En definitiva, el 50% de los reclamos ha sido iniciado rápidamente con un juicio civil, con beneficio de litigar sin gastos y en algunos casos medidas de prueba anticipada. En ciertas ocasiones se ha pedido la *Pericial Médica* como prueba anticipada, con escaso éxito para el otorgamiento de una indemnización en menor tiempo, o al menos para saber si existe o no "el caso". La visión en ese sentido del *Órgano Jurisdiccional* padece de una falta de practicidad notable, o de miopía sobre la actividad médica.

Si bien la cobertura de *Responsabilidad Civil Profesional Médica* ya sea individual como institucional, recién comenzó a desarrollar su actividad en enero de 1980, ya es tiempo suficiente como para haber evaluado el resultado en materia de condenas, el que en el contexto general parece seguir siendo bajo, pese a que el índice de litigiosidad se mantiene elevado y el monto de los reclamos cada vez es de mayor envergadura. Un verdadero milagro.

Desde fines del siglo XX hasta la actualidad el índice de condenas ha ido en aumento y hoy podemos afirmar con un alto grado de certeza que es del 19%. Para llegar a este número hay que hacer un gran esfuerzo político, que permita ir lentamente compartiendo información entre aseguradores, cosa que lamentablemente no ocurre.

El índice informado no debería ser utilizado por la comunidad médica como premisa, para concluir que los reclamos contra los médicos son infundados, pues en general los aseguradores han pagado cientos de acuerdos por reclamos en mediación, en juicio y por sentencias varios millones de pesos, así como acuerdos en juicio y extrajudiciales.

Parafraseando a un colega, los aseguradores en general han

dejado llegar a sentencia, aquellos casos que estaban convenidos que habrían de ganar, pero que les fue imposible acordar pues su monto era desmedido.

No coincido con dicha apreciación, ni con la eventual conducta del asegurador, ya que esa política, en estas latitudes, el paso del tiempo y el sistema de la sentencia coloca infaliblemente al asegurado frente a una situación de infraseguro, como ya fue explicado, que podría ser considerada temeraria ⁽⁷⁾, y al asegurador, frente a la complicación de sus reservas por siniestros.

Al respecto la Sala M de la Cámara en lo Civil en "Sione c/ Santana" así se ha expresado, en una cuestión de accidentes de tránsito donde la cobertura de responsabilidad civil es obligatoria. Es un antecedente para ser tenido muy en cuenta por los asegurados, si bien en praxis médica ni la SSN ni la CSJN, han cambiado su criterio en relación con los límites de la suma asegurada.

La presión de las *Salas Civiles y Comerciales* es cada vez es mayor. No sería extraño, frente a la falta de capacidad económica de las aseguradoras para dar coberturas más amplias, el nuevo Código Civil y Comercial y los montos de las condenas, que nos encontremos prontamente frente a una situación de *Plenario*.

Por ahora, la comunidad médica está más preocupada por los amparos, que por los juicios por mala práctica. Vaticino que en el corto plazo habrá cambios. El tema es que los sepan hacer. ■

Referencias:

- (1) "Arreglo"; acuerdo, trato, pacto, negociación, convenio, estipulación, conciliación, transacción. La palabra arreglo no es bien vista por los médicos. Lo ven como algo "turbio" aunque sea para favorecerlos.
- (2) Extrajudicial y Judicial. Se observa una total falta de comunicación entre el Asegurado con el Asegurador, el Productos-Asesor, el Broker y el Abogado que defiende al Asegurado designado por el Asegurador.
- (3) Superintendencia de Seguros de la Nación
- (4) Me refiero a los daños psicofísicos no producidos por un Acto Médico.
- (5) No dictan las Caducidades.
- (6) Tener una suma asegurada que no alcanza para pagar el monto de la condena. Técnicamente, diferencia entre el Valor Asegurado y el Valor Asegurable a la fecha del siniestro.
- (7) Finalmente, advirtió que lo contrario importaría premiar el accionar de una parte que impone a la otra la necesidad de llevar adelante un proceso judicial por largo tiempo, partiendo de la certeza de que su obligación se circunscribirá a una suma de dinero inalterable en el tiempo; conducta que califiqué como reñida con el principio de buena fe, alcanzada por las prescripciones del artículo 10 del Código Civil y Comercial de la Nación que impone a los jueces un deber oficioso de evitar las consecuencias de tal proceder.

(*) CEO de RiskOut Consultora Especializada en Responsabilidad Profesional Médica. fgmariona@riskout.com.ar. Autor del Libro "Como tapar los Agujeros" La Gestión de los Riesgos para la Seguridad del Paciente. Una Metodología, Editorial Dunken 2022, y del "Manual para el Productor Asesor de Seguros Riesgo de Responsabilidad Civil Profesional Médica", y del "Manual para el Médico sobre el Riesgo de Responsabilidad Civil Profesional Médica. "Qué saber para contratar".

Nota de la Editorial

Al cierre de esta edición, lamentamos comunicar el fallecimiento del Dr. Fernando Mariona. Despedimos a un gran amigo y colaborador incondicional de la Editorial desde sus comienzos. A modo de homenaje, cómo él seguramente hubiera deseado publicamos su última columna. Con gran pesar, acompañamos a sus familiares y amigos en esta difícil instancia. Q.D.E.P.



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



¿QUÉ SUCEDIÓ EN LA ARGENTINA?



Por Carlos Vassallo Sella (*)
vassalloc@gmail.com

Es que acaso fue afectada por una guerra o una devastación que nos terminó dando este resultado en términos de pobreza, educación y salud. O quizás una sumatoria de gobiernos mediocres puede causar estragos sobre la situación social de un país. Esta tendencia de los gobiernos argentinos de creerse fundacionales hace que todo comience nuevamente desde el momento que asumen. Lo fundacional es caro porque el relato necesita aparato de prensa y acciones para demostrar que el gobierno es diferente al que se fue. Nadie desmonta nada por temor al costo político y mientras hay recursos todo sigue adelante.

Es bueno cuando se inicia una etapa realizar un breve inventario para poder tener una idea de la situación real que debemos afrontar los próximos años. Estamos en recesión desde 2011 y la inflación ha ido en ascenso desde la salida de la convertibilidad aquel lejano año 2002 hasta volver a encontramos con un escenario de hiperinflación como creímos haber dejado atrás.

El plan Marshall fueron 13.000 millones de dólares puestos en Europa en el año 1948 para promover las economías durante 4 años. En la Argentina gracias a los precios extraordinarios de los alimentos a partir del año 2002 se gastaron varios planes Marshall sin poder haber hecho salir al país de la situación de emergencia.

Una gran diferencia es poner los recursos sin plan o con plan. El Plan Marshall requirió de una disminución de las barreras interestatales, una menor regulación de los negocios y alentó un aumento de la productividad, la afiliación sindical y nuevo modelo de negocios modernos. Si no sabemos la dirección todo da igual, pero un día estamos en el desierto.

La Argentina permaneció cerrada al mundo, proteccionista, con baja productividad, con bajo o nulo nivel de competencia interno y con exportaciones basadas en productos primarios sin haber podido dar un salto cualitativo en materia de industria y servicios.

El país tiene una ausencia notoria de un patrón de desarrollo que permita organizar la economía de forma más productiva. Pero de lo que podemos estar seguros es que este modelo de concentración entorno al Estado sin promover el capitalismo productivo nos conduce a decadencia y a un destino de mediocridad.

Simplemente observemos el abismo donde hemos caído:

1. POBREZA

La pobreza por ingresos alcanzó al 44,7% y la indigencia al 9,6 por ciento de la población urbana en el tercer trimestre de 2023. Por primera vez, ambos indicadores empeoraron alrededor de un punto y medio con respecto al mismo período que el año pasado (Banco Mundial).

2. EDUCACION

Más de la mitad de los estudiantes argentinos de 15 años quedaron por debajo del nivel básico en Matemática, Lectura y Ciencias, las tres materias evaluadas en la prueba PISA 2022. En Matemática, 7 de cada 10 (72,9%) alumnos no alcanzan niveles básicos, según los resultados difundidos por hoy por la OCDE. Con un puntaje promedio de 378 puntos en esta materia, la Argentina quedó en el puesto 66 de los 81 países o regiones evaluados.

3. SALUD

En el año 2022, el 14,7% de la población reportó un estado de salud deficitario, es decir, mencionaron tener bastantes problemas de salud y/o padecer enfermedades crónicas o graves. Este número varía ampliamente en función del nivel socioeconómico, ya que solo el 6,2% de las personas de nivel medio alto indican tener problemas de salud en contraste con el 23,5% de las personas de NSE muy bajo. Desde una mirada comparada por sexo, las mujeres (17,8%) indicaron mayores deterioros en su salud que los varones (11,2%) (Observatorio de la Deuda Social Argentina).

Cuatro de cada diez adultos urbanos de la Argentina cuentan únicamente con una cobertura pública en salud (38,9%). El 37,5% se encuentra afiliado a una obra social o mutual, el 13,1% al Programa de Atención Médica Integral (PAMI) y el 10,6% a una prepaga o plan privado.

En el año 2022, casi la mitad (47,4%) de las personas que solo tiene cobertura pública y el 38,3% de los beneficiarios de una obra social o mutual, señalaron no haber consultado con un médico en los últimos 12 meses. Se trata de los dos sistemas de salud con mayor incidencia de déficit en este indicador.

Cobertura de Salud

Provincias y Regiones	COBERTURA DE SALUD
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	80%
Santa Cruz, Tierra del Fuego y Chubut	Por encima del 70%
Santa Fe – Córdoba	65-66%
Buenos Aires	63%
Rio Negro, La Pampa y Neuquén	
Mendoza	
PROMEDIO PAÍS	
La Rioja, San Juan	
Corrientes, Misiones, Santiago del Estero,	Menos del 50% con
Chaco, Formosa y Salta	un piso de 39,68%

Fuente: Daniel Maceira (2018)

La Argentina está considerado un país exótico en el mundo. Un país que tiene muchas riquezas naturales que sin embargo no ha podido organizarse y estabilizarse. La inflación insólita con la que convive cuando todos los países han podido superar esta lección, pero también por la capacidad intelectual y deportiva de sus recursos humanos. La población eligió un presidente que se autodefine como liberal libertario para poder hacer una reforma del Estado que desde hace muchos años esta postergada. Y esto llama mucho la atención en el exterior.

Lo que no saben los periodistas y políticos del exterior es que la política argentina se negó sistemáticamente a hacer esta reforma por los costos políticos que la misma implica y por el eterno problema del financiamiento de los partidos políticos o porque no decirlo del acostumbramiento de la casta a ganar una elección y cambiar de estilo de vida. Esto es lo más parecido a un mani pulite, en el sentido que los representantes de los partidos hasta ayer

mayoritarios están sentados en el Congreso y el poder ejecutivo está en manos de un grupo nuevo. La diferencia con el proceso italiano es que los dirigentes socialistas y democristianos fueron a la cárcel o se retiraron de la política.

El resultado de las elecciones le permitió a Javier Milei consagrarse presidente con los votos del 57% de los argentinos. Que decidieron en una combinación de hartazgo y decepción apostar por un cambio de rumbo de 180 grados.

Me considero un crítico de lo que ha hecho la política durante estos 40 años de democracia e intente en los momentos que me toco actuar cambiar este esquema tan arraigado desde adentro. Pero nunca hubiera pensado que la sociedad había llegado a este nivel de hartazgo como para acompañar tan rotundamente a alguien que afirmaba que su programa era: sangre, sudor y lágrimas.

Cada sociedad es muy particular y la sociedad argentina, tomo el toro por las astas para forzar este cambio que la política no estaba dispuesta a abordar por todos los intereses que se esconden detrás de las relaciones políticas dentro del Estado. Siempre me viene a la mente lo que sucede en Italia donde después de ciertas décadas de arreglos y contubernios nadie quiere afrontar el costo político de llevar adelante los ajustes.

Ante una situación de crisis, los partidos representados en el Congreso Italiano convocan algún profesional independiente de alta calidad técnica para hacer el trabajo que ninguno de los partidos está dispuesto hacer por el costo político que esto involucra. Lo apoyan parlamentariamente durante uno o dos años para que produzca estas transformaciones necesarias para luego descartarlo e ingresar ellos nuevamente a la conducción del Estado.

Estamos ante una ventana de oportunidad para hacer una verdadera reforma y no solo una licuación de salarios públicos para bajar el déficit y emparejar las cuentas. Como bien plantea el documento de Idesa existe una diferencia entre ajustar y ordenar el Estado. **El ajuste apunta a corregir en el corto plazo los desequilibrios**, pero agrava los déficits de gestión y no tiene una perspectiva sostenible en el tiempo. **El ordenamiento implica un replanteo organizacional para recomponer las finanzas**, a la vez que se mejora la gestión de una forma sostenible en el tiempo. Asistiremos en los próximos meses hacia donde nos llevará el gobierno elegido una reforma superficial para poner en orden los grandes números o rediseño de las estructuras.

Los problemas de la economía argentina son estructurales. La corrupción instalada desde hace décadas y legitimada no es fácil de soslayar. Cuando se apagan las luces de las elecciones las penumbras son una forma de seguir manteniendo el status quo. Para llegar con el bisturí al cáncer de la corrupción es necesario conocer y extirpar los comportamientos que se suceden como bien escribe Hugo Alconada Mon en su artículo del diario La Nación. "Las Cajas incluyen un largalista de **organismos descentralizados, empresas públicas y privadas y fondos fiduciarios**, entre otras variantes que se utilizan para los fines teóricos que fueron creados, pero también sirven para sostener a miles de militantes en todo el país, financiar campañas electorales, solventar gastos personales

de funcionarios y desviar fondos a terceros afines, según surge de múltiples investigaciones judiciales y auditorías desarrolladas por organismos de control durante los últimos años".

ANSES	13 billones	
ENARSA	925.000 millones	
PAMI	330.000 millones	
AFI	9258 + 4400 (millones)	Partidas confidenciales
SSSALUD	46.900 millones	

Salud no está afuera de esta discrecionalidad. En este breve cuadro de algunas de las cajas más importantes. Dos pertenecen a Salud, el PAMI y la Superintendencia, aunque el Ministro de Salud no suele tener responsabilidad sobre la administración de estas. El sistema funciona por vías paralelas y muy pocas veces se unen para aumentar la velocidad del tren sanitario del acceso universal y de calidad.

Acordando que no es posible la construcción de un esquema de cobertura universal sin un proceso que homogenice las reglas, que tienda a facilitar la asignación de los recursos, potenciando los niveles de calidad de los servicios y la equidad en el acceso. Desafortunadamente la persistencia de un modelo fragmentado con diferentes proyectos y personas en las conducciones de la seguridad social nacional (PAMI y Superintendencia) y por supuesto el Ministerio de Salud conspira fuertemente con este objetivo de garantizar acceso efectivo a la salud de la población para todo habitante del suelo argentino.

Considero que es un error del gobierno que conspira contra la gobernanza de un sistema sanitario diversificado, fragmentado y segmentado ubicaren los lugares de conducción (PAMI, Ministerio y SSSalud) tres personas que tienen cada uno proyectos políticos diferentes y que solo comparten la responsabilidad de administrar la porción sectorial que se les ha entregado. Ya escribí respecto a lo que conduce esta fórmula cada uno atiende a su juego y nos quedamos mirando como la inequidad sigue siendo el resultado de un sistema sanitario que destina ingentes recursos para darle cobertura a todos los habitantes.

El tema central está en cómo se organizan y se distribuyen estos recursos, con qué criterios se asignan y como son priorizados. Como bien menciona Daniel Maceira la gestión de la salud y de la enfermedad implica una estrategia de financiamiento, gestión y prestación de recursos basadas en un esquema de aseguramiento social, con un marco regulatorio que la respalde y un marco de gobernabilidad que posibilite el seguimiento y el consenso. ■

(*) Prof. Titular Salud Pública FCM UNL - Coordinador Científico - Máster Salud Universidad de Bologna.

**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.



COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

salud@gptcomunicacion.com.ar
www.gptcomunicacion.com.ar



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



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.