

Mé^{di}cos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

DNU N° 70/23

DESREGULACIÓN SIN ANESTESIA



Debate

**COMPETENCIA SIN REGULACIÓN
EN SALUD: JUGADA DE PIZARRA**

Por Carlos Vassallo Sella



Opinión

**HACIA UN EJE DE
TRANSFORMACIÓN EN LA SALUD**

Por la Dra. Liliana Chertkoff



Columna

**¿HACIA DÓNDE APUNTAN LOS
CAMBIOS EN EL SECTOR SALUD?**

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León

GALENO

TODOPARA VOS.



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

osde

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gob.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de 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. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.



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

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral


EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCIÓN, REDACCIÓN,
ADMINISTRACIÓN
Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -

C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4682-0534

Web Site:

www.revistamedicos.com.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
ACERCA DE LOS COSTOS COMPARATIVOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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

6
OPINIÓN
ECONOMÍA O... ¿CÓMO HACER LO IMPOSIBLE?

Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario

8
OPINIÓN
¿CUAL SERÁ LA PROPUESTA DEL GOBIERNO PARA LOS HOSPITALES PÚBLICOS?

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

10
COLUMNA
GENOCIDIOS

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

12
OPINIÓN
LA NECESIDAD DE REGLAS DE NEGOCIO CLARAS Y EXPLÍCITAS EN EL SISTEMA DE SALUD
ARGENTINO: UNA OPORTUNIDAD EN TIEMPOS DE CRISIS

Por el Dr. David Aruachan - Médico - Especialista en Economía y Gestión en Salud

14
DEBATE
¿Y EL CAPITAL HUMANO EN SALUD? MAL, GRACIAS

Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico - Profesor Asociado - Universidad Nacional del Sur

16
VOCES
GPS MEDICINA PREPAGA: NAVEGANDO POR LAS AGITADAS AGUAS DE LA REGULACIÓN

Por el Dr. Maximiliano Ferreira - Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la Superintendencia de Servicios de Salud

18
OPINIÓN
HACIA UN EJE DE TRANSFORMACIÓN EN LA SALUD

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

20
COLUMNA
¿ES POSIBLE LA TEORÍA DEL EQUILIBRIO FISCAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL?

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

22
VOCES
¿A QUIÉN BENEFICIA LAS REFORMAS EN SALUD DEL DNU?

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

24
COLUMNA
UNA TRANSFORMACIÓN INDISPENSABLE PARA UNA TRANSICIÓN INEVITABLE

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

26
DEBATE
COMPETENCIA SIN REGULACIÓN EN SALUD: JUGADA DE PIZARRA

Por Carlos Vassallo Sella - Prof. Salud Pública - FCM UNL y Director del IdEB

28
COLUMNA
¿HACIA DÓNDE APUNTAN LOS CAMBIOS EN EL SECTOR SALUD?

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

30
OPINIÓN
MERCADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO, FALTA UNA POLÍTICA

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

32
DEBATE
PADRE, DECIDME QUÉ LE HAN HECHO AL RÍO QUE YA NO CANTA

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

34
REPORTAJE
"CONSTRUYENDO PUENTES HACIA EL FUTURO DE LOS SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE SALUD"

Descubriendo claves con Héctor Franco - Gerente de Health Management Solutions SA

35
COLUMNA
LA ATENCIÓN AMBULATORIA

Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud - Miembro del Grupo País

36
OPINIÓN
DIGITALIZACIÓN Y DESPAPELIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA:
UN DESAFÍO EN CONSTANTE EVOLUCIÓN

Por Marcelo Carniglia - Director de Operaciones de OSIM

38
DEBATE
GRANDES AVANCES EN EL MARCO REGULATORIO DE LA SALUD DIGITAL

Por Santiago Troncar - CEO de Future Docs Latin America

39
COLUMNA
RECIENTES EXHORTACIONES DE LAS AUTORIDADES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
Y DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) PARA APRENDER DE LA PANDEMIA

Por la Dra. Claudia Madies - Abogada (UBA) - Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad Isalud)

40
COLUMNA
SALUD Y MERCADO ACERCA DEL DATO, NO ES OPINIÓN

Por Antonio Ángel Camerano - Doctor UBA - Área Ciencias Éticas, Humanísticas y Sociales Médicas

42
VOCES
"MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA: EXPLORANDO NUEVOS CAMINOS DE COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE"

Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria

44

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.



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

CUIDAMOS TU SALUD

Obra Social con más
de 30 años de
trayectoria



COBERTURA TOTAL SIN COSTO

Presentes en todo el país
Sanatorios de media y alta gama
Hola Doctor App
Emergencias y Urgencias 24 horas



Afiliaciones por Whatsapp al 1151686167



Para afiliarte a la Obra Social OSPAT el aporte de tu recibo de sueldo es suficiente. Según las prácticas médicas que se requieran, podrán solicitarte el pago de cosegueros, los cuales son establecidos por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud y en ningún caso pueden superar el tope que establece el ente regulador

ACERCA DE LOS COSTOS COMPARATIVOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Una de las clásicas críticas del pensamiento sanitario argentino-conformado en las primeras etapas de la Escuela de Salud Pública (ESPUBA)-aproximadamente en los '60, manifestaba que pese a la extensa red de hospitales y centros de salud estatales disponibles, las Obras Sociales (OS's) orientaban sus afiliados hacia servicios privados. Esta conducta contribuía al incremento de los costos de la atención médica y dificultaba la organización equitativa del Sistema de Salud.

En las décadas del 40 y 50, inspirado en el Servicio Nacional de Salud británico (*National Health Service-NHS*) y en la naciente Organización Mundial de la Salud (OMS), Ramón Carrillo promovía el desarrollo de los servicios públicos, como el mejor recurso para mejorar el nivel de salud de la población, parafraseando la meta "una cama cada 100 habitantes".

Paralelamente, el estrecho vínculo de las mutuales sindicales con la Secretaría de Trabajo y Previsión, a cargo del Cnel. Perón, posibilitaba que se las incorporara a los convenios colectivos de trabajo (Ley 14.250), pasando de la adhesión voluntaria a la afiliación obligatoria por rama de la producción.

Perón, incluso, les decía a los trabajadores que tenían derecho a una atención diferenciada en sus propios servicios, "para no tener que ser atendidos en hospitales públicos, como ciudadanos de segunda".

Aquella dicotomía anecdótica, ilustra tradicionales expectativas existentes en la ciudadanía, que evitaba concurrir a servicios públicos administrados por entidades caritativas, para acceder a la atención más digna y personalizada, que brindaban sanatorios privados, técnicamente más precarios.

La visión subyacente se fue expresando en las décadas del 60 y 70, a través de legislación progresivamente desarrollada, para regular la relación de las OS's -en tanto administradoras de la Seguridad Social (SeS)-, los servicios privados, los usuarios de servicios públicos y los organismos estatales.

La cautividad de los trabajadores a la OS administrada por el sindicato de su sector, así como el acceso a servicios propios o privados contratados, quedó definitivamente establecida en la Ley 18.610 de 1970. Mediante el juego de los factores que intervinieron en las sucesivas decisiones adoptadas entre los '70 y los '90, los usuarios de servicios públicos quedaron limitados a los trabajadores carentes de cobertura o de capacidad contributiva, en redes asistenciales administradas casi totalmente por las provincias.

Aunque el Estado, entre las décadas del 40 y 50, mostró una gran capacidad de inversión en servicios asistenciales, no fue capaz de diseñar un modelo administrativo más ágil que el de oficinas burocráticas, con responsabilidades de bajo riesgo. Su modalidad de gestión sigue siendo la de las áreas que no tienen contacto con los pacientes: impersonal, a reglamento y con horarios reducidos.

Las reducidas corrientes de inversión implementadas entre los '70 y la pandemia de 2020, no lograron establecer nuevos modelos de gestión, que admitieran una mayor autarquía hospitalaria y competencia gerencial con los servicios privados.

Actualmente en la práctica habitual, los servicios públicos tienen regímenes presenciales más laxos, rigidez de procedimientos administrativos frente a la inestabilidad en la provisión de insumos y necesidades de servicios temporarios, flexibilidad en el cumplimiento de horarios nominales para los profesionales de mayor antigüedad, e insuficiente aprovechamiento de los equipos complejos y de las instalaciones.

En su operatoria corriente funcionan a pleno sólo en horarios matutinos, no otorgan turnos telefónicos, tienen deficiente mantenimiento edilicio y de instalaciones, frecuente carencia de insumos esenciales y alto ausentismo del personal. Fuera de los horarios matutinos, en general sólo funcionan la guardia de Emergencias y los residentes. Problemas de orden sindical afectan a menudo la continuidad de la atención.

Esta sumatoria de comportamientos, implica un marcado deterioro en la eficiencia institucional y en los costos operativos indirectos, que terminan subsidiados por el presupuesto provincial del que dependen. Aunque la mayoría de ellos se han entrenado en facturar servicios a entidades aseguradoras (OS's y prepagos), tienen escasa capacidad de presionar para el pago de las prestaciones adeudadas. Un rasgo significativo del personal de nosocomios estatales -con cobertura de la OS provincial- es que, para su propia atención, suelen acudir a instituciones privadas.

Los servicios privados, en cambio, están atados necesariamente a la sustentabilidad de su funcionamiento, dado que no disponen del reaseguro presupuestario del Estado. Asimismo, requieren la mayor productividad posible -en términos de recursos/productos- de todas sus secciones, procurando saturar su capacidad instalada y la explotación de los equipos de mayor complejidad.

Tienen mayor flexibilidad para eludir las dificultades del mercado de provisión de insumos, así como la volatilidad macroeconómica; admiten modalidades más flexibles de contratación de personal y regímenes de presentismo más exigentes. Están organizados para funcionar a pleno las 24 horas del día, con disponibilidad telefónica o informática de los turnos.

Aunque desde el punto de vista de la continuidad de la atención médica, suelen ser más deficientes que los servicios públicos, la mayor eficiencia de su gestión posibilita complementar parcialmente la inestabilidad del control clínico de los pacientes.

Tomando en cuenta el marco de las pautas administrativas, en que se desenvuelven los dos tipos -gestión pública y privada- de nosocomios analizados, tal como estimamos más arriba -en términos de recurso/producto-, los servicios privados resultan de menor costo que los estatales. Individualmente consideradas, sus prestaciones son más costosas, pero la carga de costos indirectos que soportan está mejor prorrateada y, en consecuencia, resulta más favorable en el costo del producto final.

Por otra parte, ante endeudamientos imprevistos por parte de los aseguradores, los servicios privados cuentan con mayor acceso a medios judiciales para reclamar las liquidaciones, incluyendo cortes de servicios.

En consecuencia, confluyen en esta orientación de las preferencias de los protagonistas, no sólo la sensación de trato digno que acostumbran a proporcionar las instituciones privadas, sino también la estimación de los costos inherentes a ambos ámbitos de atención, pese a que no se cuenta con estudios confiables de costos comparativos.

Desde el punto de vista de la cobertura, frente a situaciones de emergencia financiera, es comprensible que los administradores de entidades aseguradoras consideren prioritarias las deudas con prestadores privados. No se trata sólo de un problema ético: es obvio que muchas conductas están sustentadas por corruptelas, cuyas dimensiones es imposible cuantificar.

Pero el comportamiento analizado es un fenómeno multifactorial, cuya persistencia en el imaginario social -corrupción mediante o sin ella- desemboca en una actitud generalizada de los actores del Sistema de Salud y de la población, destinataria final de todos los servicios. ■

(*) 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 PAIS. 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



ECONOMÍA O... ¿CÓMO HACER LO IMPOSIBLE?



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

Hacer pronósticos económicos en la Argentina es una tarea prácticamente imposible. Cuando parece que una idea está clara, siempre surgen desvíos que hace que los resultados sean distantes del objetivo deseado. Sin embargo, y aunque sea una paradoja, siempre ante cada cambio de políticas o nuevas reglamentaciones se escuchan declaraciones sobre próximas catástrofes y colapsos del sistema.

Cierto es, que todos los caminos económicos elegidos en los últimos 40 años han terminado en crisis. Por lo tanto, apostar por la crisis, parecer ser, más allá del rumbo elegido por el gobierno de turno, lo más sencillo y se cuenta con las más amplias probabilidades de acierto. Es prácticamente infalible.

De todos modos, apostar por una crisis, simplemente y sin precisiones, no es pronosticar nada en términos económicos. Se podrá capitalizar algún rédito político, pero se pierden miles de oportunidades en el camino que dan continuidad económica día a día.

Es decir, aun partiendo de la premisa más pesimista posible, para garantizar la supervivencia de las organizaciones será necesario armar pronósticos y trabajar con decisiones económicas desde la meso gestión que se adapten a los cambios de la macro gestión del país.

Impacto económico en el sector salud

Luego de la introducción sobre la dificultad de los pronósticos de la economía en la Argentina, realizar un análisis particular del impacto económico sobre el sector salud, es interesante ya que tiene diversas aristas para explorar y consecuentemente se generan diversos escenarios.

Por un lado, es necesario pensar si la inversión de capital será factible o será conveniente en el sector. O pensada de otro modo, si habrá nuevos prestadores o financiadores que decidan entrar al mercado de la salud.

Aunque los pronósticos son de contracción económica general para el 2024 - 2025, dar una respuesta contundente por el no, sería no comprender la inmensidad del país como así también tomar una posición de conocimiento tan absoluto como absurdo.

Lo más sensato es pensar en algunas preguntas para armar el escenario, las cuales serían ¿La libre competencia entre obras sociales y prepagas son condición suficiente para que sea un mercado atractivo de inversión? ¿La concentración de afiliados al sistema prepago actual permite la entrada de nuevos competidores? ¿Es viable más prestadores privados?

Otro punto sobre inversión es sobre la importancia de renovación tecnológica ¿Es posible y/o conveniente en estos mo-

mentos las inversiones en equipamiento? ¿Una dolarización será conveniente para importar y/o desarrollar tecnologías?

Otro tema necesario en el cual trabajar sobre el impacto es la demanda en salud. Las crisis económicas repercuten con la baja del empleo formal y los salarios, mientras que el crecimiento económico, por el contrario, generan empleo y elevan los salarios. O al menos eso dice la economía clásica.

Lo cierto es que el empleo formal en la Argentina no es elástico a las crisis o bonanzas, es decir, no suben o bajan en misma proporción, fundamentalmente por la existencia de un mercado precario de empleo informal que en términos de cantidad de empleados es prácticamente igual al mercado formal.

Además, se suma la caída sostenida, desde hace más de 7 años, del salario. En este escenario, es importante preguntarse hasta cuándo seguirá la caída con el impacto en las obras sociales o qué rol tomarán los gremios con las nuevas normativas en el sector.

También será importante analizar cuánta gente se mantendrá en el sistema prepago y, en el otro extremo, cuánta gente podrá absorber un sistema público, ya prácticamente saturado.

Por supuesto, a esto se le suma la complejidad habitual de pensar en escenarios preparados para población cada vez más longeva, con patologías sistémicas y la posible aparición de brotes, epidemias o pandemias de diversos tipos.

También hay que analizar el impacto sobre los costos. El IPC no refleja la realidad de los prestadores. El mercado de medicamentos y el de insumos han perdido referencia con el sistema de importación a crédito. Sin saber cuánto se paga por la importación, los precios de noviembre, diciembre e incluso enero han sido desproporcionados con la inflación, con aumentos que han llegado al 1.600% anual (contra 200% de la inflación aproximada).

Además, hay que sumarle los nuevos costos de los servicios (luz o gas) y el aumento en los combustibles. La primera pregunta para este escenario de costos será ¿Las medidas de contracción económica alcanzarán para frenar la inflación? ¿A qué medidas deberíamos estar atentos para entender cómo se acelera o frena? ¿Las importaciones se regularizan con el nuevo régimen?

Finalmente, y solo a causa del espacio de la columna ya que son varios los temas, un tema que no puede quedar afuera del análisis es el recurso humano. Hoy las condiciones son muy complejas. Los salarios, las extensas jornadas y la precariedad en algunos de los contratos se refleja en la falta de profesionales, incluso en grandes centros urbanos y no solo en el interior de las provincias.

Las guardias en especialidades como terapia intensiva, salud mental o clínica médica no son cubiertas. Incluso muchos cargos fijos en instituciones privadas o cargos de plantas en instituciones públicas quedan desiertos por las condiciones. Y a no alcanza con los incentivos tradicionales o la estabilidad laboral. Este tema no puede quedar fuera del análisis de impacto económico sobre el mercado de la salud.

Para concluir, la economía será difícil de pronosticar para los próximos años (como lo fue durante, al menos los últimos 40 años). Deberemos trabajar con diversos escenarios y con las preguntas adecuadas para las diversas variables. Hay que estar muy atentos a los cambios en las normas y diversos mercados, ya no alcanza con mirar únicamente el mercado de la salud.

En definitiva, pronosticar crisis o fines de ciclos no es un trabajo interesante, sino hacer que las instituciones funcionen en medio de estos escenarios es el verdadero desafío. ■

(*) Profesor universitario.

Cobertura Médica Nacional

Omint

EXPERIENCIA PARA LO QUE SIGUE

¿CUÁL SERÁ LA PROPUESTA DEL GOBIERNO PARA LOS HOSPITALES PÚBLICOS?



Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)

A fines del año pasado el Poder Ejecutivo publicó el DNU 70/2023, y en febrero de este año los decretos 170, 171 y 172/24, que lo reglamentan. Ese conjunto de normas se refiere fundamentalmente a la regulación de las obras sociales, al Sistema Nacional del Seguro de Salud, y al marco regulatorio de las empresas de medicina prepaga.

Obviamente, el impacto de las medidas anunciadas, en sus aspectos técnicos y políticos es enorme, y tanto la implementación como sus consecuencias son materia de intenso debate.

Tal como era previsible, buena parte de la confrontación entre sectores de la oposición y el oficialismo girará en torno a los cambios establecidos por el gobierno respecto de la estructura y el financiamiento del sistema de salud, afectando primariamente a las obras sociales nacionales y la medicina prepaga.

Pero el decreto 172/24 establece, además, algunas definiciones concretas respecto de la política del gobierno en relación con el subsector público, que han sido menos comentadas. Para comprender la visión del oficialismo al respecto es útil remitirse a la anunciada durante la campaña electoral, aunque como sabemos el tema sanitario no fue relevante durante la misma. No ocupaba un lugar prioritario en los temas de interés público.

En tal sentido, algunas de las propuestas expresadas en la plataforma electoral de La Libertad Avanza ⁽¹⁾ son muy claras respecto del rumbo esperable de la política nacional referida al subsector: la creación de un seguro universal de salud que cubra los costos, cuidados preventivos, procedimientos de urgencia proporcional a la capacidad de pago del receptor del servicio, y que el achicamiento del estado y reducción del gasto público no disminuyan la calidad y cantidad de servicios que se presten ni el número o “expertise” de su personal, son dos definiciones a no perder de vista.

Por su parte, la Fundación Libertad y Progreso publicó a fines de 2022 un documento que nos brinda mayores precisiones sobre los principales lineamientos de política para un futuro gobierno libertario. ⁽²⁾

En el mismo se enfatiza en la necesidad de aseguramiento universal, evitando la cautividad de las personas dentro de un subsector: *cuando la población carece de seguro no puede elegir: se encuentra condicionada a recurrir para su asistencia a los establecimientos público-estatales.*

Pero la definición central, sobre la cual girarían los cambios propuestos, es el cuestionamiento al “papel de rectoría” otorgado históricamente al Ministerio de Salud Nacional, resaltando que *la función salud en lo público estatal, no ha sido delegada por las provincias a la Nación.*

La conclusión es que, al menos respecto del aseguramiento de la población sin cobertura, las reformas deben realizarlas las provincias: *estos seguros provinciales podrían integrar a futuro un seguro nacional de salud.* Y no a la inversa.

El papel del Ministerio Nacional sería brindar asistencia técnica para llevar adelante las reformas y *continuaría con la transferencia de los programas verticales que continúen vigentes siempre que fueren eficientes.*

El concepto de aseguramiento público implica la nominalización de la población cubierta, la canasta de beneficios (que se propone diseñada en base a cuidados priorizados/ patologías) con sus cálculos actuariales, la definición del modelo de atención, el financiamiento por rentas generales (sin excluir la venta de servicios a otros financiadores, de la seguridad social, medicina prepaga y privados con capacidad de pago) y el análisis de los costos.

Ese seguro público pagaría entonces prestaciones brindadas también por prestadores privados, en las condiciones definidas.

El documento que comentamos se extiende en un número de definiciones respecto de la estructura y el funcionamiento de las Cajas de aseguramiento provinciales, aunque, por definición, estarían por fuera de la incumbencia nacional.

Volviendo atrás en estas líneas, el Decreto 172/24 es por ahora la primera definición normativa respecto del subsector público: deroga el Decreto 343/23 que creó el “Sistema de integración y calidad para establecimientos públicos de salud (SICEPS)”.

Este sistema se integraba con todas las instituciones inscriptas en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (RNHPGD) y básicamente obligaba a pagar a todos los financiadores las prestaciones recibidas en las instituciones del Registro.

Se trataba, en general de un aggiornamiento de lo ya establecido en el Decreto de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (Decreto 939/2000), derivado a su vez del Hospital Público de Autogestión de los años 90 (Decreto 578/93). Curiosamente, en aquella época varias provincias avanzaron en la formulación de seguros de salud provinciales, aunque finalmente ninguno tuvo vigencia real.

También se faculta a los agentes del Seguro de Salud a establecer en forma directa convenios con los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada para el pago de las prestaciones, sea a través de la autoridad jurisdiccional o individualmente.

Estos convenios se consideran *acuerdo libre entre partes, estableciendo sus propias pautas sobre el tipo de prácticas, codificación, valores, facturación, pago y resolución de controversias.*

En el momento de escribir estas líneas la relación entre el gobierno nacional y algunas provincias es altamente conflictiva, de manera que no es muy aventurado prever que el futuro de los cambios en el subsector estará fundamentalmente definido por el curso de la confrontación política.

Pero en este campo, como en otros, el actual oficialismo adelantó las ideas centrales de su concepción ideológica. ■

Referencias:

1- www.electoral.gob.ar/nuevo/paginas/pdf/plataformas/2023/PASO/JUJUY%2079%20PARTIDO%20RENOVADOR%20FEDERAL%20PLATAFORMA%20LA%20LIBERTAD%20AVANZA.pdf

2- Reformas para construir nuestro futuro. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Libertad y Progreso, 2022. 288 p.; 16 x 23 cm. ISBN 978-987-47163-0-9 Disponible en: <https://static.libertadyprogreso.org/uploads/2022/11/LIBRO-LYP-2022-reformas-para-salir-de-la-crisis-argentina.pdf>

(*) Médico. Mg en Economía y Cs. Políticas. Ex Secretario de Salud de la Pcia. de Río Negro.

A photograph of a man with a beard and dark hair, seen from the side, holding a baby. The man is looking down at the baby with a gentle smile. The baby is looking up at the man and smiling. The background is softly blurred, showing what appears to be a home interior. The entire image has a blue color overlay.

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

GENOCIDIOS



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

Las nuevas situaciones sociales requieren nuevos términos... Por "genocidio" nos referimos al ataque a la estructura de una nación, de un grupo étnico o de un grupo social. Esta palabra, acuñada por el autor ⁽¹⁾ para denotar una vieja práctica en su desarrollo moderno, está conformada de la palabra griega antigua *genos* (raza, tribu) y la palabra latina *cidio* (matar).

En términos generales, el genocidio no significa necesariamente la destrucción inmediata de una nación. Se trata más bien de significar un plan coordinado de diferentes acciones encaminadas a la destrucción de los fundamentos esenciales de la vida de los distintos grupos nacionales, con el objetivo de aniquilar a esos grupos.

Los objetivos de tal plan *podrían ser* la desintegración de las instituciones políticas y sociales, de la cultura, el sistema educativo, los sentimientos nacionales y la existencia económica de distintos grupos, y la destrucción de la seguridad, la libertad, la salud, la dignidad e incluso las vidas de las personas que pertenecen a esos grupos.

El genocidio se dirige contra algunos colectivos como una entidad, y las acciones involucradas están dirigidas contra individuos, no en su capacidad individual, sino como miembros de esos grupos.

La historia del siglo XX aportó innumerables ejemplos de esta situación. Sin dejar de lado las sobradas veces en que se efectivizó en siglos anteriores.

Hay que agregar a estas definiciones el tema social.

Nuestro país se caracterizó -en toda su historia- por ser solidario y formar una sociedad solidaria. Esto se plasmó en la Constitución Nacional, desde el Preámbulo mismo y a través de distintos artículos como el 14 y el 14 bis. La legislación sobre el tema fue una de las más adelantadas en el Continente e incluso en el mundo.

El sistema de salud

Nuestro sistema, si bien fragmentado hasta límites cada vez más peligrosos, mantuvo la característica extraordinaria de la atención universal. Un enorme valor que en estas columnas hemos ponderado como un valor humanístico y social, que constituye el contrato social de los argentinos, hoy en peligro.

La desregulación proyectada por esta administración, con invasión de subsectores -voluntaria o involuntariamente acabara dañando al espíritu solidario del sistema.

El atentar contra la Ley N° 18.610 que sentó las bases de un sistema de salud de los trabajadores nos llevará a un destino incierto.

La Ley N° 18.610 estructuró un régimen de obras sociales organizadas por actividades laborales, con formas de conducción heterogéneas y una financiación mínima mediante aportes y contribuciones a cargo de los beneficiarios y de los empleadores. ⁽²⁾

Hay que entender de que se trata esto: la liberación de que cada trabajador pueda elegir una obra social o la medicina prepaga vulnera -de nuevo- al sistema solidario.

El espíritu de la Ley 18.610, entre tantos ítems, hace que cada obra social al tener personas con un oficio determinado pueda epidemiológicamente atenderlas por las enfermedades propias del oficio.

Además, se producirá un nuevo descreme ya que los candidatos al traspaso serán los sanos, jóvenes y de buenos ingresos: los que son negocio. Esto ya pasó con el decreto 9/93.

Como el pase sería directo -aún no está reglamentado- se facilita el mecanismo, con la consiguiente atracción mediante el marketing de las empresas de medicina prepaga.

Entiéndase bien, no está mal que todos puedan elegir quién será el que les brinde salud. Pero se está mezclando subsectores con finalidades diferentes: uno comercial y otro solidario.

En el proyecto de desregulación de la nueva administración no se atacan los problemas del sistema:

El control de calidad de las prestaciones de salud, es decir darle al Ministerio de Salud las herramientas modernas para realizar dicho control.

No se fortalece el sistema de la ANMAT para que ingresen fármacos con medicina basada en la evidencia y de acuerdo con protocolos internacionales probados.

Un tema irresoluto aun es la remuneración del equipo de salud.

La lucha contra el pluriempleo que convierte a sus miembros en personas indignas, con disminución del número de médicos y enfermeros, por los bajos salarios y dificulta la capacitación constante para cumplir adecuadamente con las funciones científicas, tanto en diagnósticos de certeza, así como con las terapéuticas dinámicas para el tratamiento de las patologías.

Un apartado en este punto es el deterioro económico de todos los subsectores del sistema de salud argentino.

El incremento de los medicamentos a niveles insostenibles, tanto en los de baja complejidad, como en los de alto costo y baja incidencia a precios imposibles de financiar.

En este punto hay que recalcar que los de ingeniería molecular, que cada vez son más frecuentes en el uso -sobre todo en oncología-, se vuelven impagables. Los insumos en general tienen una inflación más elevada que la general, qué de por sí es tremenda.

Los prestadores privados sufren de esta inflación sin respuesta acorde del sistema financiador, dado que los ingresos de estos últimos están siempre por debajo de la inflación.

El sistema argentino es más bien un sistema prestacional de salud. Este concepto se origina en la fragmentación del sistema. No hay un standard de fiscalización homogénea nacional, las estadísticas en general son difusas, la implementación de políticas apropiadas de prevención es compleja por la independencia federal de los ejecutivos sanitarios provinciales.

La distribución de los prestadores de todos los subsistemas se concentra fundamentalmente en las grandes urbes, dejando amplios sectores geográficos sin cobertura o con cobertura muy alejada. La distribución de la complejidad es errática.

El sistema público se verá sobrecargado por los que se caigan del sistema de medicina prepaga, así como de las obras sociales nacionales. Sin un apoyo del tesoro nacional, los magros presupuestos de algunas provincias no podrán paliar el duro momento que se avecina.

Hay que pensar que el aumento brutal de los alimentos producirá más desnutrición, más obesidad por la sobrecarga en la ingesta de hidratos de carbono y grasas, y la disminución en la dieta de los argentinos de las proteínas de alta calidad producirá en nuestros niños patologías irreversibles, así como un desarrollo neurológico con atrasos. Se acelerará la incidencia de las patologías propias de estas dietas hipergrasas.

Se verá afectado en general el índice de desarrollo humano (IDH), indicador que mide el desarrollo humano de un país a través de dimensiones de salud, educación y economía.

Hemos dicho en artículos anteriores que no se puede dejar librado al mercado la salud ni la educación. Ya lo dijo Raúl Alfonsín: "*el mercado no construye ni hospitales ni escuelas*". ⁽³⁾

Concepto que abarca más que estas palabras, ya que los sistemas biológicos son imperfectos y se ajustan a las leyes del caos: son conceptos humanísticos, que el mercado no enarbola como principio.

Estamos en presencia de un **genocidio social**, que cambiará, como dije nuestro *contrato social*, *nuestra historia como país* y *nuestra manera de ser como república independiente*.

Estamos a tiempo aun, para retomar el camino todos los actores del sistema de salud y los ciudadanos de a pie para volver por la senda de la integración y la defensa de lo que supimos conseguir. ■

Referencias:

(1) El término fue acuñado y definido por primera vez por el jurista judío-polaco Raphael Lemkin, que en 1939 había huido del holocausto y encontrado asilo en los Estados Unidos. En su libro "*El poder del Eje en la Europa ocupada*", publicado en 1944, definió así el genocidio.

(2) www.boletinoficial.gob.ar/seccion/primer/19700305?rubro=10003

(3) <https://youtu.be/4NWLpgc0K0I?si=6keluaMZ1NKRJVL0>

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

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:



¡Ingresa al
mundo UOCRA
estés donde estés!

CONSTRUIR Salud
Obra Social del Personal
de la Construcción



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

LA NECESIDAD DE REGLAS DE NEGOCIO CLARAS Y EXPLÍCITAS EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: UNA OPORTUNIDAD EN TIEMPOS DE CRISIS



Por el Dr. David Aruachan (*)

Introducción

El sistema de salud argentino, vaya novedad, atraviesa una profunda crisis, caracterizada por desfinanciamiento, falta de insumos, infraestructura deficiente y escasez de profesionales. En este contexto, la gestión eficiente y transparente de los recursos se vuelve aún más crucial.

Las reglas de negocio son un componente fundamental para la gestión eficaz de cualquier sistema, y el de salud no es una excepción. Se trata de normas y directrices que definen cómo se deben realizar las diferentes actividades y procesos dentro del sistema.

El eslabón inicial para redefinir estas reglas de negocio debería estar enfocado en la elaboración de una canasta básica de servicios de emergencia que aporte previsibilidad a la cobertura y a su financiamiento de cara a la escasez de recursos económicos y profesionales.

La importancia de las reglas de negocio en el sistema de salud

Las reglas de negocio claras y explícitas en el sistema de salud son esenciales para:

- **Garantizar la calidad de la atención:** definen los estándares mínimos de calidad que deben cumplir los servicios de salud.
- **Mejorar la eficiencia:** permiten optimizar los procesos y reducir los costos.
- **Promover la transparencia:** aseguran que los usuarios del sistema tengan información clara sobre sus derechos y obligaciones.
- **Reducir la discrecionalidad:** limitan la posibilidad de que los actores del sistema y fuera de él tomen decisiones arbitrarias.
- **Facilitar la toma de decisiones:** ofrecen un marco de referencia para que los profesionales de la salud y la justicia puedan tomar decisiones informadas.

La oportunidad de la crisis: implementar una canasta de servicios de emergencia que reemplace al PMO

La crisis actual del sistema de salud argentino presenta una oportunidad para repensar y rediseñar el sector. En este contexto, la implementación de una canasta de servicios de emergencia con reglas de negocio claras y explícitas podría ser una solución viable para dar cobertura a la población que se atiende en un sistema desfinanciado y falto de profesionales enfocado en el Pareto de la necesidad y la carga de enfermedad para dar respuesta concreta de cara a una población que ve y verá afectada cada vez más sus recursos y sus prioridades.

Características de la canasta de servicios de emergencia:

- **Integralidad:** debe cubrir las necesidades básicas de atención en salud de la población.
- **Accesibilidad:** debe ser accesible para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.
- **Eficiencia:** debe ser eficiente en términos de costos.
- **Calidad:** debe garantizar la calidad de la atención.

Establecimiento de reglas de negocio para la canasta de servicios de emergencia:

- ✓ **Definición de los servicios:** se debe definir claramente qué servicios se incluirán en la canasta.
- ✓ **Criterios de elegibilidad y tiempos de acceso:** se deben establecer criterios claros y transparentes para determinar quiénes y en que plazos pueden acceder a la canasta.
- ✓ **Financiamiento:** se debe definir cómo se financiará la canasta.
- ✓ **Monitoreo y evaluación:** se debe establecer un sistema de monitoreo y evaluación para asegurar que la canasta esté funcionando correctamente.

Un sistema de gestión de salud eficiente es fundamental para garantizar la calidad de la atención médica y la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, para que un sistema de este tipo funcione correctamente, es necesario que se establezcan reglas claras y bien definidas.

En un contexto donde la desregulación y la falta de intervención estatal parecen ser la norma, la necesidad de contar con esas reglas se vuelve aún más imperiosa. Sin un marco regulatorio adecuado, la salud de la población se encuentra en riesgo, vulnerable a los caprichos del mercado y a la búsqueda desmedida de beneficios económicos por parte de algunos actores.

¿Qué significa establecer reglas claras? Establecer reglas claras significa reformular la base. Esta reformulación de la base se define como un cambio en el modelo de cobertura en donde dejemos de tomar como referencia un Programa Médico Obligatorio vetusto e ineficiente y pasemos a guiarnos por un modelo más dinámico, flexible, adaptable y medible. Esta nueva canasta básica de servicios, superada la crisis actual, debe ser quien rija y defina las líneas de cuidado incluidas y las reglas de negocio en cuanto a acceso y financiamiento. Este modelo (que debe surgir del consenso de todos los actores del sistema) aportará previsibilidad no solo de cobertura y acceso para los pacientes y sus familias sino también previsibilidad presupuestaria para los financiadores.

¿Y por qué estas reglas son tan importantes? Por las siguientes razones:

1. **Claridad y transparencia:** ayudan a que todos los actores del sistema de salud, desde los financiadores hasta los pacientes, comprendan sus roles y responsabilidades. Esto reduce la confusión y la incertidumbre, y facilita la toma de decisiones.
2. **Eficiencia:** permiten que los procesos se ejecuten de manera más eficiente y sin contratiempos. Esto reduce los costos y mejora la calidad de la atención médica.
3. **Equidad:** garantizan que todos los pacientes tengan acceso a la misma calidad de atención médica, independientemente de su condición socioeconómica o ubicación geográfica.
4. **Rendición de cuentas:** permiten que los financiadores y los pacientes puedan exigir rendición de cuentas a los proveedores de atención médica. Esto ayuda a garantizar que los recursos se utilicen de manera eficiente y eficaz.

Conclusión

La implementación de una canasta de servicios de emergencia con reglas de negocio claras y explícitas es una oportunidad para mejorar la calidad, la eficiencia y la equidad del sistema de salud argentino en tiempos de crisis. Esta medida, que debe ser transitoria, permitiría dar cobertura a la población que se atiende en un sistema desfinanciado y falto de profesionales. Este modelo de emergencia no es más que el punto de partida de las reformas necesarias que, ya sea por convicción o por conveniencia, debemos impulsar desde todos los sectores para no desperdiciar, una vez más, una clara oportunidad de mejora. Lo único claro es que es entre todos.

Palabras clave: reglas de negocio, sistema de salud, crisis, canasta de servicios de emergencia, calidad, eficiencia, equidad, Argentina. ■

(*) Médico. Especialista en Economía y Gestión en Salud. Ex Viceministro de Salud de la Nación. Ex Presidente del Grupo Unión Personal. Ex Gerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

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

PRUDENCIA
Seguros



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



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

¿Y EL CAPITAL HUMANO EN SALUD? MAL, GRACIAS



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

En la Argentina, los recursos humanos en salud enfrentan serios problemas desde hace tiempo, agravados luego de la pandemia. La distribución geográfica desigual dificulta el acceso equitativo a la atención médica.

La escasez de especialistas clave, como cuidados críticos y atención primaria, agudiza esta disparidad. La falta de cobertura de vacantes en programas de residencia perpetúa la carencia de personal en esas especialidades claves. La fragmentación de subsectores y la baja remuneración, especialmente en especialidades de primera línea, como la atención primaria, son preocupaciones adicionales. La sobreespecialización agrava la inequidad en la distribución de recursos. Estos desbalances persisten a pesar de asignar aproximadamente el 10% del PBI al sector de salud.

Las primeras medidas del nuevo gobierno tienen su capítulo sanitario. La que logró ver la luz fue la desregulación con la admisión completa de las empresas de medicina prepaga al sistema de seguridad social, que refleja una estrategia que, aunque busca ampliar el acceso a la atención médica, no modifica los problemas subyacentes del sistema de salud en relación con el capital humano.

Al permitir la entrada de prepagas al sistema, se espera una mayor competencia y una potencial mejora en la calidad de los servicios. Sin embargo, esta medida no atiende la desigualdad en la distribución geográfica de recursos humanos ni la escasez de especialidades clave como cuidados críticos y atención primaria.

Tampoco se mejora el pago de los profesionales, ya que, aunque los honorarios puedan ser ligeramente mayores en las empresas de medicina prepaga, la masa de afiliados no necesariamente aumentará, incluso algunos predicen por aumento de las cuotas disminuirían.

Los trabajadores cuyos aportes obligatorios son suficientes para pagar los valores requeridos por la medicina prepaga ya tomaron esa opción. Además, es posible que algunos que no alcancen los nuevos valores vuelvan al sistema de seguridad social sindical.

Por otra parte, la desaparición de la tercerización no modificará las condiciones para afiliados o profesionales, ya que es poco probable que el ahorro empresarial se traduzca en una reducción de cuotas o un aumento de honorarios.

Por otra parte, las propuestas presentadas en la Ley Ómnibus, que abarcan aspectos relacionados con la educación y regulación del ejercicio médico, tampoco parecen ofrecer soluciones concretas para fortalecer el capital humano en el sector de la salud.

Las modificaciones propuestas en la educación no parecen dirigirse específicamente a mejorar la formación de profesionales de la salud en grado, ni a abordar la necesidad de especialidades faltantes mediante intervenciones en el modelo de postgrado.

Un enfoque de cambios tan radicales como los propuestos bien podría haber introducido medidas como la residencia obligatoria y la necesidad de una formación especializada para la atención de pacientes.

Elementos que no implican gasto adicional, ya que hoy en día se financian más cargos de residencia que el número de graduados médicos anuales, y redundan en una mejora en la calidad de atención, como prueban las experiencias en otros países.

“

Los trabajadores cuyos aportes obligatorios son suficientes para pagar los valores requeridos por la medicina prepaga ya tomaron esa opción. Además, es posible que algunos que no alcancen los nuevos valores vuelvan al sistema de seguridad social sindical.

”

En cuanto al ejercicio profesional, solo se han planteado cambios en la prescripción de medicamentos relacionados con la ley de ejercicio de la medicina, los cuales podrían contribuir a mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente, pero no influyen en las condiciones del capital humano en salud.

En síntesis, las medidas propuestas promueven modificaciones marginales en el sistema de salud en general, y en el capital humano en salud en particular. Es necesario un enfoque más integral que aborde la necesidad de incentivar la formación y retención de profesionales en áreas críticas de la salud.

Abordar estas problemáticas requiere políticas que promuevan una distribución equitativa de recursos, incentivos para especialidades clave y una mejora en las condiciones laborales y salariales para el personal sanitario.

Dado el carácter federal de la salud, cualquier solución a estos problemas debe venir de la mano de acuerdos con las provincias, lo que parece lejos de la agenda oficial.

La imperiosa necesidad de reforma que define el mandato de esta nueva administración podría encontrar dificultades si al perder de vista los detalles, las reformas descuidan aspectos cruciales.

Es importante mantener la calma y la precisión, incluso en momentos de urgencia. La prisa excesiva puede conducir a errores graves y pasos en falso, que podrían socavar los objetivos mismos que se buscan alcanzar con celeridad. A veces el mercado solo no resuelve todo. ■

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

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



SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

GPS MEDICINA PREPAGA: NAVEGANDO POR LAS AGITADAS AGUAS DE LA REGULACIÓN



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

A los fines de ordenar un poco el entramado y la evolución de la regulación de la medicina prepaga en los últimos tiempos, en cuanto al aumento y valorización de las cuotas de los planes de salud comercializados por las Entidades, me pareció oportuno escribir este artículo, tomando como punto de partida el dictado del Decreto N° 743/22-PEN, hasta la actualidad.

El mencionado Decreto estableció que a partir del 1° de febrero de 2023 y por el plazo de DIECIOCHO (18) meses, el incremento del valor de las cuotas -autorizado conforme las pautas establecidas en el artículo 17 de la Ley N° 26.682- de los contratos individuales de adhesión voluntaria que deberían abonar las personas afiliadas a los sujetos alcanzados por la Ley N° 26.682 e inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP), incluidas aquellas que acceden al servicio por derivación de sus aportes obligatorios del sistema de Obras Sociales, tendría como tope máximo el NOVENTA POR CIENTO (90%) del Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE) del mes inmediato anterior publicado. Aplicándose la medida a los y las titulares contratantes que poseyeran ingresos netos inferiores a SEIS (6) Salarios Mínimos, Vitales y Móviles.

Primeramente, conviene recordar que el RIPTE se define como la remuneración promedio sujeta a aportes al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) que perciben los trabajadores que se encuentran bajo relación de dependencia y que han sido declarados en forma continua durante los últimos 13 meses.

Aclarado ello, y con relación a lo establecido en el Decreto N° 743/22-PEN, que fijó un tope al incremento del valor de las cuotas, y, a su vez, les impuso a aquellos usuarios alcanzados por dicho tope, la obligación de cumplir con el requisito de presentar la correspondiente Declaración Jurada ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

El universo de usuarios que aproximadamente presentaron dicha Declaración Jurada ascendió a TRESCIENTOS MIL (300.000), conforme datos de la Superintendencia.

En la práctica, las Entidades de Medicina Prepaga realizaron “bonificaciones mensuales”, en los planes que comercializan, aplicando un tope al aumento que por fórmula le correspondía, a todos aquellos usuarios que cumplieran con los requisitos objetivos de inclusión y con la formalidad de la presentación de la DDJJ.

Ahora bien, veamos la evolución mensual donde el RIPTE fue mayor al índice de costos, es decir, que se tuvo en cuenta para fijar el tope a los aumentos:

El RIPTE fue mayor al índice de costo solo en los meses de abril, junio, julio y agosto.

Mes	Aumento	90 RIPTE
ene-23	6,90%	
feb-23	8,21%	4,91%
mar-23	7,66%	5,04%
abr-23	2,36%	4,87%
may-23	4,76%	3,43%
jun-23	5,49%	7,58%
jul-23	8,49%	8,78%
ago-23	8,72%	8,86%
sep-23	7,18%	5,58%
oct-23	6,97%	7,31%
nov-23	10,98%	6,67%
dic-23	11,51%	5,27%
Acumulado 2023	135,76%	

Oct, nov y dic aplica suspensión temporaria por acuerdo UAS, FAPS, Sec Comerc.

Para los meses de octubre, noviembre y diciembre se suspendió temporalmente los aumentos de cuota de los planes de Empresas de Medicina Prepaga, conforme el acuerdo firmado con fecha 2 de septiembre de 2023, entre la Secretaría de Comercio de la Nación, la Unión Argentina de Salud (UAS) y la Federación Argentina de Prestadores de Salud (FAPS).

Dicho acuerdo congeló el valor de las cuotas por el plazo de 90 días para los grupos familiares con ingresos no superiores a \$ 2 millones brutos mensuales y en la medida que declarasen no poseer capacidad económica que les permitiera hacer frente a la cuota con el esquema de ajuste del índice de costos de salud previsto.

Para ello, los usuarios debían completar mensualmente una Declaración Jurada de Certificación de Ingresos, con más algunos otros requisitos excluyentes del beneficio, entre ellos, no ser propietario de dos o más inmuebles o de tres o más vehículos o de una o más aeronaves o embarcaciones de lujo según la tipología aplicable por AFIP.

En el marco del acuerdo mencionado, la Secretaría de Comercio se comprometió a gestionar para los prestadores inscriptos en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) la instrumentación de: (i) el restablecimiento desde el 1° de septiembre de 2023 hasta el 31 de marzo de 2024, inclusive, de los beneficios del Decreto N° 300 del 19 de marzo de 2020 con los alcances del Decreto N° 34 del 22 de enero de 2021. El mismo

estableció una reducción en la alícuota correspondientes a las contribuciones patronales sobre la nómina salarial prevista en el artículo 19 de la Ley N° 27.541, que se destine al Sistema Integrado Previsional Argentino, como así también una reducción en las alícuotas del impuesto sobre los créditos y débitos en cuentas bancarias y otras operatorias cuando se trate de empleadores correspondientes a establecimientos e instituciones relacionadas con la salud y (ii) un plan de pagos especial en nueve (9) cuotas -venciendo la primera de ellas en el mes de marzo de 2024- para las posiciones de las contribuciones patronales y del impuesto al valor agregado de los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2023.

Ahora bien, con el cambio de gobierno nacional, el nuevo Poder Ejecutivo dictó el DNU N° 70/23, de fecha 20 de diciembre de 2023, denominado “*Bases Para la Reconstrucción de la Economía Argentina*”-.

El DNU mencionado en su artículo 265 derogó el Decreto N° 743/22-PEN, es decir, eliminó el tope máximo del NOVENTA POR CIENTO (90 %) del Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE).

Asimismo, el artículo N° 267 del DNU, derogó los artículos 5°, incisos g) de razonabilidad de la cuota y m) de distribución de afiliados en caso de quiebra o cese de la actividad, como así también los artículos 6, 18, 19, 25 inciso a) y 27 de la Ley N° 26.682.

Por otra parte, modificó el artículo 17 de la Ley N° 26.682, eliminando de este modo la fiscalización y control de la razonabilidad de las cuotas, por parte de la autoridad de aplicación, a quien le quitó la facultad de autorizar o convalidar los aumentos de cuotas.

A su vez, el artículo 268, el DNU incorpora el artículo 30 bis a la Ley N° 26.682, indicando que las disposiciones allí contenidas serán aplicables únicamente a los asociados voluntarios o adherentes, cuyo vínculo con el asegurador esté fuera del marco de la Ley N° 23.660.

La mencionada modificación se encuentra atada a la modificación establecida en el artículo 270 del DNU, que incorporó como inciso i) del artículo 1° de la Ley 23.660 a todas las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682.

En este contexto, las Entidades de Medicina Prepaga han aumentado el valor de las cuotas en lo que va del año, en promedio un 40% en enero, un 30% en febrero y ya han notificado un 20% para marzo, ello hace que acumulen un 90% para el primer trimestre del año.

Sin embargo, la judicialización de varios de los artículos del DNU no se hizo esperar, y en poco tiempo se dictó el primer fallo contra la desregulación del precio de las Entidades de Medicina Prepaga, a través de la Jueza Martina Forns, del Juzgado Federal de San Martín, quien hizo lugar a un recurso de amparo iniciado por una jubilada de 78 años, y por medio del cual dejó sin efecto el aumento de cuota establecido por la Entidad de Medicina Prepaga y ordenó la refacturación conforme el procedimiento y fórmula establecida en el 2023.

Si bien el fallo es de alcance individual, el antecedente resulta un estímulo para otros usuarios y asociaciones que, en lo

sucesivo, ya sea de manera individual o colectiva soliciten judicialmente poner un freno al aumento de cuotas, entendiendo que el incremento debiera guardar alguna razonabilidad, o establecer parámetros de actualización más claros que le otorguen seguridad jurídica y previsibilidad a los usuarios.

Sobre el cierre de la presente nota se publicaron los Decretos Nros. 170/24, vinculado al derecho de la libertad en el ejercicio de la opción de cambio de Obra Social de los beneficiarios, incluyendo como entidades receptoras a las Entidades de Medicina Prepaga; el 171/24 de desregulación de Obras Sociales y el 172/24 que deroga el Decreto N° 343/23 y pone fin al sistema de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, pudiendo los Agentes del Seguro de Salud celebrar convenios con los efectores del subsistema público de modo libre e individual.

Sin dudas el desafío para los próximos meses, será el reordenamiento de la regulación de las Entidades de Medicina Prepaga, pero especialmente en lo que tiene que ver con los valores de las cuotas de los planes de salud, sobre la base de tres ejes.

Desde el lado de las Entidades, manifiestan que aplicaron aumentos en el orden del 135,76% en el año 2023, contra una inflación acumulada del 211,40% según el INDEC, mientras que este año con la liberación de precios deben ponerse al día con lo que entienden arrastraban una retracción producto del congelamiento del último trimestre del 2023. Además, consideran una nueva carga al tener que integrar el 20% del valor de la cuota al Fondo Solidario de Redistribución, conforme lo prevé el Decreto N° 171/24.

El segundo eje consiste en ver el comportamiento que adoptarán los usuarios, con un mayor protagonismo en cuanto a la toma de decisiones, en un contexto inflacionario complejo, salarios deprimidos, reglas de contratación cambiantes y poco claras y con quejas sobre la calidad de las prestaciones médicas, las que muchas veces inclusive conllevan un pago adicional a través de copagos o bonos de contribución, a lo que se adiciona ver el comportamiento que se desarrollará, en relación a la libertad de opción de cambio establecida por el Decreto N° 170/24.

Como tercer eje se encuentran los costos de salud, honorarios médicos, prestadores independientes, centros de prácticas de diagnóstico y tratamiento, productos, tecnologías y los incrementos en medicamentos, algunos de utilización frecuente que han aumentado por encima de cualquier valor que se quiera utilizar como parámetro.

En definitiva, será determinante buscar consensos entre todos los actores del sistema, a los fines de encontrar un equilibrio entre el valor de las cuotas, la calidad de las prestaciones, la rentabilidad o viabilidad económica financiera de las Entidades y una eficiente intervención del Estado, a los fines de lograr previsibilidad, evitar un dispendio judicial innecesario, como consecuencia de la recurrencia de las acciones presentadas por los usuarios ante la justicia, pero sobre todo garantizar la adecuada cobertura de salud. ■

(*) **Exigente Operativo de Subsidios por Reintegros de la Superintendencia de Servicios de Salud.**



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

HACIA UN EJE DE TRANSFORMACIÓN EN LA SALUD



"Eppur si muove" Sin embargo se mueve...
Galileo Galilei

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

Aristarco de Samos fue un astrónomo y matemático griego, sabio que estudió en la emblemática Biblioteca de Alejandría, alrededor del año 270 A.C. Elaboró por primera vez la teoría Heliocéntrica que aseguraba que la tierra y los planetas giraban alrededor del sol. ⁽¹⁾

Pasaron 18 siglos hasta que Nicolás Copérnico (1473-1543) polímata renacentista, instruido en matemáticas, astronomía, medicina, arte, economía, teología y otras disciplinas, instalara el nacimiento de una de las revoluciones científicas más importantes de la antigüedad: la Teoría Copernicana comprobando que la tierra y los planetas giraban alrededor del sol en el universo entonces conocido. ⁽²⁾

Sin embargo, dio expresas ordenes de publicar su obra luego de su muerte, para evitar la condena de la inquisición que sostenía la teoría geocéntrica, y que incluyó sus libros muchos años después junto a los de Galileo Galilei en el *Index librorum prohibitorum* ⁽³⁾ (*Índice de libros prohibidos*), lista de aquellas publicaciones que la Iglesia de Roma catalogó como heréticas, inmorales o perniciosas para la fe y que los fieles no estaban autorizados a leer.

Galileo Galilei (1564-1642), erudito instruido en la revolución copernicana, desarrolló una amplia cartografía de conocimientos que la complementaron, en la vertiente de descubrimientos que enriquecieron a la humanidad. ⁽⁴⁾

Fue condenado por teólogos de la inquisición a retractarse y ser recluso de por vida en su propia casa, pero que antes de cerrar la puerta, se le atribuye la famosa frase "*Eppur si muove*" símbolo de la verdad que siempre emerge prístina, más allá de toda gran impostura...

La historia de la humanidad está signada por infinidad de seres que estudiaron, investigaron y brindaron sus conocimientos para beneficio de todos. También está signada por guerras, epidemias, pandemias que aún no han sido superadas y todavía sufrimos esos eventos con pérdidas irreparables, como lo fue en la antigüedad la pérdida de la emblemática Biblioteca de Alejandría símbolo de los más exquisitos saberes, que no sobrevivieron al incendio intencional de uno de los más grandes tesoros perdidos. ⁽⁵⁾

Las revoluciones científicas han acompañado a constelaciones de científicos agrupados en lo que

Thomas Kuhn llamo paradigma científico, que anidan en matrices conceptuales, sistemas de valores que dan lugar a modelos, actitudes y prácticas. ⁽⁶⁾

En este avanzado siglo XXI, transitamos por enormes paradojas de avances científicos y dramáticas regresiones, objetivadas por conflictos bélicos, fragmentaciones, luchas de egos y una necesidad universal de mantenernos vivos en un planeta fustigado por el cambio climático, la inseguridad alimenticia, las desigualdades más horribles, etc. ^{(7) (8)}

La Argentina hoy atraviesa una de las crisis más peligrosas de su historia, la desfinanciación de las universidades públicas, e instituciones académicas como el CONICET, el proyecto de cierre del INCA -Instituto Nacional de Cine-, y tantas otras...

Marca un alarmante retroceso de la educación, en la investigación y en la ciencia. Sucede otro tanto con el sistema de salud, que es un reflejo de la sociedad que lo constituye, y de su relato impreso en los problemas que todos conocemos.

Estos problemas centrados solo en la economía están planeados desde paradigmas desactualizados.

Es imprescindible hoy encontrar estrategias en cada una de las dimensiones donde transitamos. La pérdida de médicos especialistas, la imposibilidad de encontrar profesionales que cubran una guardia, el aumento exponencial de los insumos y medicamentos, están evidenciando a gritos un gran cambio de era, que nos exige honestidad en la toma de decisiones.

La autocracia y el totalitarismo han demostrado que, con la política del miedo y la censura, se perdieron las *Dinamías* esenciales del desarrollo humano. Los períodos en que sepultaron conocimientos valiosos para la subsistencia de la integridad de las personas demuestran las oportunidades perdidas prematuramente, por la ignorancia y la codicia del poder. ⁽⁹⁾

Didier Fassin médico, antropólogo y sociólogo miembro del College de France, institución académica fundada en 1530, sostenida por el Estado francés abre sus puertas a todo ciudadano en forma gratuita. En su clase inaugural del 16 de enero del 2020 "*¿Cuánto vale una vida? o ¿Cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual?*" señala Fassin ⁽¹⁰⁾, el valor de la salud de todo ser humano y el cuidado de esta como esencial para la existencia del género humano en el planeta.

Estrategias

La salud es indispensable para la permanencia de la vida en el planeta, el trabajo, el arte la economía y toda manifestación del ser humano.

Debería ser tratada por los dirigentes políticos, los académicos, los economicistas, la población como una prioridad esencial de ser resguardada.

No puede estar supeditada al libre mercado. La salud está interconexa con toda manifestación eco ambiental y a su vez la determina.

Plantear correctamente un problema, nos permite descubrir cómo abordarlo. Las nuevas generaciones de alrededor de los 50 años y las más jóvenes, han rotado sus sistemas de valores.

El tiempo y la calidad de su trabajo, son primordiales a la hora de elegir su compromiso, esta es una variable epidemiológica, que se comparte en la mayoría de los países y regiones, donde estos profesionales no están dispuestos a sacrificar su vida personal por la vocación. No están dispuestos a trabajar gratis a cambio de



experiencia ni relaciones. La violencia en las instituciones públicas o privadas, los sueldos paupérrimos, el pluriempleo causan una migración a otras profesiones más livianas en la carga horaria, o mejor rentadas.

La medicina familiar y la atención primaria de la salud como eje de transformación

La medicina familiar con una concepción integral de la vida representa hoy una herramienta metodológica estratégica en el primer nivel de complejidad para disminuir las tensiones del resto del sistema. ⁽¹¹⁾

Tiene la capacidad de asistir y orientar, a todo el núcleo familiar, trabajar con los niños y adolescentes. Percibir las alertas tempranas. Es factible de instalar en todos los subsectores.

El conocimiento de los procesos de **salud/enfermedad** durante el ciclo vital, abre una oportunidad estratégica. Capacitarlos en un modelo de atención donde la relación **médico/paciente** sea prioritaria, porque están al tanto de lo que sucede en la familia de sus pacientes, en la comunidad y en la sociedad donde están inmersos.

Para esto es imprescindible que los financiadores descubran el valor de sueldos dignos, del tiempo de consulta necesario, de un ambiente grato y como todo esto incide en los resultados finales.

Es posible estimular, crear investigaciones multicéntricas epidemiológicas retrospectivas y prospectivas que demuestren el impacto favorable de la inversión en programas de medicina familiar, en el bienestar psicosocial. ⁽¹²⁾

Es imprescindible incorporar la interdisciplina como herramienta indispensable para plantear los problemas y abordarlos desde una mirada integral. Expertitudes, vivencias y saberes de los diferentes profesionales: médicos, enfermeras, administradores y financiadores para encontrar respuestas a los conflictos laborales propios de cada institución y situación.

La intersectorialidad representa la posibilidad de buscar un entendimiento, en la complementariedad y sinergia entre sectores diversos que interviene en la gestión sanitaria.

Transdisciplina es un esquema cognitivo que permite "atravesar" las disciplinas ⁽¹³⁾, un espacio entre diversas dimensiones del saber desde la filosofía, historia, sociología, arte, antropología etc. son posibles hoy.

La salud como patrimonio intangible de la humanidad es un horizonte que necesitamos alcanzar. ■

Bibliografía:

1. World History Encyclopedia - <https://www.worldhistory.org/trans/es/1-11783/aristarco-de-samos> <https://www.worldhistory.org/trans/es/1-19243/nicolas-copernico/>
2. Kuhn Thomas - La Revolución Copernicana - Editorial <http://www.librosmaravillosos.com/revolucioncopernicana/index.html>
3. Index librorum prohibitorum - https://es.wikipedia.org/wiki/Index_librorum_prohibitorum
4. Capra F. - El Punto Crucial - ISBN 950-16-0209-5 - Argentina - Ed. Estaciones 1992 - 514 Pág.
5. Capra F. - La Trama de la Vida - ISBN 84-339-0554-6 Ed. Anagrama 2000 - Pág. 359
6. Kuhn T. - Estructura de las Revoluciones Científicas. ISBN 9505571135 - Ed. Fondo de Cultura Económica / México 1992 Pág. 404
7. Hobsbawm E. - Historia del Siglo XX. ISBN 9879317-03-3 - Buenos Aires / Argentina - Ed. Crítica Pág. 610
8. Piketty T. - Breve Historia de la Igualdad - ISBN 978-950-12-0463 - Ed. Paidós - Buenos Aires Argentina 2022
9. Boucheron P. Robin C. - El Miedo - ISBN 978-987614-515-2 - Ed. C.I. Capital Intelectual - Buenos Aires 2016
10. Fassín D. ¿Cuánto vale una vida? ISBN 978-987-801-129-5 - Ed. Siglo XXI - College de France - Buenos Aires 2022
11. Drago, Marcelo CEPAL. División de Desarrollo Social. La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. Disponible - <https://hdl.handle.net/11362/6124>
12. Zurro A., Jodar Solà G. "Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria" disponible en: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf
13. Morin E. Lecciones de un siglo de vida. ISBN: 09788449339318 2022 - Ed. Paidós Ibérica - España Pág. 1

(*) Médica sanitarista - Epidemióloga



Pontificia Universidad Católica Argentina

UCA

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2024 DIPLOMATURAS VIRTUALES

AREAS DE SALUD

Gestión en Salud
Cuidados Paliativos
Enfermería
Emergentología
Infectología
Neumonología
Odontología
Oftalmología
Medicina Deportiva
Autismo
Cardiología
Oncología
Medicina Legal/Criminalista
Inmunología
Medicina del Trabajo
Acompañamiento Terapéutico
Diabetes
Ortopedia y Traumatología
Nutrición



DIPLOMATURAS DESTACADAS

Diplomatura en Diabetes y Metabolismo
Diplomatura en Insuficiencia Cardíaca
Diplomatura en Hipertensión Arterial
Diplomatura en Infecciones Periprotésicas
Diplomatura en Enfermedades Autoinmunes
Diplomatura en Acompañante Terapéutico
Diplomatura en Patología Forense

Y MUCHO MÁS

MÁS INFORMACIÓN

csmedicascursos@uca.edu.ar

Alicia M. de Justo 1600
Puerto Madero- CABA
0810-2200-822 (UCA)
uca.edu.ar/es/posgrados/ciencias-medicas

¿ES POSIBLE LA TEORÍA DEL EQUILIBRIO FISCAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL?



Por el Dr. Carlos Felice (*)

Léon Walras fue un economista suizo del siglo XIX (1834-1910), reconocido por sus significativas contribuciones a la teoría económica, especialmente en el campo de la teoría del equilibrio general. Considerado uno de los fundadores de la economía neoclásica, es conocido por su influyente trabajo en la teoría del valor, la teoría del equilibrio general y la teoría del intercambio.

Su obra más destacada, “Elements of Pure Economics” (Elementos de Economía Pura), ha dejado un legado perdurable en el ámbito económico y su teoría del equilibrio general continúa siendo un marco conceptual relevante en la economía moderna.

La teoría del equilibrio general de Walras ofrece una perspectiva integral para comprender la interacción dinámica de múltiples mercados y cómo esto determina los precios y las cantidades de equilibrio de todos los bienes y servicios en una economía.

Este enfoque teórico puede resultar sumamente pertinente al contexto del sistema de salud argentino y la seguridad social, donde la fijación de precios de los servicios de salud, la demanda de servicios médicos y la asignación de recursos dentro del sistema de salud adquieren una importancia crucial para garantizar una atención médica óptima y equitativa.

En esta línea, la aplicación de la teoría del equilibrio general de Walras al sistema de salud argentino puede ser la base para estrategias destinadas a mejorar la asignación de recursos escasos y optimizar la eficiencia del sistema. Una de estas estrategias es la priorización de necesidades, que implica identificar y enfocarse en las necesidades de salud más urgentes y críticas de la población.

Esto incluye áreas con alta prevalencia de enfermedades crónicas o prevenibles, así como la consideración de grupos de población vulnerables, con el fin de asegurar una distribución equitativa de los recursos en función de las necesidades reales.

Por otro lado, la optimización de procesos administrativos y médicos dentro del sistema de salud es fundamental para hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles. La reducción de tiempos de espera, la eliminación de duplicaciones de servicios y la mejora en la gestión de inventarios y suministros médicos son aspectos clave en la búsqueda de una mayor eficiencia en la prestación de servicios de salud.

Además, la inversión en prevención y promoción de la salud constituye una estrategia crucial para mitigar la carga de enfermedades y reducir la necesidad de tratamientos complejos. Destinar recursos a programas que fomenten estilos de vida saludables, campañas de vacunación y detección temprana de enfermedades puede tener un impacto significativo en la salud pública, al tiempo que contribuye a una distribución más equitativa de los recursos en el sistema de salud.

Asimismo, el fortalecimiento de la atención primaria de salud es esencial para mejorar el acceso a servicios médicos de calidad, lo que puede prevenir enfermedades, reducir la necesidad de hospitalización y promover una atención integral y continua para los pacientes.

Una atención primaria sólida y efectiva puede servir como primer punto de contacto para las personas que requieren atención médica, contribuyendo a una distribución más equitativa de los recursos y a una mejor gestión de la demanda de servicios de salud.

La implementación de tecnologías innovadoras, como la telemedicina y sistemas de registro electrónico de salud, también desempeña un papel fundamental en la mejora de la eficiencia y la accesibilidad de la atención médica, especialmente en áreas remotas o con recursos limitados.

Estas tecnologías pueden facilitar el acceso a datos clínicos, mejorar la coordinación de la atención y optimizar los procesos de atención médica, lo que a su vez puede contribuir a una asignación más eficiente de los recursos en el sistema de salud.

En resumen, la aplicación de la teoría del valor equilibra y eficientiza el desarrollo del área específica de la atención de la salud humana. Esto subraya la importancia de trazar un plan de mejora continua de calidad centrado en el paciente, lo que fortalecerá el sistema de salud argentino en su conjunto.

¿Y si llamamos a Walras?

Léon Walras fue el primer economista en reconocer que los expertos en economía nacional debían atender principalmente dos problemas, primero plantearse si es posible un empate entre la demanda y la oferta en líneas generales. Y, en segundo lugar, probar si de esa forma se logra un equilibrio estable.

Aparte para desarrollar estos problemas Walras había comenzado a resolver sus ecuaciones con la ayuda de precios de equilibrio para probar cómo se llegaba semejantes equilibrios.

Encontró una metáfora realmente genial: la del subastador con la ayuda de este subastador Walras expuso cómo había que ir tanteando el límite donde la demanda está del todo satisfecha. Suponiendo una competencia perfecta en su sistema de equilibrio se trata de calcular los valores de equilibrio de cada una de las variables económicas que son compradas y vendidas por las economías domésticas y las empresas (René Luchinger, “Los 12 Economistas más importantes de la Historia”. Grupo Norma, Colombia, 2011).

Para responder nuestra pregunta, es importante considerar que el superávit fiscal en la Argentina se refiere a la situación en la que los ingresos del gobierno superan a sus gastos. **Cuando existe un superávit fiscal, el gobierno tiene más fondos disponibles para invertir en diferentes áreas**, como el sistema sanitario nacional (existe la inversión social desde el Estado) también obviamente en educación -pilares del desarrollo de los pueblos.

Si se aplicara la ley del equilibrio dinámico de Walras en este contexto, se esperaría que el sistema sanitario nacional experimentara mejoras en términos de financiamiento y recursos. La

“ La inversión en prevención y promoción de la salud constituye una estrategia crucial para mitigar la carga de enfermedades y reducir la necesidad de tratamientos complejos. Destinar recursos a programas que fomenten estilos de vida saludables, campañas de vacunación y detección temprana de enfermedades puede tener un impacto significativo en la salud pública, al tiempo que contribuye a una distribución más equitativa de los recursos en el sistema de salud. ”

ley del equilibrio dinámico de Walras sostiene que, en un equilibrio general de la economía, la oferta y la demanda se igualan a través de ajustes en los precios.

En el caso del sistema sanitario, un mayor superávit fiscal podría traducirse en:

1. **Aumento de la inversión en infraestructura sanitaria:** se podrían construir y mejorar hospitales, centros de salud y otros recursos sanitarios para satisfacer la demanda de servicios de salud.

2. **Mejora en el equipamiento médico:** se podrían adquirir equipos médicos modernos y tecnología avanzada para mejorar la calidad de la atención médica.
3. **Aumento de la contratación de personal sanitario:** se podría contratar más personal médico, enfermeras y otros profesionales de la salud para atender a una mayor cantidad de pacientes.

En resumen, si la Argentina logra alcanzar un superávit fiscal y se aplica la ley del equilibrio dinámico de Walras, se esperaría que el sistema sanitario nacional experimente mejoras significativas en términos de financiamiento, infraestructura, equipamiento y personal, lo que podría resultar en una mejor atención médica para la población. ¿Lo llamamos?

Setenta y tres años después de su muerte, en 1983 Gérard Debreu ganó el premio Nobel de Economía por haber logrado precisar el Modelo de Equilibrio de Walras.

“Ah, usted se refiere al viejo profesor que anda siempre leyendo sus propios libros buscando errores”, se cuenta que respondió un hombre nativo de Clarens cuando una delegación llegó en busca de la casa del economista a principios del siglo XX para hacerle una entrevista (René Luchinger - De Adam Smith a Josef Stiglitz, Los 12 economistas más grandes de la historia- Editorial Grupo Norma, Medellín 2011). ■

(*) 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).



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

¿A QUIÉN BENEFICIA LAS REFORMAS EN SALUD DEL DNU?



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

Apenas asumió, este gobierno nacional dictó el Decreto de Necesidad y Urgencia -DNU 70/2023- que, entre otros muchos temas, contiene prescripciones específicas sobre obras sociales y empresas de medicina prepaga.

En los últimos días se publicaron en el Boletín Oficial tres decretos -n° 170/24, n° 171/24 y n° 172/24- que modifican algunas cuestiones vinculadas con el funcionamiento del Sistema Nacional de Obras Sociales.

Ni de los considerandos de estas normas, ni de voces oficiales se desprende cuáles fueron los objetivos que se tuvieron en mira con su dictado. No obstante, varios medios de comunicación indicaron que estas reformas obedecen -entre otros fines- a la necesidad de terminar con la triangulación de los aportes y contribuciones que reciben las obras sociales, por vía de las empresas de medicina prepaga. Intentaremos, en estas líneas, analizar si esa finalidad puede considerarse cumplida y, fundamentalmente, si ello ocurre, redundará en beneficio de los usuarios del Sistema.

Analizaremos en esta nota, las modificaciones más importantes que estas normas producen en el sistema mencionado.

1°) Se habilita la posibilidad de que las empresas de medicina prepaga sean también receptores obligatorios de aportes y contribuciones, es decir, sean “agentes del seguro de salud”. De este modo se abren algunos interrogantes que, entendemos, deberán ser respondidos por la reglamentación que se dicte sobre esta materia. En primer término, van a empezar a convivir dos tipos de personas jurídicas -obras sociales y empresas de medicina prepaga- que tienen distinto objeto social. De ello se derivan consecuencias, como por ejemplo preguntarnos ¿Las empresas de medicina prepaga que resuelvan voluntariamente funcionar como agentes del seguro estarán alcanzadas por las exenciones que la ley de obras sociales establece respecto del pago de tasas y contribuciones nacionales?; pues de esa exención gozan las obras sociales nacionales, en virtud de lo prescripto por el artículo 39 de la ley 23.661. En esa misma línea, debiera determinarse si la coexistencia de ambas instituciones con diferentes tipologías jurídicas implicará que todos administran fondos de terceros, o que los aportes y contribuciones que se destinan a una obra

social son del trabajador y los que se destinen a una empresa de medicina prepaga son de la empresa. ⁽¹⁾

Aclaremos aquí que la inscripción en ese Registro por parte de las empresas de medicina prepaga es *voluntaria* y para determinado tipo de instituciones (tipo A y B). ⁽²⁾

2°) Se elimina la obligación de las obras sociales de destinar como mínimo el 80% de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución, a la prestación de los servicios de atención de la salud, a sus beneficiarios. No existe detalle en los considerandos del DNU 70/2023 que explique los fundamentos que tuvo esta medida.

3°) El DNU 70/2023 incorpora el art. 19 bis a la ley 23.660, dice que “*Cuando las entidades reciban aportes adicionales a los de la suma de la contribución y los aportes..., deberán depositar el VEINTE (20 %) al Fondo Solidario de Redistribución*”. Consideramos que este artículo responde al principio de solidaridad que constituye uno de los pilares de la seguridad social, al obligar a pagar al Fondo Solidario de Redistribución a quien más paga. A su vez, el decreto 171/24 extendió esta obligación a aquellas empresas de medicina prepaga que se hubieran inscripto o no en el Registro Nacional de Obras Sociales. Es decir, si bien la inscripción es voluntaria, el pago de ese componente adicional al FSR es obligatorio. No analizamos aquí la naturaleza jurídica de ese pago adicional, que quedará para otro estudio vinculado a la creación de tributo por Decreto.

4°) El DNU 70/2023 permite que las personas ejerzan el derecho de opción de cambio desde el inicio de la relación laboral. Hasta ese momento, a partir del dictado de decreto 438/2021, las personas debían estar obligatoriamente el primer año en la obra social de su actividad. Además, se permite que se ejerza la opción de cambio de la obra social por la cual se hubiera optado, antes de transcurrido 1 año de permanencia allí.

5°) Se habilita la libre opción de obras sociales entre beneficiarios de obras sociales sindicales, de dirección, de convenio, y/o de empresas de medicina prepaga. Hasta ese momento, el ejercicio de ese derecho estaba segmentado de acuerdo con la aplicación del convenio colectivo.

6°) Se deroga el procedimiento de opción de cambio del personal de dirección.

7°) Se deroga el decreto 743/2022 que preveía el otorgamiento de bonificaciones en las cuotas de las empresas de medicina prepaga, a aquellos usuarios que acreditaran no alcanzar los ingresos mínimos que allí se indicaban.

8°) Se liberan las cuotas que pueden cobrar las empresas de medicina prepaga, es decir, la autoridad de aplicación no tiene más atribuciones para fijar montos máximos de aumento. En este sentido, también se elimina la función de la autoridad de aplicación de fijar aranceles mínimos para los prestadores públicos y privados.

9°) Se deroga el Sistema de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Se crea, en sustitución de este sistema, el Regis-

tro Federal de Establecimientos de Salud. A partir de ahora, las obras sociales podrán celebrar convenios con los efectores del subsistema público, tendientes a establecer el mecanismo para implementar el pago de las prestaciones, ya sea a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente o en forma individual.

10°) Se abren más posibilidades para la comercialización de planes parciales.

En estos 10 puntos que enumeramos las cuestiones que, a nuestro criterio, sufrieron las modificaciones más importantes.

Ahora bien, veamos cómo fue la reacción de cada uno de los actores del sistema; y, de este modo, discernir si se cumplió con uno de los objetivos principales que se habrían trazado los funcionarios oficiales para emitir estas normas.

Por un lado, ni las obras sociales sindicales de modo individual, ni la Confederación General del Trabajo de modo colectivo, interpusieron acciones judiciales contra esta reforma; como sí ocurrió, por ejemplo, con el capítulo del DNU 70/2023 vinculado con aspectos del derecho del trabajo. Parecería ser que estos actores no han detectado perjuicios que pudieran invocar con estas reformas; y que, además, se incluyó allí una aspiración de todos los sectores sindicales, como lo es la obligación que se les impone a las empresas de medicina prepaga de depositar en el Fondo Solidario de Redistribución el 20% de los aportes adicionales que reciban de la suma de la contribución y los aportes.

Por otro lado, los representantes de las principales empresas de medicina prepaga criticaron esta reforma y dejaron trascender que no estarían dispuestas a inscribirse en el Registro Nacional de Obras Sociales.

Finalmente, tampoco los usuarios parecen haber salido favorecidos con esta reforma. Ello así, pues al eliminar la autorización de la autoridad de aplicación de aplicar topes máximos en las cuotas que cobran las empresas de medicina prepaga, vieron aumentadas sus facturas en alrededor de un 100% en solo 3 meses -existen numerosas acciones judiciales interpuestas contra esta liberación de cuotas-. A ello, hay que agregar que este nuevo “cargó” del 20% al Fondo Solidario de Redistribución será trasladado a los bolsillos de los propios usuarios.

Existen además otros resortes técnicos que nos hacen pensar que la “triangulación” (así la han dado en llamar los medios de comunicación), como por ejemplo que se incrementa el aporte al Fondo Solidario de Redistribución sobre los aportes y contribuciones que se destinan a la empresa de medicina prepaga⁽³⁾ no va a ser eliminada. Y con ello, tampoco se verá reducida la porción que queda en la obra social que recibe los aportes y contribuciones.

En síntesis, no consideramos que las reformas tengan el efecto que se enuncia públicamente.

Por otro lado, consideramos que la actualidad del sistema de salud tiene otros problemas que son mucho más importantes que permitir que los beneficiarios opten por una empresa de medicina prepaga evitando la intermediación.

Sin la pretensión de ser taxativos, entendemos que debemos adoptar medidas para resolver los siguientes temas:

- A) No existe posibilidad que un sistema de salud se base en una fuente de financiamiento casi exclusivamente contributiva. Una muestra de ello lo refleja el aumento que tuvo el costo de las prestaciones médicas en los últimos 3 meses, que no fue acompañada por un aumento equivalente de los aportes de los trabajadores y de las contribuciones patronales, al no haber existido aumentos significativos de salarios en este período.
- B) Establecer las bases de una canasta mínima de prestaciones en una ley.

C) Se debe rediscutir el modo en que se deben financiar las prestaciones asistenciales de la discapacidad, especialmente en lo relativo a transporte y educación.

D) Proponemos también discutir la atención de los jubilados por parte de las obras sociales. Recordemos que, actualmente, numerosos beneficiarios de las obras sociales que no están inscriptas en el Registro de Jubilados de la Superintendencia de Servicios de Salud; al llegar a la edad jubilatoria exigen su permanencia en dichas obras sociales, por vía de amparos. Desde hace ya unos años, este conflicto constituye la causa principal de las causas judiciales que se interponen contra las obras sociales. Sobre esta población rige también un sistema de compensación a favor de las obras sociales (cápita) que no alcanza a cubrir el gasto prestacional promedio⁽⁴⁾ y genera la consecuencia que las obras sociales intenten poner todo tipo de trabas para recibir jubilados.⁽⁵⁾

E) Es sabido que el componente de salud que abonan los monotributistas, los monotributistas sociales y el personal doméstico es burdamente exiguo. Como en el punto anterior, es necesario actualizar ese valor que actualmente ronda los seis mil pesos (\$ 6.000).

Debemos señalar, por último, que es sabido que son aproximadamente seis millones (6.000.000) de usuarios los que gozan de un servicio de salud a través de la medicina prepaga. En consecuencia, las normas que hemos analizado no implican una reforma del sector ya que el Sistema Nacional del Seguro de Salud cuenta con más de veinte millones (20.000.000) de afiliados y pareciera estar destinado, exclusivamente, a la apertura hacia la medicina prepaga en la creencia (a nuestro entender errónea) que ese es el problema del sistema. Dicho de otro modo ¿La eliminación de los costos de la intermediación va a incidir en la mejora de la accesibilidad y la equidad de los beneficiarios en su atención médica? Si en la actualidad la salud de cada individuo (y su grupo familiar) depende de su capacidad de pago, estas normas incrementarán la desigualdad y hará más oneroso el tránsito por las empresas de medicina prepaga para los usuarios.

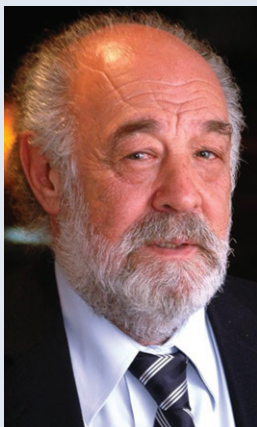
En estas líneas, hemos limitado las consideraciones al contenido del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Si nos referimos a la totalidad de la población, debemos decir que miran todas estas reformas con “la ñata contra el vidrio”. Quizás, entre tantas medidas disruptivas, sea prudente rediscutir el federalismo en salud que hoy es un argumento para sostener la inequidad.

Esperemos que se puedan obtener consensos para el cambio que necesita nuestro Sistema Nacional de Obras Sociales. ■

Referencias:

- 1.- El artículo 16 del Decreto 576/93, reglamentario de la ley 23.660 dice textualmente: Los aportes y contribuciones que, por imperativo legal, se efectúan sobre la base de la remuneración del trabajador a favor del Sistema de Salud le pertenecen y puede disponer de ellos para la libre elección del Agente del Seguro, pues constituyen parte de su salario diferido y solidario.
- 2.- La Superintendencia de Servicios de Salud dictó la Resolución n° 1950/2021 (B.O. del 23 de noviembre de 2021) a través de la cual estableció la tipificación de las empresas de medicina prepaga.
- 3.- Los aportes y contribuciones destinan el 15% al FSR para las obras sociales de convenio, y el 20% para las de dirección y las empresas de medicina prepaga (artículo 19 de la ley 23.660 con la reforma introducida por el DNU).
- 4.- El Instituto Nacional de Obras Sociales para Jubilados y Pensionados abona una cápita mensual equivalente a \$ 17.063,61).
- 5.- Es de sentido común considerar que alguien que aportó muchos años a una obra social, pretenda continuar en ella en la pasividad, máxime sabiendo que es el período en que más la va a necesitar.

UNA TRANSFORMACIÓN INDISPENSABLE PARA UNA TRANSICIÓN INEVITABLE



*"La verdad exige que los elementos
disparen sean reunidos".*

Paul Klee

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

La realidad sanitaria argentina funciona desde hace años como una sinécdoque del país. Una expresión particular que expresa al conjunto general. No es sorpresa. Qué es "el país" sino el estado de sus instituciones principales. La educación es, sin dudas, el otro gran sector que replica lo mismo.

Todos estamos de acuerdo en diversos análisis sobre los problemas y obstáculos a superar, pero nunca se logra una transformación verdadera. El resultado es la reproducción ampliada de los mismos problemas, agravados con el paso del tiempo.

Tomemos por caso la cuestión de los *genéricos*, que ha vuelto a la agenda tras una revisión propuesta por el actual gobierno. No me queda más que repetir lo vertido en este y otros medios hace más de veinte años cuando surgió la iniciativa, allá por 2002.

Nunca un medicamento puede ser de segunda; y esto también abarca al genérico, su empleo es de la misma categoría y se trata de un recurso terapéutico tan válido como cualquier otra medicación cuando se ajusta a un criterio de estricto rigor científico: los genéricos deben corresponderse en principio activo, calidad y cantidad de la droga utilizada.

El problema es, por un lado, que nuestro sistema sanitario no ha instrumentado los medios (ni entonces ni ahora) para establecer rigurosamente las condiciones que deben cumplir los medicamentos genéricos: *biodisponibilidad* (nivel de concentración de la droga) y *bioequivalencia* (efecto terapéutico).

Por otro lado, tampoco ha reforzado una concepción del medicamento como un **bien social** y por lo tanto de consumo preferente. La no atención de estos requisitos primarios abre la posibilidad a la aparición de imitaciones de menor calidad y, consecuentemente, distinta acción clínica (con las consecuencias nefastas que ello supone, y a veces, hay que decirlo, son letales).

Se trata de una medida que expresa una conducta regresiva dada la carencia de respaldo y sostén de los esenciales y legítimos criterios médicos de prescripción y esquema terapéutico.

No es más ni menos que permitir que sean el paciente y el farmacéutico los que elijan qué medicamento consumirá el primero; lo cual constituye un error en un país donde las farmacias son en gran parte atendidas por empleados y facultativos que no poseen la formación clínica para prescribir, y donde el Estado sigue sin atender la *función de agencia* sanitaria que monitoree la atención médica.

Si bien la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología (ANMAT) ha realizado acuerdos con instituciones científicas y universidades, carece de una estructura bioquímica-clínica y administrativa acorde para realizar la tarea de coordinación y fiscalización efectiva sobre la puesta en funcionamiento de un sistema de prescripción de genéricos.

En definitiva, cuando se trata un tema como este, se está obligado a considerar lo que se ha hecho desde entonces (2002) a la fecha, ya que se muestra la modalidad de enfrentar los problemas y objetivar las consecuencias y responsabilidades asumidas (y a asumir).

De ahí que este tema requiera un cambio de ópticas más profundo, con la necesidad de lograr (lógicas) convergencias sólidas; así como un cambio de metodología de trabajo, factor éste que reconoce no sólo la importancia del componente biológico sino de sus efectos económicos y sociales. No nos estamos refiriendo a insumos secundarios sino a uno que alude a la vida y a la muerte. No omitamos las necesidades básicas en este tema, como son la salud y la educación.

Una de las claves para superar el gran intrínquilis del campo sanitario, podría ser **cambiar el enfoque**. En lugar de limitarnos a reseñar los obstáculos, pasar a advertir las potencias que anidan incluso en los aspectos problemáticos y conflictivos. Porque no será eludiendo el conflicto que lograremos sortear la crisis, sino atravesándolo con las herramientas que tenemos disponibles, aunque a veces un poco oxidadas por falta de uso, o readecuándolas a otra finalidad.

No se trata simplemente de una reingeniería institucional; ni tampoco de una ilusoria purificación de actores e intereses. Se trata de un objetivo mucho más profundo y ambicioso, en un aspecto, pero que debe ser encausado de manera modesta, generando la transformación en un proceso sinérgico que se potencie a sí mismo de manera gradual.

La prueba de tenacidad pasa por poner en primer y firme lugar a la finalidad, que no es otra cosa que la salud como potencial vital, es decir, *producir salud, generar una atención integral* de salud de manera eficiente, oportuna y equitativa. Con ese faro, las reformas serán monitoreadas según se aproximen o no al resultado buscado.

Con qué contamos. Con una revolución digital y una ciencia de datos que da un salto adelante respecto a la informática de hace veinte años, con avances de ciencia y tecnología permanentes, que deben, por ello mismo, ser vigilados; con nuevas formas y formatos de funcionamiento de la economía, llamado "plataformización" o *economía de plataformas*.

Detengámonos en esto último. El término refiere a una novedosa asociación en red de empresas y clientes en donde estos pasan de ser simples consumidores a ser parte del proceso productivo. Traducido al área de salud, sería, por ejemplo, darle el lugar que se merece a las historias clínicas de los pacientes. En suma, se trata de una posibilidad de transformación que debe encontrar la forma de congeniar y asociar partes de manera colaborativa para obtener un producto que aporte un plus en lugar de un subóptimo.

Esto quiere decir que a la hora de repensar una indispensable reorganización sanitaria que busque integrar (mas no fusionar) sus subsistemas, actores, jurisdicciones, etc., existen mecanismos operativos que podrían adaptarse al desafío.

Resulta inocuo idear un sistema de salud perfecto, se trata más bien de encontrar las estrategias, formatos, marco legal, logístico y de gestión para que los efectores de salud, las asociaciones profesionales, los sindicatos y sus obras sociales, encausen un funcionamiento que los potencie no en sus intereses inmediatos, pero sí en el objetivo final. En dicho proceso, claro está, se deberían evidenciar y purgar vicios y desviaciones.

“Una de las claves para superar el gran intrínquilis del campo sanitario, podría ser cambiar el enfoque. En lugar de limitarnos a reseñar los obstáculos, pasar a advertir las potencias que anidan incluso en los aspectos problemáticos y conflictivos. Porque no será eludiendo el conflicto que lograremos sortear la crisis, sino atravesándolo con las herramientas que tenemos disponibles, aunque a veces un poco oxidadas por falta de uso, o readecuándolas a otra finalidad.”

Por último, si la ciencia brinda múltiples herramientas para afrontar los cambios necesarios, el motor de la transformación no puede venir de otro lado que no sea de una voluntad política, encarnada en individuos, líderes, gobernantes, amén de organizaciones sociales diversas.

Se necesita, pues, de la dualidad complementaria *del político y el científico* sobre la cual disertara Max Weber hace ya más de cien años. La ciencia, en su sentido amplio de conocimientos rigurosos, instrumental tecnológico y de pensamiento lógico, permite labrar el camino crítico que identifique causas y efectos.

Pero es la lógica del político la que debe sostener un principio, un objetivo, una finalidad y encausar las fuerzas sociales hacia dicho objetivo. El ingeniero sabe construir el puente, pero qué territorios conectar es una decisión política. El científico resuelve un problema. El político decide sobre un dilema.

Hacia el final de su conferencia sobre “La política como profesión”, Weber nos deja este recordatorio: “La política consiste en un esfuerzo tenaz y enérgico por taladrar tablas de madera dura. Este esfuerzo requiere pasión y perspectiva.

Puede afirmarse, y toda la experiencia histórica lo confirma, que el hombre jamás habría podido alcanzar lo posible si no se hubiera lanzado siempre e incesantemente a conquistar lo imposible”. ■

(*) 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

CARRERAS DE GRADO

+ POSGRADOS

+ CURSOS

SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

ECONOMÍA Y GESTIÓN

ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

AUDITORÍA

MEDICINA LEGAL

Inscribite ahora!

isalud.edu.ar

Instagram, Facebook, Twitter, LinkedIn

COMPETENCIA SIN REGULACIÓN EN SALUD

JUGADA DE PIZARRA



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

La escuela austriaca de economía a la que pertenece el presidente electo Javier Milei es un grupo de fundamentalistas de mercado. Llega al extremo de considerar un error lo que constituye un gran mérito de la escuela neoclásica al reconocer las fallas del mercado como aquellas circunstancias o factores que impiden que los mercados asignen los recursos de forma eficiente, desafiando los supuestos que subyacen al equilibrio competitivo, como la competencia perfecta, ausencia de externalidades o información perfecta.

Pero en el caso del sector salud incluso los neoclásicos han tenido inconvenientes en describir y analizar el funcionamiento de los mercados y los aportes realizados por la economía institucional son efectivos para bajar de la pizarra a la realidad el comportamiento de los mercados. Los neoclásicos ignoran los comportamientos oportunistas, los contratos incompletos, la asimetría informativa y la incidencia de los derechos de propiedad sobre la eficiencia y esto repercute al momento de aplicar instrumentos.

El planteo que los lleva a decir que el único y mejor camino para que un país alcance el desarrollo es el uso del mercado de manera excluyente, como si fuera un dios que resuelve todo de manera mágica y automática.

En las palabras del profesor Israel Kirzner: *La sociedad está formada por numerosos individuos. Cada individuo puede ser visto como independiente en la selección de su programa de metas... y cada individuo adopta su propio curso de acción para lograr sus metas. Por lo tanto, no es realista hablar de la sociedad como una unidad única que busca asignar recursos para reflejar fielmente "su" jerarquía de objetivos.*

La sociedad no tiene una sola mente donde los objetivos de los diferentes individuos puedan ser clasificados en una sola escala. A partir de esto, Kirzner llega a la conclusión de que: *"Eficiencia para un sistema social significa la eficiencia con la que permite a sus miembros individuales alcanzar sus diversos objetivos"*.

Este pensamiento nos lleva a finales del 1800 y mucha agua ha pasado bajo el puente. Por ejemplo, la revolución industrial, el desarrollo del capitalismo salvaje, la aparición del comunismo, dos guerras mundiales, la creación del estado de bienestar y de mecanismos de protección para las personas sin oportunidades.

Tratemos ahora de interpretar las decisiones económicas que ha tomado el gobierno en materia de salud a la vista de la realidad. Resulta claramente visible que no existe ni estrategia ni rumbo en materia de política de salud pública. El Ministerio si bien ha mantenido su estatus se encuentra enmarcado en un silencio que

muestra debilidad y cierto grado de improvisación al momento de ejercer la gobernanza de un sector tan fragmentado y segmentado.

Cada uno hace lo que mejor le viene en ganas. Las provincias por su lado, las obras sociales con su estrategia asociada a lo sindical y muy poco a la salud de los beneficiarios, las prepagas fluyendo hasta ahora en los intersticios de la seguridad social y manteniendo su negocio financiero con escasa o nula innovación en planes de aseguramiento.

Y por supuesto el PAMI haciendo su propio camino, protegiendo negocios y tratando de no llamar la atención cuando todos nos preguntamos si no debería existir en un gobierno que se autoproclama como revolucionario y campeón en la reforma del Estado.

El pasaje desde un capitalismo de amigos o prebendario, donde el que está más cerca del gobierno es el que se lleva el beneficio, hacia un modelo de capitalismo más competitivo exige también cambios en las autoridades regulatorias. Ya no pueden ni deben estar para legitimar comportamientos sino por el contrario para regular y controlar aquellas conductas que se apartan de la sana competencia o bien que perjudican al consumidor.

Esta nueva configuración exige una Superintendencia de Servicios de Salud a la altura de esta nueva instancia de competencia entre obras sociales y prepagas. Mayor solidez técnica para las exigencias y regulaciones que deben cumplir y una férrea aplicación de la Ley 23.660 eso es lo que se le exige de mínima a la autoridad regulatoria.

Pero también un rol más activo de la comisión de defensa de la competencia custodiando que no se formen cárteles o conductas del tipo abuso de posición dominante de los que competirán en el mercado. También Defensa del Consumidor debe estar atenta a que los clientes/pacientes no sean perjudicados por prácticas de la oferta que se beneficia de la asimetría informativa.

Es por ello que me quiero detener en el análisis de la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo de regulación y control de un mercado ampliado que ahora abarca 20 millones de personas.

¿Qué necesitamos para que una agencia regulatoria no sea capturada por el regulador? En economía cuando se analizan los fallos del Estado muchas veces nos encontramos con la captura del regulador. ¿Cuándo se produce esta situación? Cuando una agencia regulatoria, creada para defender el interés general, actúa en favor de ciertos intereses políticos o grupos de interés del sector sobre el cual está encargada de regular.

Este concepto fue acuñado por el Nobel de Economía, George Stigler en los años 70 y es aplicable a las entidades estatales susceptibles de ser influenciadas por el poder de las empresas u organizaciones en las que se delegó la administración de los servicios, que son responsabilidad obligatoria del Estado.

En el caso de la Superintendencia de Servicios de Salud estamos ante un caso de captura del regulador histórico. Dado que los sindicatos que conducen las obras sociales son quienes han participado en la designación de los reguladores con escasa excepciones.

Siguiendo a Lasheras, M. A. ⁽¹⁾ donde nos dice que los fallos en la regulación eficiente de los servicios públicos podrían conducir a la economía a una peor situación que la inicial si es que no se cuenta con un marco regulatorio adecuado.

Recordemos que los precios son las señales en la economía que indican a los agentes hacia donde deben moverse, así cuando el gobierno interviene a través del ente regulador, puede crear incentivos en actividades que no son eficientes, y dichos incentivos son reflejados por la regulación en los precios.

Han pasado ya 28 años de la creación de la Superintendencia como agencia reguladora, entiendo que ya estamos en condiciones de evaluar si se han tenido en cuenta varias características deseables que debe cumplir esta organización para poder llevar a cabo con éxito sus propósitos y poder aprender.

La primera tiene que ver con la claridad de los objetivos y de

la consistencia con los objetivos globales de la política. Para esto es necesario contar con recursos humanos calificados y con sistemas de incentivos acordes con las funciones desempeñadas. Igualmente es claro que se requiere infraestructura, recursos financieros y sistemas modernos de administración que permitan una operación ágil y oportuna.

La segunda característica con la necesidad de consolidar una serie de mecanismos externos de control que se fundamenten en sistemas de información adecuados para conocer las preocupaciones y problemática de los beneficiarios de la seguridad social.

Incrementar la transparencia es fundamental por varios motivos:

- A. Si los reguladores no están obligados a trabajar con estándares de transparencia y rendición de cuentas los resultados de la regulación no serán los mejores.
- B. Los cambios necesarios para garantizar la transparencia son más fáciles de poner en marcha. ⁽²⁾

Finalmente, es necesario disponer de mecanismos de apelación a las decisiones de las autoridades reguladoras e instancias que resuelvan los conflictos que se presentan entre éstas y los agentes regulados. Para esto, otorgar independencia se ha convertido en uno de los aspectos más influyentes en el proceso.

Comúnmente se han formulado varias acciones que le garantizan al regulador un grado ideal de independencia, entre ellas, el otorgamiento de facultades exclusivas en determinadas decisiones, la disponibilidad de presupuesto propio, la existencia de estatutos laborales flexibles, el establecimiento de mecanismos especiales de designación, permanencia y remoción de los reguladores, y la imposición de inhabilidades a los reguladores para el desempeño de ciertos cargos.

La Superintendencia tiene un largo camino para recorrer teniendo en cuenta los cambios que se avecinan y la dinámica de la seguridad social que ahora deberá competir con las empresas de medicina prepaga. Si no fue capaz durante todos estos años de

sancionar y establecer las reglas de juego con las obras sociales como lo podrá hacer con también contando con la regulación de la medicina prepaga.

Tiene que estar al servicio de los beneficiarios de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga, tiene que estudiar, auditar y monitorear el funcionamiento de los entes, tiene que compensar y equilibrar, pero también debe sancionar e incluso disolver obras sociales y prepagas cuando las mismas incumplan las decisiones. No puede ser un órgano que oculta o edulcora las ineficiencias y corruptelas que se puedan plantear dentro del sector. Esta para hacer cumplir las reglas de juego y esto son las leyes votadas en este caso la 23.660 y su legislación complementaria.

Los conflictos de intereses se plantean únicamente pensando en el ejercicio de los reguladores en las empresas privadas pero no es acaso la pertenencia a una obra social (organizaciones sin fines de lucro) que administra millones de pesos y que a partir de los años noventa están asociadas con las empresas de medicina prepaga elementos claves a ser tenidos en cuenta al momento de seleccionar los recursos humanos que se encargaran de administrar y ejecutar con objetividad esta importante función reguladora.

Reconfigurar la Superintendencia implica cambiar determinadas prácticas históricas de los gobiernos democráticos con los sectores sindicales y evitar que el privado sea ahora quien domine la SSSalud. Una Superintendencia con un perfil técnico que debe velar por los intereses de los beneficiarios a quienes debe proteger de los abusos que surgen de la amplia asimetría informativa entre prestadores y aseguradores respecto del afiliado. ■

Referencias:

- 1.- Lasheras, M. A. "La regulación económica de los servicios públicos", (1999) Barcelona: Editorial Ariel.
- 2.- Galetovic y Sanhueza (2002).

(*) Prof. Salud Pública - FCM UNL y Director del IdEB (Instituto de Economía del Bienestar).



www.sanidad.org.ar

¿HACIA DÓNDE APUNTAN LOS CAMBIOS EN EL SECTOR SALUD?



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

A partir del Decreto de Necesidad y Urgencia número 70/2023 denominado BASES PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ECONOMÍA ARGENTINA del 20 de diciembre y del proyecto de Ley Ómnibus, el Poder Ejecutivo Nacional propone introducir cambios importantes dentro del sistema de salud.

Efectivamente, de quedar firme el DNU 70/23 se modificará el marco de regulación de la medicina prepaga y de las obras sociales, se profundizará la implementación de la receta digital y se habilitará la venta de antiácidos y analgésicos (de venta libre) por fuera de las farmacias entre otras cuestiones.

Las reformas planteadas

El DNU establece que se liberarán las restricciones de precios al sistema de medicina prepaga a fin de aumentar la competitividad del sistema, según argumenta. Previo al DNU, los precios que las prepagas podían cobrar a los afiliados estaban regulados por la Superintendencia de Servicios de Salud quien además autorizaba los montos mínimos a pagar a los prestadores.

Ambos montos (de los aranceles a los afiliados y a los prestadores) se incrementaban en cuotas escalonadas mensuales. A partir del DNU lo único que seguirá regulado en términos de precios es la existencia de aranceles diferenciales para planes prestacionales según franjas etarias (con una variación máxima de 3 veces entre el precio de la primera y la última franja etaria). Es decir, los adultos mayores seguirán pagando cuotas mayores que las personas más jóvenes.

Teniendo en cuenta que los aumentos de las cuotas venían rezagados respecto al IPC, todos los actores del sistema preveían un impacto importante en los bolsillos de los usuarios y, en efecto, al momento de escribir este artículo, esta medida ya impactó en un fuerte aumento de las cuotas de las prepagas a los afiliados, pero en menor medida a los aumentos de los aranceles a los prestadores. Más allá de esto, el Programa Médico Obligatorio sigue vigente, así como otras funciones de la SSSalud.

El DNU también establece que el afiliado a una obra social podrá elegir libremente entre cualquier obra social o prepaga que se inscriba y sus aportes se destinarán a esa nueva aseguradora, sin pasar por las obras sociales en el caso que se elija una prepaga. En este sentido se elimina la intermediación de las obras sociales.

Las prepagas que deseen competir deberán inscribirse en un registro en la SSSalud y aportar un 20 % al Fondo Solidario de Redistribución, algo que claramente puede funcionar como una barrera importante.

Por otro lado, se desarticula el sistema de Hospitales de Gestión Descentralizadas (Hospitales de Autogestión) en el sentido del cobro automático a las obras sociales, debiendo ahora cada hospital gestionar sus propios convenios con cada financiador.

Respecto a los medicamentos, el DNU en principio habilitaba la venta de medicamentos de venta libre en la vía pública, los kioscos, y cualquier otro comercio. Sin embargo, la reglamentación del DNU aclara que en los establecimientos que no sean habilitados como farmacias, la comercialización de medicamentos de condición de expendio de venta libre estará limitada a los antiácidos y analgésicos y se exigen una serie de condiciones que restringen mucho la posibilidad de su venta en cualquier kiosco.

En el DNU se estipula la prescripción de medicamentos exclusivamente por su nombre genérico, sin poder sugerir marcas comerciales. La reglamentación dio marcha atrás en este punto y ahora los médicos deberán consignar el nombre genérico o denominación común internacional del medicamento en la receta, pudiendo también sugerir una marca comercial. También el DNU establece la receta digital como exclusiva para la prescripción de medicamentos.

Otra de las medidas adoptadas es el cierre de la ANLAP, Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, órgano que intentaba generar rectoría, coordinar y fortalecer la producción pública de medicamentos.

A su vez el proyecto de Ley Ómnibus enviado por el PEN al Congreso propone modificaciones a la Ley N° 27.611, conocida como Ley de Mil Días, de cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia, e introduce un cambio a la 27.499, llamada Ley Micaela.

El proyecto de Ley Ómnibus especifica que la atención de los niños en situación de vulnerabilidad comienza “desde su concepción”. Además, elimina el término “niñas”, para referirse solamente a “niños” y se enfoca exclusivamente en las “madres”, apartándose de las expresiones “mujeres” y “personas gestantes” presentes en la ley actual.

El artículo 504 del proyecto propone reemplazar el artículo 1° de la Ley de Mil Días. La nueva redacción busca fortalecer el cuidado de las madres vulnerables y los niños desde su concepción hasta los tres años, con el objetivo de reducir la morbilidad materno-infantil y la malnutrición, además de fomentar el desarrollo emocional y físico.

El proyecto de Ley Ómnibus plantea también cambios en ocho artículos de la ley de salud mental, entre ellos las internaciones involuntarias, la existencia de hospitales especializados o la actuación del órgano de revisión.



El DNU también establece que el afiliado a una obra social podrá elegir libremente entre cualquier obra social o prepaga que se inscriba y sus aportes se destinarán a esa nueva aseguradora, sin pasar por las obras sociales en el caso que se elija una prepaga. En este sentido se elimina la intermediación de las obras sociales.



Mantiene la excepcionalidad de la internación como recurso terapéutico, pero la iniciativa aclara que procede, previa evaluación médica y del equipo interdisciplinario en casos específicos, por ejemplo, cuando la persona no logre adherencia a los abordajes ambulatorios y presente una falta de conciencia de enfermedad que afecte su capacidad de discernimiento, implique un riesgo para sí o para terceros o se trate de un menor de edad que padece adicción a sustancias psicoactivas que comprometan gravemente su salud integral, entre otros. A su vez el órgano de revisión estará compuesto por un equipo multidisciplinario.

Algunas consideraciones

Los cambios propuestos no representan una reforma en el sentido cabal de la palabra. No introducen eficiencia ni equidad al sistema, dos de los grandes problemas de nuestro sistema. No plantean superar la fragmentación ni la segmentación, ni mejora la calidad de la atención. Tampoco intenta resolver problemas graves como el de los recursos humanos. Por el contrario, las medidas adoptadas pueden, en algunos casos, profundizar estos problemas.

En un país con casi la mitad de su población por debajo o al límite de la pobreza, la salud debería representar una política que tienda a contribuir a mejorar esa situación. Efectivamente tanto el rubro de medicamentos como el costo de la atención de la salud impactan fuertemente en el bolsillo de la población.

El aumento desmedido de los medicamentos y prepagas, así como de los costos en general de los servicios como consultas médicas, exámenes complementarios, etc., que se observan luego de estas medidas golpea fuertemente a grandes sectores de la población. Tampoco son medidas que introduzcan competencia a fin de que en el mediano y largo plazo tiendan a bajar los precios. Por el contrario, toda la evidencia sugiere que seguirán en aumento. El mercado de la salud es imperfecto y la competencia no se dará de la misma manera que en otros mercados.

Desde el punto de vista sanitario, y si bien se morigeró mucho lo dictado por el DNU a través de su reglamentación, se abre una puerta peligrosa en la dispensa de medicamentos por fuera de las farmacias, algo que no generará ningún impacto positivo, por el contrario, puede resultar muy peligroso.

El cierre de la ANLAP es un mensaje negativo en el mercado de los medicamentos. Si bien la incidencia de la producción pública en ese mercado es muy baja, siempre es una herramienta que puede constituirse en importante, especialmente en épocas de crisis como la actual.

También resulta contraproducente la eliminación de la facturación y cobro a la seguridad social y prepagas en forma automática por parte de los hospitales de autogestión. Resultará muy difícil que cada hospital pueda negociar individualmente con cada uno de los cientos de entidades financiadoras que existan. Los financiadores al no verse obligados a firmar estos convenios utilizarán al hospital público como una válvula de escape financiero sabiendo que los hospitales no rechazarán esa demanda.

Nada se planteó respecto al sistema público de salud. Se deja librado exclusivamente a lo que cada provincia pueda y quiera hacer. Como muchas otras veces solo se quiere reformar el sector de la seguridad social y prepagas, paradójicamente el sector que presenta los mejores indicadores de salud. El sector público que atiende a la población más vulnerable y en donde impactan más fuertemente las medidas de ajuste brilla por la ausencia de anuncios de medidas.

Esperemos que en un futuro no muy lejano se comiencen a establecer políticas públicas dirigidas a reformar el sector en forma integral, incluyendo fundamentalmente al subsector público, el cual debe ser prioridad absoluta de cualquier gobierno independientemente de su signo político y de su ideología. ■

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

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2024

ESPECIALIZACIONES

CLÍNICAS

Oncología Clínica
Clínica Pediátrica
Medicina del Deporte
Microbiología Clínica
Nefrología
Terapia Intensiva
Infectología
Cardiología
Psiquiatría
Medicina del Trabajo
Medicina Legal
Kinesiología Cardio-Respiratoria

QUIRÚRGICAS

Otorrinolaringología
Cirugía Plástica y Reparadora
Ortopedia y Traumatología
Oftalmología Infantil

ODONTOLOGÍA

Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
Implantología Oral
Periodoncia
Odontopediatría

DOCTORADO

Ciencias Biomédicas

MÁS INFORMACIÓN

csmedicasesp@uca.edu.ar

Alicia M. de Justo 1600
Puerto Madero- CABA
0810-2200-822 (UCA)
uca.edu.ar/es/posgrados/ciencias-medicas

MERCADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO. FALTA UNA POLÍTICA



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

El mercado de medicamentos es opaco por características que surgen de sus propias fallas, las cuales impactan sensiblemente en la dinámica del mercado sanitario desde la asimetría de información hasta las externalidades. Las empresas farmacéuticas, así como procuran brindar beneficios terapéuticos a enfermedades que millones de personas padecen o padecerán en algún momento de sus vidas, deben además asegurar un negocio en el cual sus inversores buscarán rentabilidad a partir de recuperar y/o aumentar el precio de las acciones de las BigPharma a quienes han confiado su capital. Cuando la banca Goldman Sachs advirtió que “curar enfermedades no era rentable para las farmacéuticas” no estaba expresando conceptualmente nada nuevo. Ya en 2017, la revista Forbes presentó un informe sobre dichas empresas, en el que mostraba para las 15 líderes a nivel mundial cifras de negocios en torno a los US\$ 700.000 billones. Con la particularidad que, por la gestión de patentes y la producción de nuevos fármacos biotecnológicos para tratamientos oncológicos y enfermedades complejas, superaban ampliamente las cifras de rentabilidad de la industria de armamentos, las telecomunicaciones y de los bancos, al obtener una tasa de ganancia superior al 20 por ciento. Lo que las constituía en la industria más rentable en Bolsa para Wall Street.

En la mayoría de los países del mundo, los medicamentos constituyen un eje central de la dinámica de los sistemas de atención de la salud, oscilando en torno al 30-40% del gasto. Pero en contextos económicos como América Latina, con PBI/cápita menores a US\$ 10.000, esta particular situación ha venido cobrando mayor relevancia. Especialmente a partir del ingreso a su mercado sanitario de moléculas cada vez más complejas en el campo del tratamiento de la patología oncológica y las enfermedades crónicas o poco frecuentes. No solo por la cantidad que con esa especificidad adquieren particulares características terapéuticas y variables efectividades en el “mundo real”, sino -fundamentalmente- por los extremadamente altos precios que se deben afrontar para dar cobertura a aquellos pacientes que las necesitan. Esto suscita un eje de tensión al relacionar el tipo de moléculas, su precio de mercado, el costo anual de la atención de las enfermedades a la que están dirigidas, y el valor terapéutico efectivo que realmente aportan al curso de las mismas.

En el caso de las biotecnológicas o las terapias génicas, la sustitución por biosimilares en el mercado surge de disponer de una industria *biotech* madura con capacidad de desarrollar diferentes moléculas con idéntica efectividad que la original y sin inmunogenicidad asociada. De donde el escaso desarrollo y capacidad de inversión que esta posee en los países de América Latina trae aparejado menores posibilidades de favorecer la entrada de competidores al mercado que permitan competir en precios, dado el tiempo necesario para producir una molécula diferente pero equiparable en su efectividad y seguridad que pueda ingresar una vez vencida la patente de la original. De allí la obligación de obtenerlas vía importación por el laboratorio dueño de la misma y sin competencia. Todo lo cual resulta en barreras a la sustitución y a la resolución de la ecuación elasticidad/precio que originan.

Los nuevos medicamentos oncológicos son hasta tres veces más caros que los destinados a otras enfermedades y sus precios crecen a un ritmo de casi 10 por ciento anual, lo cual ya no resulta solo un beneficio sino más bien un negocio. Estos aspectos no se explican solo por mayores costos de investigación y desarrollo -tema de por sí cuestionado- o por aspectos regulatorios entre países. Especialmente cuando se reconoce que en ocasiones su eficacia como valor es muy limitada, con muy cortos periodos de tiempo de supervivencia.

Un trabajo recientemente publicado en The BMJ establece que solo el 41% de los nuevos tratamientos oncológicos aprobados e ingresados al mercado sanitario con altos precios pueden aportar evidencia de valor terapéutico al proveer al paciente una mejora objetivable en términos de esperanza de vida añadida o mejora significativa en la calidad de la misma.

Un tema interesante de analizar es que la teoría económica sostiene que los mercados más pequeños (es decir, con menor población) dan como resultado precios más altos en mercados monopolísticos, como es el caso de los oncológicos con protección de patente. Pero también qué si puede segmentar y aislar los mercados de su producto, el monopolista adoptará la estrategia del monopolista discriminante, que consiste en fijar en cada mercado el precio que maximice los beneficios en dicho mercado. Esto

“En la mayoría de los países del mundo, los medicamentos constituyen un eje central de la dinámica de los sistemas de atención de la salud, oscilando en torno al 30-40% del gasto. Pero en contextos económicos como América Latina, con PBI/cápita menores a US\$ 10.000, esta particular situación ha venido cobrando mayor relevancia. Especialmente a partir del ingreso a su mercado sanitario de moléculas cada vez más complejas en el campo del tratamiento de la patología oncológica y las enfermedades crónicas o poco frecuentes.”

Tabla 1. Comparación de precios MAP elegidos con posición monopolítica en el mercado

Molécula	Nombre comercial	Presentación	Argentina Precio de mercado x mg en U\$ febrero 2024	México Precio de mercado x mg en U\$ febrero 2024	Chile Precio de mercado x mg en U\$ febrero 2024	Colombia Precio de mercado x mg en U\$ febrero 2024	Diferencia con el menor precio por mg en U\$	Diferencia en Porcentaje
abatacept	Orencia	250 mg vial x 1	\$4.40	\$2.00	\$1.40	\$1.00	\$3.40	340%
atezolizumab	Tecentriq	1200 mg vial x 1 x 20 ml	\$10.94	\$4.80	\$2.58		\$8.36	324%
avelumab	Bavencio	200 mg f.a.x 1 x 10 ml	\$9.40	\$8.33	\$4.40		\$5.00	114%
belimumab	Benlysta	200mg/ml lapic.prell. x4	\$2.80	\$1.54	\$0.54	\$0.77	\$2.03	376%
brentuximab vedotin	Adectris	50 mg vial x 1	\$200.00	\$89.00		\$70.50	\$129.50	184%
crizotinib	Xalcori	250 mg fco.x 60 caps	\$0.47	\$0.38	\$0.37	\$0.26	\$0.21	81%
daratumumab	Darzalex	400 mg/20 ml vial x 1	\$8.80	\$5.80	\$4.81	\$4.57	\$4.23	93%
obinutuzumab	Gazyva	1000 mg vial x 1	\$11.75	\$6.13		\$1.76	\$9.99	568%
ocrelizumab	Ocrevus	300 mg/10 ml vial x 1	\$60.90	\$39.00	\$20.00	\$18.30	\$42.60	233%
riociguat	Adempas	2.5 mg comp.x 84	\$50.90	\$12.30	\$19.80	\$14.70	\$38.60	314%
ruxolitinib	Jakavi	20 mg comp.x 60	\$7.72	\$4.90	\$3.40	\$3.80	\$4.32	127%
ustekinumab	Stelara	130 mg/26 ml vial x 1	\$53.00	\$40.30	\$27.00		\$26.00	96%
venetoclax	Venclexta	100 mg comp.x 120	\$1.18	\$0.78		\$0.46	\$0.72	157%

Fuente. Elaboración propia en base a datos obtenidos. Las moléculas con precios en negro no están disponibles en el mercado local analizado.

puede dar lugar a que entre países haya precios distintos en cada segmento. Un tema reiterado en América Latina, donde los precios de los medicamentos se comportan en forma diferente entre países con pocas diferencias poblacionales. Para explicitar lo que ocurre a nivel de diferentes países con idéntica molécula biológica en condición de monopolio, la Tabla 1 exhibe las particularidades de una serie de ellas protegidas por patente e imposibilidad de sustitución por biosimilar. Para su armado se ha utilizado el PVP por miligramo (para que sean comparables entre sí) tanto en Argentina como en tres países latinoamericanos (México, Chile y Colombia). Se advierten las enormes disparidades de precios existentes, que en algún caso resulta de hasta un 566 por ciento entre la de mayor y menor precio por país.

En un mercado monopolístico, los financiadores/compradores se enfrenta a la incertidumbre de desconocer el precio justo para un medicamento de alto costo ¿Es razonable este margen de dispersión entre países? ¿Cuáles son las razones que determinan tales diferencias significativas? Podríamos establecer tres consideraciones. En primer lugar, que los precios resultan de lo que el mercado sanitario acepte pueda soportar, o de cómo los países los regulan a partir de distintos instrumentos. En segundo término, que resulta necesario establecer un Observatorio internacional de Medicamentos de Alto Precio que permita hacer explícitos estos *gaps* y negociar precios en forma transparente, no quedando atrapados en lo que cada empresa decida como precio para su producto en determinado país.

En tercer lugar, si la ecuación que vincula el volumen de prestaciones a través de estos medicamentos con los resultados de efectividad obtenidos y el costo incurrido para obtenerlos no cierra, entonces tenemos que dejar de hablar del “precio de la salud” para comprender que si lo que estamos pagando es cada vez más alto, estamos haciendo salud a cualquier precio. Con lo cual, si comparativamente lo que estamos pagando individualmente por medicamentos monopolísticos es exorbitante en relación a nuestros vecinos de la región, y no solo es un efecto de aceptación de precios por los financiadores o el Estado. Estamos dilapidando recursos finitos en nombre de un mercado opaco en donde desconocemos los precios relativos y carecemos de la posibilidad de definir un piso y un techo para negociar su adquisición. Finalmente, necesitamos asociar suficientes estudios de farmacoeconomía para definir el criterio de aceptabilidad según cuarta garantía, en base a la aplicación del Ratio de Costo Efectividad Incremental (RCEI) que utilice nuestros costos

originales y estudios de efectividad convenientemente validados y confiables para la toma de decisiones.

En la mayoría de los países de la OCDE -por más capitalistas que sean- existen mecanismos para regular el precio al que el medicamento entra al mercado una vez que obtiene su aprobación. Uno de los más utilizados es el “precio de referencia externo o internacional” (PRI), que compara precios de medicamentos idénticos en países seleccionados para definir el precio final que se aceptará financiar. En muchos casos, la referencia del PRI se utiliza como precio máximo. Con lo cual las empresas farmacéuticas no tienen libertad para fijar el precio de los medicamentos, sino que tienen que ajustarse a precios de referencia. En otros países no solo se aprueba la molécula a autorizar a ingresar al mercado, sino que se solicita el precio al que va a hacerlo, aceptándolo o no. Pero el PVP final no será necesariamente el precio al que será comprado o reembolsado para su cobertura por el sistema de salud, sino que se evaluará el valor de la droga (su utilidad en términos de calidad de vida) por el costo adicional, teniendo en cuenta criterios como su efectividad clínica en el “mundo real”, el RCEI y su impacto presupuestario para alcanzar un precio justo.

Tomar decisiones de compra de medicamentos de altísimo precio en nuestro país en un contexto poco transparente como el demostrado implica el costo de oportunidad de utilizar recursos en forma poco eficiente. Disponer de información y un mecanismo de evaluación conjunto de estos productos para establecer una propuesta de precio podría establecer procesos estructurados de negociación de precios con tiempos predefinidos, en el que se presenten argumentos técnicos sólidos y se acuerden precios basados en valor. Si lo que se procura es resolver cuestiones de mercado reduciendo la desconfianza en las relaciones público – privadas, que el Estado o la Seguridad Social disponga de información relevante a partir de contar con un Observatorio de Precios Internacionales como poseen Chile, Colombia, Brasil o México en nuestra Región permitiría facilitar la disposición de datos compartidos y abiertos a fin de negociar precios y relativizar el poder de monopolio discrecional que aplica la industria farmacéutica sobre un bien esencial para la salud. Tal como lo definiera el Premio Nobel Kenneth Arrow, el mercado sanitario tiene fallas que lo hacen marcadamente imperfecto. Solas no se corrigen. Hace falta una política. ■

(*) Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

PADRE, DECIDME QUÉ LE HAN HECHO AL RÍO QUE YA NO CANTA ⁽¹⁾



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Al momento de la edición de este ejemplar de la Revista, estaremos orillando los primeros tres meses de la actual gestión. Durante su transcurso, hemos escuchado y expresado un sinnúmero de diagnósticos sectoriales, que describen el desfinanciamiento y consecuente apertura de mercado de la seguridad social, el quiebre del FSR, el desmoronamiento del sistema prestacional privado, la deserción por hastío, falta de expectativas y miserables remuneraciones del recurso humano, demoras inauditas en los turnos, incremento despiadado del precio de los medicamentos, achicamiento y grave deterioro de todo lo que alguna vez constituyó el orgullo de formar parte de un colectivo asistencial, el incremento inclemente de las cuotas de seguros privados sustitutivos de una calidad que la supuesta cobertura universal no honra... Un listado cuya enumeración, por reiterada, ya resulta innecesaria.

Sin embargo, mucho menos se ha hablado de la crisis del sector público, que, con la particularidad de cada jurisdicción, y a pesar de su supuesta universalidad, se financia exiguamente con menos que el 30% del gasto total del sector, (que si se excluye al gasto de Nación apenas excede el 20% del total) y que sin embargo, por mandato constitucional, por último o por único recurso posible es el receptor natural de la demanda de quienes no cuentan con otra cobertura explícita, o de quienes acuden por decantamiento, caída, urgencia, pérdida de acceso y oportunidad (si alguna vez lo hubo) o simplemente por no encontrar otra respuesta. Tributarios excluyentes de un sistema agotado y agobiado, últimos y más sufridas víctimas del fracaso sectorial transitan silentes por un sector público que día a día cuenta y contará con menos recursos para hacer frente a una demanda cada vez mayor y más compleja, y que no encuentra ni en los medios, ni en los voceros sectoriales resonancias comparables. **Ese silencio, aturde.**

Es aquí donde se deberían encender los focos más intensos de la alarma global. En medio de las condiciones socio sanitarias más adversas de las últimas décadas, los servicios asistenciales públicos, más allá de la particularidad de cada jurisdicción, se encuentran simultáneamente desbordados y desfinanciados. Impedidos de toda mejora en términos de remuneración, de toda reforma edilicia, actualización de equipamiento, inversión pública, en definitiva, objeto y víctimas de las irrefutables restricciones fiscales a las que el país se enfrenta, pero sin que en su consideración aparezca ningún orden de prelación, ninguna mirada ética o solidaria, o siquiera una evaluación del costo -beneficio, medido en términos de eficiencia social.

Montados sobre las cenizas de una gestión que siguió el derrotero de fracaso del gobierno al que pertenecía, bajo un modelo de anomia y ausencia rectora vemos el agravamiento cotidiano. Al principio de estos 100 días el sistema de salud estaba desfinanciado, quebrado, artifi-

cialmente sostenido por subsidios o transferencias discrecionales, con incrementos en los precios de medicamentos muy encima del IPC, estragado por la desarticulación de la estructura de costos, desmotivado, subgestionado, segmentado según la capacidad de pago del paciente, herido por la deserción o le emigración del recurso humano... Y con excepción del mejoramiento relativo de los precios de venta de los planes de EMP, todo el resto no hizo más que empeorar desde entonces.

Durante estos meses hemos querido esperar que aparezca el llamado a la reflexión, las definiciones que nuestra tradición humanística pretendería escuchar. Pues no.

No estamos frente a un momento de indefinición o de improvisación irreflexiva. Estamos ante una cosmovisión y un programa de gobierno que tiene total claridad conceptual y que por otra parte se ha expresado explícitamente. De allí que no tenga caso reclamar otras definiciones ni abordajes diferentes al ya explicitado.

Algunos párrafos escogidos del documento "Plan de Gobierno La Libertad Avanza" sostienen:

"Queremos dejar claro que en nuestra visión el mejor sistema de salud posible es un sistema de salud privado donde cada argentino pague sus servicios. El mejor sistema educativo posible es uno donde cada argentino pague por sus servicios..." "En los sistemas privados los ciudadanos obtienen un mejor servicio" (Pág. 18).

"El modelo de la "salud pública", es decir, que el Estado financie a las instituciones que proveen salud no funciona. Hoy la calidad de los sistemas de salud públicos es lamentable. Existe una sobre oferta de ineficiencia de los servicios asistenciales, mala asignación de recursos" (Pág. 22).

A nivel provincias, que no han delegado la función salud (¿?) - N del R -, incentivar, fortalecer y asistir al desarrollo de seguros de salud provincial para población no asegurada, carente y cautiva del hospital público (Pág. 23).

Y es a la luz de estos postulados desde donde deben entenderse los Decretos 170 – 171 y 172/24. Podemos acordar con todo o con nada de ello. Lo que no es posible es esperar que de estos fundamentos se desprendan otras acciones que las ya anunciadas o en curso. Es necesario entender que el escenario sectorial cambió drásticamente... Que "el río ya no es el río". Asumir que toda respuesta posible debe surgir de la comprensión de que estamos frente a un plan racional, cuya ejecución es coherente con sus axiomas y que se trata de **un cambio cualitativo en marcha.**

Sin embargo... Si pensamos que otra historia es posible, es todavía posible cambiar el rumbo... Solo por ejemplo...

- ✓ *Manteniendo los preceptos constitucionales que definen a la **salud como un derecho inalienable** y definiendo el alcance del ejercicio de ese derecho ciudadano universal en términos de racionalidad técnica y económica.*
- ✓ *Sosteniendo, como colectivo la **equidad y la justicia de los acuerdos sociales** de un modo explícito e innegociable. Salud como un bien social, y no como un logro individual, exclusivamente.*
- ✓ *Proponiendo, desarrollando y accediendo a **consensos sectoriales que impulsen medidas exigibles por fuerza y derecho de quienes las peticionan.***
- ✓ *Desandando **identidades y presiones corporativas en aras de un equilibrio posible.***
- ✓ *Comunicando en nuestros sitios de trabajo y sumando a la población nuestras consignas.*

Puede sonar ingenuo... Pero ya sucedió. Ciertamente que, en otro contexto, el sector salud en España supo encolumnar detrás de justas reivindicaciones a toda una sociedad. Se llamó "**Marea Blanca**". Tal vez por aquello que antes, el poeta había anunciado en el último verso de aquella canción, eso que decía "**Padre, deje Ud. de llorar, que nos han declarado la guerra**". ■

Bibliografía:

1- J. M. Serrat. 1973

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

“CONSTRUYENDO PUENTES HACIA EL FUTURO DE LOS SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE SALUD”

En un mercado cada vez más digitalizado, ¿hacia dónde evoluciona la demanda de soluciones de software para la gestión de recursos en el sector de la salud?



Descubriendo claves con
Héctor Franco (*)

Hablemos sobre evolución. ¿Qué estrategias está adoptando HMS para que sus soluciones aborden los desafíos que deben afrontar los sistemas de financiación de salud?

Podemos clasificar o agrupar los desafíos en áreas tan diversas como la constante preocupación por alcanzar un mayor grado de eficiencia y optimización del gasto en salud, la necesidad de proveer servicios informáticos que tienen como destinatarios a los prestadores de servicios de salud y afiliados, hasta la incorporación de tecnologías disruptivas como la inteligencia artificial. Ocasionalmente un evento externo dispara cambios, tal como sucedió con la pandemia, cuando nos vimos impulsados hacia la telemedicina o formas provisionales de receta electrónica. Tan solo en torno a estas problemáticas surgieron necesidades que ubicaron definitivamente a afiliados y prestadores en el centro de la escena y esta ha sido una de las estrategias principales, el resolver los problemas de los clientes de nuestros clientes, sirviendo a esa comunidad ampliada. Nuestra estrategia procura entonces que sus distintos actores accedan a los servicios desplegados por los ecosistemas de salud a través de una multiplicidad de canales bien desarrollados, con aplicaciones para browsers y dispositivos móviles. En cuanto a la estructuración o el armado de nuestra oferta corporativa de productos y servicios, HMS se reorganiza para atender las necesidades del mercado desde dos ángulos complementarios a través de dos unidades empresarias, una especializada en soluciones para salud, HMS HEALTH, con un profundo conocimiento del negocio y soluciones informáticas sólidas y afianzadas en el mercado regional, y otra rama tecnológica HMS TECH, que parte de un alto expertise y dominio tecnológico y que expande su oferta hacia otros sectores de la industria con un alcance internacional. Dentro de este ensamble estamos consolidando soluciones SaaS (Software / Solution as a Service), que facilitan la toma de decisiones respecto de la adquisición de soluciones tecnológicas complejas por parte de las organizaciones. Actualmente contamos con una amplia suite de productos desarrollados que están siendo trasladados y reimplementados en nuestra propia nube, para desde allí prestar servicios a nuestros clientes, desde credenciales digitales hasta sistemas de gestión documental.

Con la rápida evolución de la tecnología, ¿cómo visualiza HMS el futuro de las soluciones de software en el ámbito de la gestión financiera para la salud? ¿Hay alguna tecnología emergente que esté siguiendo de cerca?

La dinámica de la industria nos hace partícipes y destinatarios de marcos tecnológicos que evaluamos y frecuentemente incorporamos como parte integral de nuestra plataforma tecnológica. Hace tan solo unos pocos años la existencia de conectividad era un condicionante para el despliegue de soluciones tecnológicas, hoy contamos con su omnipresencia. De este modo pasamos a hacer foco en nuevas tecnologías habilitantes que consideramos clave para la implementación de nuestras estrategias, como ser la biometría o la inteligencia artificial generativa, más específicamente en el campo de la salud, la proliferación de sensores en dispositivos de consumo. Estamos ante un cambio de era dado por algunos de los factores mencionados, particularmente en el centro de la escena tenemos a la IA y es así que muy probablemente el próximo año estaremos hablando exactamente de los mismos factores y asistiendo a notables desarrollos que revolucionarán la forma de prestar el servicio de salud. En este sentido nuestra estrategia procura garantizar nuestra presencia, con aplicaciones web y mobile, puestas en manos de los diversos actores, consolidando los canales donde activar las crecientes capacidades tecnológicas a medida que las vamos madurando.

La ciberseguridad es una preocupación creciente en el ámbito de la salud. ¿Qué medidas implementa su empresa para garantizar la protección de datos sensibles en un entorno cada vez más amenazado?

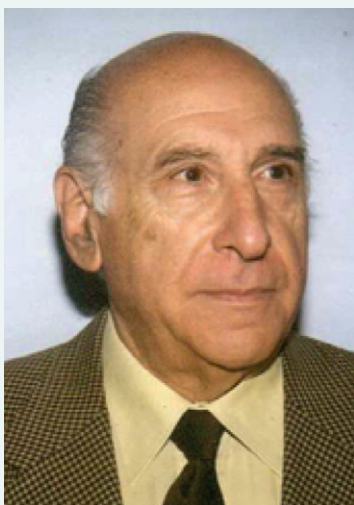
Nuestros sistemas habitualmente entregan servicios a través de Internet a millones de usuarios, y están naturalmente expuestos a ciberataques, por lo que una arquitectura de seguridad relevante forma parte de nuestra estrategia de producto. Nuestra arquitectura de webservices y aplicaciones aplica altos estándares en la materia. Abarca autenticación por múltiples factores y apela al uso de dispositivos móviles, donde implementamos desde login con QR hasta biometría, y complementados la seguridad con una variedad de artefactos que securitizan el entorno transaccional, inclusive las organizaciones interesadas pueden adquirir nuestras soluciones de seguridad exclusivamente, lo que les permite liberarse en buena medida de la administración de usuarios, así como de la creación y mantenimiento de complejas infraestructuras de seguridad informática.

La colaboración es clave en la mejora continua. ¿Cómo trabaja HMS con sus clientes para comprender y abordar sus necesidades específicas en el ámbito de la gestión de empresas financiadoras de la salud?

Nos gusta sentirnos socios estratégicos de nuestros clientes y frecuentemente nos han dado cabida en tal sentido. Ocasionalmente nos hemos visto inmersos en conversaciones de sus mesas chicas, debatiendo estrategias corporativas respecto de cómo optimizar el gasto, prevenir el fraude o mejorar la experiencia de sus afiliados, y de allí han surgido mejoras concretas que impactan sobre el roadmap de nuestros productos. Muchas de estas iniciativas han sido absorbidas por HMS como una contribución natural a la evolución de su suite, lo que ha devenido en soluciones de vanguardia altamente competitivas. ■

(*) Gerente de Health Management Solutions SA - División HMS TECH.

LA ATENCIÓN AMBULATORIA



"No busques clientes para tus productos, busca productos para tus clientes".
Seth Godin

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

El encuentro entre un paciente y un médico es el acto más antiguo para resolver problemas de salud a través de la consulta. Ella representa un proceso complejo, centrado en la relación médico-paciente y es el elemento clave en la atención ambulatoria. En ella el médico explora a nivel objetivo y subjetivo un malestar, un síntoma, haciendo uso de sus conocimientos.

En este proceso pueden distinguirse tres comportamientos. Uno centrado en el profesional como eje en el que prevalecen las decisiones. Otro es el centrado en los recursos, los que se convierten en los determinantes de la práctica asistencial y del gasto y un tercero es el centrado en el paciente en el que el médico para decidir los medios diagnósticos a prescribir debe agudizar su espíritu clínico, realizar un examen semiológico minucioso y una anamnesis prolija en un diálogo de estrecha relación en el que debe tomarse un tiempo suficiente para escuchar.

La consulta con el apoyo suficiente y oportuno de los estudios complementarios de diagnóstico es el eje por el que transcurre el proceso de la atención ambulatoria. Su fracaso suele saturar los servicios de emergencia al que acuden los pacientes en busca de una rápida resolución a su malestar.

La tradicional organización de los hospitales centrado en las especialidades y en la internación, no cuenta con una departamentalización que favorezca el desarrollo de la atención ambulatoria integrando sus componentes.

Tampoco contempla cargos o puestos de trabajo asignados específicamente a la atención ambulatoria, sino que ellos están en la internación. A su vez la modalidad de retribución no presta suficiente incentivo para su desarrollo, toda vez que privilegia, la cantidad de horas, pero no la productividad.

Los servicios de atención ambulatoria periféricos y externos al hospital pueden ser una alternativa que favorezca la atención ambulatoria siempre que cuente con servicios de diagnóstico suficientes y oportunos y los profesionales cuenten con incentivos según resultados, al lograr una clientela asidua y constante en vez de una ocasional.

En el proceso de atención ambulatoria el paciente es el sujeto de atención con ejes centrados en la calidad y en una atención segura. A tal efecto deben cumplirse los siguientes objetivos de atención:

- ✓ Establecer circuitos claros y precisos que permitan el acceso y el seguimiento de los pacientes.
- ✓ Establecer indicadores de procesos y de resultados en función de metas predefinidas.
- ✓ Contar con información para la identificación de problemas que sirvan a la mejora continua.

Gerenciar la atención ambulatoria significa conseguir objetivos y metas de salud por intermedio de la simple y fundamental práctica de la consulta, para desarrollar mecanismos que señalen el camino hacia la calidad en términos de accesibilidad y oportunidad de la atención.

En la práctica se observan defectos en la organización de los consultorios públicos y a veces en los privados. Desde el punto de vista de la estructura necesitan comodidades para vestidores.

Que no necesariamente deben integrar la planta. Algunas especialidades deben contar con sanitarios como en el caso de urología y ginecología. La distribución por especialidades afines mejora la utilización de las instalaciones. No obstante, debido a la demanda o las características de los pacientes pueden tener desarrollos por separado de las baterías centralizadas, como en el caso de pediatría y salud mental.

Se debe contar con área de enfermería en condiciones de dar apoyo a los consultorios a la vez que desempeñar actividades propias ya que pueden tener un rol relevante en los programas preventivos y en la consulta pos médica necesaria en cierto tipo de población.

El área de recepción e inscripción debe contar con personal entrenado y suficientemente informado para dar respuesta y orientar los eventuales requerimientos de los usuarios. Los programas de turnos para la consulta suelen ser muy apreciados por los pacientes especialmente aquéllos que puedan reservar citas para los estudios diagnósticos, en cuyo caso deberá contar con los instructivos para una eventual preparación previa.

El turno de consulta debe estar facilitado por los medios de comunicación, en un plazo no mayor a 7 días con el propósito de dar continuidad a la atención con el profesional tratante, salvo que el paciente o la emergencia obliguen al cambio. Es conveniente evitar las citas múltiples, a lo sumo conceder dos especialidades evitando las cercanías horarias por ser esta una causa de ausentismo. Un aspecto que hace a la calidad es la administración de la agenda de citas por parte del médico ya que favorece la personalización de la atención médico paciente.

La opinión de los pacientes por el servicio recibido es fundamental en la evaluación de la calidad de la consulta según distintas dimensiones:

- El conocimiento médico vinculado a las posibilidades que se asignan en materia de curación.
- El entorno: limpieza, señalización, acceso fácil, entre otras.
- Sistema de turnos, esperas y citas.
- Interés del médico y personal no médico en resolver el problema del paciente, tiempo dedicado, satisfacción de necesidades emocionales, amabilidad y cortesía de los recepcionistas, capacidad de asesoramiento.

Los problemas que con mayor frecuencia se observan en la organización de los consultorios son dos. Uno de ellos es el porcentaje de utilización y el otro es el cumplimiento horario

de los profesionales. Una manera de resolverlo sin que se ocasionen rispideces y que obliguen al médico a cumplirlos, es que él elija un horario dentro de la oferta de locales, con una concurrencia de tres o dos veces por semana según fuera la especialidad. A tal efecto los locales deben contar con una distribución según bandas horarias.

En la planificación de la organización de un sistema de consultas hay que tener en cuenta los siguientes aspectos. En primer término, conocer la demanda para dar una respuesta oportuna y suficiente y con apoyo de pruebas diagnósticas ya que en su defecto el paciente se orientará a los servicios de emergencia. El otro aspecto a considerar es el de la construcción de un sistema de turnos eficiente y flexible tanto para el profesional como para el paciente a cuyo efecto debe estimarse el tiempo que insume la consulta.

El tiempo de la consulta es un determinante de la calidad de la misma en orden a los siguientes criterios:

- El técnico o sea el uso adecuado del conocimiento.
- El interpersonal que reduce el estrés del paciente.
- El económico determinado por el uso racional de los recursos.

Los estudios realizados sobre el tiempo de la consulta señalan una gran variedad. En EE. UU. se recopiló información sobre más de 46.000 consultas con un tiempo promedio de 16 a 20 minutos, para el médico general. En España existe una amplia variedad, por ejemplo 10 minutos en Madrid y 20 minutos en Zaragoza. En Rusia está reglamentada en 10 minutos detallando su composición en saludo, examen y registro. En Canadá, según fuera la modalidad de retribución la duración varía, de 10 a 15 minutos en el pago por consulta y entre 20 y 40 minutos en el caso del salario, lo que se explica porque el profesional tiende a maximizar la unidad de pago.

En las unidades desagregadas como en el pago por consulta

tiende a aumentarse la frecuencia; en el salario aumentan las horas con baja productividad y en la cápita evitar la selección adversa, o sea tener una población sana. En definitiva y en consonancia con la bibliografía consultada se estima considerar un tiempo de 15 minutos por consulta o de 20 minutos en aquellas que incluyen alguna práctica instrumental o manual como adecuados, en la programación de los servicios de consultorio. ■

Bibliografía:

- La consulta médica y su duración. Rodríguez Torres, Jarillo Soto, Casas Patiño. 2018. <https://www.medwave.cl/enfoques/ensayo/7264.html>
- La atención centrada en el paciente. Armando M Reale. Revista Médicos. Año XXIV N.º 134. <https://revistamedicos.ar/numero134/reale.htm>
- Estimación del tiempo de consulta. Delia Outomuro, Andrea Mariel Actis. Revista Médica de Chile 2013- <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000300012>
- Modelo de pago en servicio de salud. Rosenfeld, Tobar, Reale. ISSN 0326 3525. <https://web.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/17/2023/03/n74a341.pdf>

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



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 / Organismo 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

DIGITALIZACIÓN Y DESPAPELIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA: UN DESAFÍO EN CONSTANTE EVOLUCIÓN



Por Marcelo Carniglia (*)

La digitalización y despapelización de documentos, trámites y procesos administrativos son las oportunidades de transformación de esta época, que vienen acrecentándose durante los últimos años no solo en la Argentina sino también a nivel mundial.

Al margen de todos los beneficios económicos, agilización de tiempos y mejora en los procesos y de atención a los afiliados y/o asociados por la digitalización y consecuente despapelización que vamos a desarrollar en el presente artículo no podemos dejar de mencionar la importancia de la preservación del medioambiente.

En este sentido, la producción de papel es una de las actividades industriales con mayor impacto negativo generando la sobre-explotación de nuestros recursos naturales y propiciando la deforestación indiscriminada, sin olvidar que en ella se consumen grandes cantidades de energía, se hace uso intensivo de los medios de transporte y es una de las mayores fuentes contaminantes de agua y aire impactando en forma directa en la flora y fauna, entre otros.

Es innegable que durante la pandemia hubo un crecimiento significativo en este sentido, afianzándose las tecnologías y plataformas digitales que revisten cada vez más importancia, y el sector salud no quedó afuera de este avance.

Se ha demostrado que, más allá de la evolución tecnológica que implica, tiene un factor diferencial a la hora de evaluar la eficiencia en la gestión, y en los ahorros a corto plazo en las estructuras de costos asociados a las empresas que se suman a este camino.

Es claro que el sector de la salud ha avanzado de manera considerable en este sentido, no solo invirtiendo recursos y adoptando las soluciones que le demandó el cambio de paradigma del papel a lo digital, sino también, ha entendido que esta transformación entrega a los usuarios finales del sistema de salud una experiencia superadora motivada por la búsqueda de una mejora en la atención al paciente.

Enunciaremos a continuación algunas tendencias y avances que las empresas y entidades del sector han logrado en este campo:

1. **Historias Clínicas Electrónicas (HCE):** las instituciones de salud están adoptando sistemas de HCE para almacenar digitalmente y gestionar la información médica de los pacientes de manera electrónica, lo que facilita el acceso rápido y seguro a los registros médicos de la persona desde cualquier ubicación, mejorando los tiempos de diagnósticos y la toma de decisiones médicas.
2. **Digitalización de imágenes médicas:** la digitalización de radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y otros tipos de imágenes médicas permite un almacenamiento más eficiente y una fácil recuperación de estas imágenes cuando sea necesario.

3. **Recetas y órdenes médicas electrónicas:** cada vez más médicos están utilizando sistemas electrónicos y plataformas virtuales para prescribir medicamentos y realizar órdenes médicas, lo que reduce los errores de interpretación, agiliza el proceso de dispensación de medicamentos y reduce los tiempos de accesibilidad a las prestaciones médicas.

4. **Telemedicina:** la pandemia de Covid-19 aceleró la adopción de la telemedicina en la Argentina y en todo el mundo. La digitalización de la comunicación médico-paciente facilita las consultas médicas remotas, el intercambio de información y monitoreo de tratamientos a distancia, reduciendo la necesidad de documentos físicos, y lo que es más importante aún, permite brindar ayuda médica y mantener controles a lo largo del tiempo sin importar la ubicación geográfica del paciente, es decir que facilita el acceso a la salud para personas que se encuentran imposibilitadas de trasladarse a un centro sanitario.

5. **Gestión de turnos y citas médicas online:** plataformas digitales que permiten a los pacientes programar citas médicas, gestionar turnos y recibir recordatorios de citas están siendo cada vez más utilizadas en el sector de la salud en la Argentina, lo que facilita la accesibilidad a la atención requerida y simplifica la gestión administrativa.

6. **Normativas y regulaciones:** el Gobierno argentino ha implementado normativas y regulaciones específicas para promover la digitalización de la documentación en el sector de la salud, estableciendo estándares para la protección de la información médica y la interoperabilidad entre sistemas de salud electrónicos.

7. **Gobierno Electrónico:** desde hace algunos años, se vienen produciendo avances paulatinos en la digitalización y despapelización dentro de la administración nacional, que han dado lugar a mejoras significativas en distintos organismos oficiales. Entre las principales implementaciones referidas al sector de la salud, podemos mencionar:

- ✓ El Mecanismo de Integración mediante el cual se gestionan digitalmente todas las prestaciones de discapacidad, su autorización y correspondientes pagos electrónicos.
- ✓ El Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE) para el reconocimiento de las prestaciones asistenciales de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

8. **Inversión en tecnología:** hospitales, clínicas, empresas de medicina prepaga, obras sociales y otras instituciones de salud están invirtiendo en infraestructura tecnológica para facilitar la digitalización de documentos e imágenes, y la implementación de sistemas de gestión de información médica.

Todos estos cambios, han enfrentado a los distintos actores del sector a un enorme desafío, que implica poder aprovechar el gran caudal de información generada y administrada por los múltiples esquemas y sistemas electrónicos antes mencionados, asegurando de manera eficiente la interoperabilidad entre ellos.

Esta articulación facilitará las consultas entre distintas instituciones y profesionales, beneficiando a los usuarios finales del sistema de salud, que son los verdaderos dueños de la información personal y los destinatarios de estos esfuerzos.

Celebramos que la tendencia hacia una mayor digitalización en nuestro sector continúa avanzando a paso firme y con un promisorio horizonte de fuerte crecimiento, por lo que esperamos siga evolucionando en los próximos años en pos de facilitar la accesibilidad, la transparencia y la mejora en la gestión de costos de los actores del sistema de salud en la Argentina. ■

(*) Director de Operaciones de OSIM.

GRANDES AVANCES EN EL MARCO REGULATORIO DE LA SALUD DIGITAL



Por Santiago Troncar
@stroncar en X-Twitter

El Estado argentino tiene una “Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024” que fue publicada por el MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL a través de la Resolución 189/2018 ⁽¹⁾ y desde entonces ha dado pasos significativos, a través de un destacado grupo de funcionarios profesionales en la materia, apoyados por todo el sector público y privado de la salud, implementando numerosas iniciativas y regulaciones indispensables para su concreción.

Durante el año 2023, y en lo que va del 2024, la salud digital recibió un fuerte espaldarazo del Estado, del Congreso y de los reguladores, especialmente en tres temas clave: recetas digitales o electrónicas, digitalización de historias clínicas y telemedicina. Veamos.

1) Recetas digitales o electrónicas

En plena pandemia, agosto 2020, se había promulgado la Ley 27.553 de recetas digitales o electrónicas ⁽²⁾, la cual fue finalmente reglamentada el 27 de febrero de 2023 por el Decreto 98/2023. ⁽³⁾

Con la llegada de la administración Milei, se dictó el DNU 70/2023, en diciembre de 2023, el cual, entre otras cosas, estableció la obligatoriedad del uso de plataformas electrónicas para la “prescripción y dispensación de medicamentos, y toda otra prescripción”, dando plazo máximo para su instrumentación hasta 1° de julio de 2024.

En su Título XI, SALUD, Capítulo VI, el DNU 70/2023 reza:

ARTÍCULO 307.- Se sustituye el artículo 1° de la Ley N° 27.553 (Recetas electrónicas o digitales) por el siguiente artículo:

ARTÍCULO 1°.- La presente ley tiene por objeto: establecer que la prescripción y dispensación de medicamentos, y toda otra prescripción, solo puedan ser redactadas y firmadas a través de plataformas electrónicas habilitadas a tal fin.

ARTÍCULO 308.- Se sustituye el artículo 3° de la Ley N° 27.553 (Recetas electrónicas o digitales) por el siguiente:

ARTÍCULO 3°.- La Autoridad de Aplicación de la presente ley será establecida por el Poder Ejecutivo nacional, coordinando su accionar con las autoridades jurisdiccionales competentes y los organismos con incumbencia en la materia que dichas autoridades determinen. El Poder Ejecutivo Nacional establece los plazos necesarios para alcanzar la digitalización total en prescripción y dispensación de medicamentos y toda otra prescripción, el cual no podrá superar el 1° de julio de 2024, y regular el uso de plataformas de teleasistencia en salud.

El DNU intentó prohibir el uso de nombres comerciales de medicamentos en las recetas, y promover que las droguerías puedan dispensar todo tipo de medicamentos en forma directa a los pacientes. Pero el 19/01/2024 se publicó el Decreto 63/2024 del Ejecutivo, y surgieron cambios para la receta electrónica: se sumó nuevamente la posibilidad de indicar “Sugerencia de Marca comercial (OPCIONAL)” para medicamentos y se estableció un nuevo modelo y contenido para la “receta electrónica o digital”. ⁽⁴⁾

A su vez, el decreto 63/2024 ⁽⁵⁾ limitó la posibilidad de que las droguerías despachen medicación al público a través del ARTÍCULO 4°: “Las droguerías podrán exclusivamente despachar al público recetas en las que se prescriban

medicamentos oncológicos o de tratamientos especiales que se encuentren listados por la autoridad de aplicación”. Toda la atención se concentrará ahora en tales tratamientos “listados”.

2) Digitalización de historias clínicas

La Historia Clínica Informatizada tiene marco regulatorio ya desde 2012, a través del Decreto 1089/2012.

En 2019 el MINISTERIO DE SALUD publicó la Resolución 115/2019 ⁽⁶⁾ y creó la RED NACIONAL DE INTEROPERABILIDAD EN SALUD.

El 16 de Marzo de 2023 fue publicada en el Boletín Nacional la Ley 27.706 de “PROGRAMA FEDERAL UNICO DE INFORMATIZACION Y DIGITALIZACION DE HISTORIAS CLINICAS” ⁽⁷⁾ y luego fue publicado su Decreto reglamentario 393/2023. ⁽⁸⁾

Interoperabilidad, portabilidad y estándares internacionales son el norte al que todo el sector debe apuntar – y los jugadores competitivos lo están haciendo a paso firme, aunque quede un largo y trabajoso camino por recorrer.

3) Telemedicina

Como antecedente, en 2019 el MINISTERIO DE SALUD, a través de la Resolución 21/2019, publicó el PLAN NACIONAL DE TELESALUD.

En febrero de 2023 el Ministerio de Salud dictó Resolución 305/2023 RESOL-2023-305-APN-MS ⁽⁹⁾, en la cual se aprobó y convocó al “proceso de inscripción de las plataformas y sistemas de receta electrónica o digital, o de teleasistencia”.

En octubre de 2023 el MINISTERIO DE SALUD publicó, a través de la RESOL-2023-3316-APN-MS, las Directrices de organización y funcionamiento para la teleconsulta ⁽¹⁰⁾, promoviendo aspectos tales como MARCO GENERAL, DEFINICIONES, PLANTA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO, TALENTO HUMANO, MARCO DE FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD.

Finalmente, el DNU 70/2023 en su Capítulo VI, ARTÍCULO 307, estableció que “puedan utilizarse plataformas de teleasistencia en salud, en todo el territorio nacional, de conformidad con la Ley N° 25.326 de Protección de los Datos Personales y la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente”.

A continuación, en su ARTÍCULO 309, estableció que “Los sistemas aludidos en la presente ley deben contemplar (...) la emisión de constancia de teleasistencia, prescripción y dispensación para los pacientes, por vía informatizada o impresión de dicha constancia y la posibilidad de bloqueo por el farmacéutico cuando exista error manifiesto en la prescripción, para que el prescriptor pueda revisar, anular o reactivar según el caso”.

El camino está trazado: hoy los profesionales médicos y los prestadores de salud tienen un marco regulatorio que garantiza la legalidad de las prescripciones electrónicas (desde julio obligatorias), de los registros médicos digitales y de los actos médicos remotos (como la teleasistencia o teleconsulta) y, lo que es igual de importante, los financiadores públicos y privados los reconocen y los comenzaron a remunerar como parte de la práctica médica habitual.

Como decía Lao Tse, todo camino de diez mil leguas comienza por un paso. Si bien aún falta mucho en materia legislativa para salud digital, el Estado argentino ya dio los primeros pasos y nos provee el marco regulatorio que necesitábamos para su implementación.

El desafío ahora está en las manos de los distintos jugadores del sector: lograr la adopción y uso masivo de las herramientas que nos brinda la salud digital, potenciando la práctica médica profesional, su adecuada remuneración, el cuidado de los pacientes y la promoción del acceso universal a los servicios de salud. ■

Referencias:

- 1- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/315832/texto>
- 2- <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/233439/20200811>
- 3- <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/281766/20230228>
- 4- [file:///Users/santiagotroncar/Downloads/anexo_7056119_1%20\(1\).pdf](https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/281766/20230228)
- 5- <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/301967/20240122>
- 6- <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/200811/20190128>
- 7- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27706-380710/texto>
- 8- <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/291214/20230731>
- 9- <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/281777/20230228>
- 10- <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/297656/20231102>

(*) CEO de Future Docs Latin America.

RECIENTES EXHORTACIONES DE LAS AUTORIDADES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) PARA APRENDER DE LA PANDEMIA



Por la Dra. Claudia Viviana Madies (*)

El Director General de la Organización Mundial de la Salud OMS el 12 de febrero de 2024 ⁽¹⁾ (Web OMS, 2024), Tedros Adhanom Ghebreyesus, en su discurso de la Cumbre Mundial de Gobiernos, expresó que “las dolorosas lecciones que aprendimos están en peligro de ser olvidadas y la atención se ha dirigido a muchas otras crisis a las que se enfrenta el mundo”. También el Director de la OPS, Jarbas Barbosa, por su parte intervino de manera virtual en la Reunión Regional de América, celebrada en Suiza el 14 de febrero y resaltó que es “crucial” la participación de los países de las Américas en las deliberaciones para garantizar que el futuro acuerdo tenga en cuenta sus necesidades y características. Además, mencionó que el convenio debe asegurar un acceso justo y equitativo a tratamientos, vacunas y equipos de protección personal en la próxima pandemia. “Un nuevo instrumento representa una oportunidad única para proteger a las futuras generaciones”, consideró. ⁽²⁾

La OPS, como Oficina Regional de la OMS para las Américas, en base a la lección aprendida de la respuesta a la Covid-19, destacó el papel crítico de los Fondos Rotatorios de la OPS y la importancia de que el acuerdo pandémico en evolución incorpore estos fondos como parte de la infraestructura global propuesta para garantizar el acceso equitativo a suministros, equipos, medicamentos, vacunas y otros productos esenciales. ⁽³⁾

También el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dio a conocer en medio de la Cumbre Mundial de Gobiernos realizada en Dubái, Emiratos Árabes Unidos, a mediados de febrero de este año que la eventual aparición de una nueva pandemia no es una cuestión de si ocurrirá o no, si no de cuándo será el día que llegue a los humanos. ... “El ciclo de pánico y negligencia está empezando a repetirse”, por lo que el aprendizaje que dejó la pandemia del Covid-19 “corre el riesgo de caer en el olvido cuando la atención se centre en las muchas otras crisis a las que se enfrenta nuestro mundo.” ⁽⁴⁾

En suma, a poco de finalizar las negociaciones sobre las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional que aprobó la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2005, hoy existen en el ámbito de la OMS dos espacios de negociación que están procurando introducir cambios regulatorios concertados internacionalmente para coordinar la vigilancia, alerta, respuesta y resiliencia ante futuras pandemias. Pese a la trascendencia de ambos espacios: el Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al RSI (WGIHR) y el Organismo Intergubernamental para discutir un nuevo instrumento pandémico (INB) en sus debates reflejan que las propuestas de redacción de ambos instrumentos contienen profundas divisiones entre los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre una serie de cláusulas. Uno de los mayores obstáculos se relaciona con el acceso y la participación en los beneficios de los patógenos (PABS), o sobre cómo los países deben compartir información sobre los datos de secuenciación genómica y el material biológico del patógeno y acerca de cómo ello será recompensado por la industria farmacéutica. Desde el comienzo de las conversaciones, la Unión Europea y los EE. UU. no han estado de acuerdo con los países africanos sobre el procedimiento contemplado en el artículo 12 del proyecto de acuerdo.

La Federación Internacional de Asociaciones y Fabricantes Farmacéuticos (IFPMA) ⁽⁵⁾ se ha opuesto durante mucho tiempo a que se pague a los países para que compartan información sobre patógenos, advirtiendo que esto ralentizará el desarrollo de vacunas y medicamentos. La UE y EE. UU., donde tienen su sede la mayoría de los grandes fabricantes farmacéuticos, han apoyado en general esta opinión. Por su parte, los 47 miembros de la región africana creen firmemente que se les debe compensar por proporcionar información que conduzca al desarrollo de una vacuna, para que con esos fondos puedan mejorar sus capacidades de alerta, vigilancia y respuesta y disponer de insumos críticos.

El Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, exhortó a que los miembros de alto nivel de los equipos negociadores de los países se reúnan y desempeñen papeles más destacados en este último tramo. En tanto, se expresan voces, entre otras, de Oxfam y la People's Vaccine Alliance, o Health Action International preocupadas por el resultado de la negociación y/o a una eventual influencia indebida de los actores privados.

También la complejización del escenario mundial y la multiplicidad de actores dificulta las posibles alternativas para prepararse para una pandemia nos indica Germán Velásquez. Hace cuatro décadas los principales actores en la salud global eran la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y los Estados Unidos de América y los países de Europa del Norte (mediante cooperación bilateral). Hoy asistimos a la proliferación de actores en este campo si bien con diferentes roles, ámbito de acción y niveles de influencia: La OMS, UNICEF, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), UNITAID, la Organización Mundial del Comercio (OMC), la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial, el G7 y el G20, el G77+China, el Movimiento de No Alineados, los BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica), el Fondo Global, GAVI, COVAX, la industria farmacéutica, Bill & Melinda Gates y

otras fundaciones y organizaciones no gubernamentales (ONGs) sin o con ánimo de lucro. ⁽⁶⁾

Las diferencias de objetivos, dinámicas, metodologías, de tales ámbitos hace cada vez más difícil la gestión de la salud mundial pese a la insistencia en el papel rector de la OMS, fundamentalmente, como se ha dicho, porque la mayor parte de los dineros van hacia entidades o mecanismos sobre los cuales la OMS no tiene poder de decisión, como indica Germán Velázquez (VELÁSQUEZ, 2024).

En ese contexto, la propia OMS, en ejercicio de su liderazgo en la reestructuración de la gobernanza sanitaria global, tiene el desafío de avanzar sobre el imperativo ético de neutralizar los intereses comerciales oportunistas que pueden predominar en estas negociaciones, para facilitar un acceso equitativo a una respuesta internacional solidaria y fraterna, que cumpla con el deber de “no dejar a nadie atrás”. Es decir, observar el mandato de cumplir con el principio de la equidad, recordando que la contención de los riesgos en la fuente para prevenir su diseminación internacional, tal como se estableció en el RSI (2005) compromete a la comunidad internacional, a aceptar qué a mayor vulnerabilidad y pobreza de una población determinada, hay mayor riesgo de la aparición de brotes infecciosos, que pueden iniciar una pandemia, siendo su prevención la mejor inversión. ■

Referencias:

- 1.- Web OMS. Obtenido de Discurso del Director General de la OMS en la Cumbre Mundial de Gobiernos: – 12 de febrero de 2024. Consultado el 23 de febrero del 2024 en <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-speech-at-the-world-governments-summ>
- 2.- Presentación del Director de la OPS Jarbas Barbosa en la Reunión Regional de las Américas, Suiza, 14 de febrero del 2024. - Consultado el 23 de febrero del 2024 en <https://www.paho.org/es/noticias/16-2-2024-ops-convoco-cuarta-reunion-paises-america-sobre-futuro-acuerdo-global-frente>
- 3.- <https://www.paho.org/es/noticias/16-2-2024-ops-convoco-cuarta-reunion-paises-america-sobre-futuro-acuerdo-global-frente>
- 4.- <https://www.futbolred.com/fuera-del-futbol/la-oms-revela-que-ocurrira-una-nueva-pandemia-de-la-cual-el-mundo-aun-no-esta-listo-seria-grave-200868>

5.- Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas (IFPMA). 13 de septiembre del 2023. En vísperas de la Asamblea General de la ONU, la industria farmacéutica subraya la necesidad de implementar planes de preparación para pandemias que apoyen la innovación y la equidad. Dicha federación sostiene que, para evitar futuros retrasos en la investigación y el desarrollo críticos de contramedidas, el Acuerdo contra la Pandemia de la OMS debe incluir cuatro criterios clave:

- Habilitar un sistema de intercambio de patógenos flexible y descentralizado que aproveche las redes y bases de datos existentes.
- Establecer una obligación legalmente ejecutable para que todos los países compartan rápidamente muestras y secuencias de patógenos.
- Implementar una presunción de consentimiento legalmente vinculante para el acceso a patógenos.
- Reconocer legalmente el Acuerdo como un Instrumento Internacional Especializado según el Artículo 4, Párrafo 4 del Protocolo de Nagoya. Esto evitaría cualquier retraso que de otro modo podría generarse a partir de las leyes nacionales de ABS, que están diseñadas para proteger los reclamos de los países sobre sus recursos biológicos autóctonos, no sobre patógenos peligrosos. Ver en https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2023/09/13092023_Asamblea-General-de-la-ONU-la-industria-farmaceutica-subraya-la-necesidad-de-implementar-planes-de-preparacion-para-pandemias_IFPMA_PR.pdf Consultado el 23 de febrero de 2024.

Bibliografía:

6.- VELÁSQUEZ, G. (2 de Febrero de 2024). SOUTH CENTER. Obtenido de Desafíos actuales y posibles escenarios futuros de la salud mundial: https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2024/02/RP193_DESAFIOS-ACTUALES-Y-POSIBLES-ESCENARIOS-FUTUROS-DE-LA-SALUD-MUNDIAL_EN.pdf

(*) Abogada (UBA). Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad Isalud). Magister en Bioética y Derecho (Universidad de Barcelona), Jurista por la rama salud en el Digesto jurídico Argentino, actual miembro del Consejo Directivo de la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario, y Miembro Fundadora y Secretaria Ejecutiva de la Red Argentina de Derecho Sanitario. Docente, investigadora y consultora en estas materias. Autora de numerosas publicaciones científicas y libros. Fue funcionaria del Ministerio de Salud y del Poder Judicial de la Nación.



LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN 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

SALUD Y MERCADO

ACERCA DEL DATO, NO ES OPINIÓN



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

La Escuela Austriaca de Economía tiene una perspectiva única sobre la salud y el mercado. Esta escuela de pensamiento se enfoca en la acción humana, la importancia del individuo y la coordinación descentralizada en la economía. En relación con la salud y el mercado, hay varios puntos clave que suelen destacar:

1. **Individualismo metodológico:** la Escuela Austriaca enfatiza el papel central del individuo en la toma de decisiones económicas. En el contexto de la salud, esto significa que las decisiones sobre el cuidado de la salud y el consumo de servicios médicos se basan en las preferencias individuales y en las circunstancias específicas de cada persona.
2. **El papel del conocimiento y la información:** los austriacos resaltan la importancia del conocimiento disperso y no centralizado en la economía. Aplicado a la salud, esto implica que los individuos tienen información única sobre sus propias condiciones de salud, necesidades y preferencias. **Esto dificulta la centralización del conocimiento en manos de planificadores centralizados.**
3. **El papel del mercado y los precios:** ven al mercado como un mecanismo eficiente para coordinar la oferta y la demanda. En el contexto de la salud, defienden la idea de que el mercado puede asignar recursos de manera eficiente si se permiten intercambios libres y voluntarios. Los precios, según los austriacos, son señales importantes que transmiten información sobre la escasez y el valor relativo de los bienes y servicios, incluidos los relacionados con la salud.
4. **Crítica a la intervención estatal:** la Escuela Austriaca tiende a ser crítica con la intervención estatal en el mercado, incluido el sector de la salud. Argumentan que las intervenciones gubernamentales, como regulaciones excesivas o monopolios creados por el Estado, distorsionan las señales de precios y obstaculizan la capacidad del mercado para asignar eficientemente recursos.

En resumen, la Escuela Austriaca de Economía ve la salud como un área en la que la intervención gubernamental excesiva puede distorsionar los mecanismos de mercado, limitando la eficiencia y la capacidad de respuesta a las necesidades individuales. Abogan por enfoques que permitan la libertad individual y la acción descentralizada para tomar decisiones relacionadas con la salud.

Si aplicamos los conceptos de la Escuela Austriaca de Economía al sistema de salud en la Argentina, podríamos observar varios aspectos:

1. **Individualismo y toma de decisiones en salud:** en la Argentina, el sistema de salud tiene tanto un sector público como privado. Los conceptos austriacos enfatizarían la importancia de permitir a los individuos elegir libremente entre opciones públicas y privadas en función de sus necesidades y preferencias. **Esto podría implicar la eliminación de barreras regulatorias que limitan la competencia y restringen la libertad de elección en la atención médica.**
2. **Información y conocimiento en el sistema de salud:** los austriacos resaltarían la importancia de reconocer el conocimiento disperso en el sistema de salud argentino. Esto significa que los pacientes, médicos, y otros actores en el sistema tienen información valiosa que puede no ser capturada por una planificación centralizada. Se podría argumentar a favor de sistemas que fomenten la comunicación entre proveedores de salud y pacientes para una toma de decisiones más informada y descentralizada.
3. **Mercado y precios en el sistema de salud:** la visión austriaca podría cuestionar la intervención estatal excesiva en la fijación de precios y regulación de servicios de salud en Argentina. Podrían abogar por un sistema en el que los precios reflejen más directamente la oferta y la demanda, permitiendo así una asignación más eficiente de recursos. Esto podría implicar políticas que fomenten la competencia en el sector, eliminando trabas burocráticas y permitiendo que los precios reflejen mejor los costos reales.
4. **Crítica a la intervención estatal:** desde la perspectiva austriaca, se cuestionaría la centralización y la burocracia en la gestión del sistema de salud argentino. Argumentarían que la excesiva intervención estatal puede llevar a distorsiones, falta de innovación y baja eficiencia en la asignación de recursos. Podrían proponer políticas que promuevan la descentralización y la autonomía en la toma de decisiones, tanto para proveedores como para pacientes.

En resumen, aplicar los conceptos de la Escuela Austriaca al sistema de salud argentino podría implicar un enfoque más orientado al mercado, con mayor énfasis en la libertad de elección, la descentralización y la reducción de la intervención estatal para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención médica. **Sin embargo, cualquier cambio en un sistema de salud debe considerar cuidadosamente las circunstancias y necesidades específicas del país, equilibrando la teoría económica con la realidad y el contexto local.**

La aplicación de los principios de la Escuela Austriaca de Economía en el mercado sanitario argentino podría tener varios impactos significativos:

1. **Mayor competencia y diversidad:** si se reducen las barreras regulatorias y se permite una mayor libertad de elección, podrían surgir más opciones en el mercado sanitario argentino. Esto podría llevar a una mayor competencia entre proveedores de servicios de salud, tanto del sector público como del privado. Los pacientes podrían tener más opciones para elegir proveedores que se ajusten mejor a sus necesidades y presupuestos.

“Aplicar los conceptos de la Escuela Austriaca al sistema de salud argentino podría implicar un enfoque más orientado al mercado, con mayor énfasis en la libertad de elección.”

2. **Innovación y mejora de la calidad:** la competencia y la libertad para innovar podrían impulsar mejoras en la calidad de los servicios de salud. Los proveedores buscarían formas de diferenciarse y atraer clientes, lo que podría llevar a avances en tecnología médica, prácticas más eficientes y una atención más personalizada.
3. **Mejora en la eficiencia:** al permitir que los precios reflejen mejor la oferta y la demanda, se podría esperar una asignación más eficiente de recursos. Los proveedores buscarían optimizar costos y ofrecer servicios de calidad para atraer a los pacientes, lo que podría reducir desperdicios y mejorar la eficiencia general del sistema.
4. **Desafíos de acceso y equidad:** a pesar de los posibles beneficios, la implementación de un enfoque más orientado al mercado podría plantear desafíos en términos de acceso y equidad. Si bien la competencia puede mejorar la calidad, también puede generar disparidades en el acceso a la atención médica, especialmente para aquellos con recursos limitados o en áreas remotas donde la oferta de servicios de salud es escasa.

5. **Necesidad de regulación equilibrada:** si se busca una mayor participación del mercado en el sector sanitario, será crucial tener regulaciones que promuevan la competencia y la transparencia sin descuidar la protección del consumidor y la garantía de estándares de calidad. La regulación excesiva puede obstaculizar la competencia, pero una ausencia total de regulación podría llevar a abusos y prácticas perjudiciales para los pacientes.

En resumen, la aplicación de los principios de la Escuela Austriaca de Economía en el mercado sanitario argentino podría impulsar la competencia, la innovación y la eficiencia, pero también requeriría un equilibrio cuidadoso para abordar desafíos relacionados con el acceso, la equidad y la regulación adecuada para garantizar la protección del consumidor. ■

Bibliografía:

1. Fuchs, Victor R. "The Supply of Surgeons and the Demand for Operations". *Journal of Human Resources* 4, no. 3 (1969): 318-346.
2. Pauly, Mark V. "The Economics of Moral Hazard: Comment". *The American Economic Review* 58, no. 3 (1968): 531-537. Cutler, David M., and Jonathan S. Skinner. "Markets and Managed Care: The Antitrust Response". *The University of Chicago Law Review* 63, no. 1 (1996): 163-183.
3. Informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre sistemas de salud y políticas sanitarias.
4. Informes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sobre la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud.

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



La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

Más de 400 clínicas y más de 2000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro Valor

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

Nuestras publicaciones






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

“MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA: EXPLORANDO NUEVOS CAMINOS DE COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE”



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

Tradicionalmente, la actividad profesional del médico ha tenido un calificativo humanista, en virtud de que sus acciones están orientadas hacia el mejoramiento del bienestar biopsicosocial del individuo, tutelando la salud y la vida, dos de los valores de mayor importancia para el ser humano.

La formación profesional del médico no sólo toma en cuenta los avances científicos, sino también la dimensión ética de sus aplicaciones, de tal forma que el principio de beneficencia, característico de su profesión, adquiere relevancia en un doble plano.

Bajo dicho principio, el médico ha puesto al servicio de su paciente los conocimientos que posee, así como las habilidades y destrezas adquiridas en el transcurso de su ejercicio profesional.

También, y en forma determinante, ha dispuesto de sus cualidades personales, de su naturaleza racional y su deseo de aliviar la situación desafortunada del paciente, fundando su actuar en principios éticos de aplicación universal.

Es imprescindible comprender, que todo ello ha constituido la piedra basal de la relación médico-paciente, permitiendo que el lugar ostentado por los profesionales resultara poco menos que sagrado.

Es así que, a través de la historia, al establecer un diagnóstico, y definir un tratamiento y un pronóstico sobre la evolución del estado de salud del paciente, genera en éste determinadas expectativas, por lo general positivas, cuando el profesionista ha sabido conjugar favorablemente el aspecto técnico con el interpersonal; se habla entonces de una atención adecuada, que el paciente califica incluso como una atención con calidad.

Debe recordarse que el paciente siempre ha buscado atención médica para aliviar sus malestares físicos, pero también demanda, por su estado emocional, que el médico comprenda su forma de ser y de sentir; que entienda sus características personales; su modo de vida, miedos y aspiraciones, así como sus creencias, temores y satisfacciones.

Comprender este conjunto de necesidades del paciente, para favorecer su estado de salud, le ha dado al médico un estatus que pocas profesiones han logrado en el devenir de la humanidad.

La confianza del paciente ha significado para el médico el reconocimiento a su calidad profesional y ética, al depositar en él sus esperanzas para recuperar su salud, preservar la vida e incluso tener una muerte digna, pues en muchas ocasiones sus afecciones rebasan el estado físico para ubicarse en el plano espiritual.

De esta manera, la historia ha registrado que la actividad profesional del médico se sustenta en una relación de confianza, prestigio y reconocimiento al benefactor, en la cual, la ciencia y la ética se conjugan para satisfacer diversas necesidades.

Con el tiempo los avances científicos y tecnológicos han contribuido, en el campo de la ciencia médica, a superar añejos rezagos en el ámbito social. Ello trajo prestigio y respeto para quienes hicieron de la medicina su profesión, encumbrándolos aún más en una relación de carácter paternalista cuyo sentido humanitario se hacía evidente al ejercer la medicina en beneficio del paciente, no obstante que su actuar excluía, por lo regular, el punto de vista y la voluntad del enfermo.

La aparición de formas distintas de apreciar la realidad desde otras perspectivas ideológicas y la propia dinámica de las relaciones sociales que han originado un vuelco en el sistema de valores y convicciones sociales, sumado a la influencia de los medios de comunicación y el acceso a la información han transformado la relación del paciente con el médico y en general con el equipo de salud, haciéndolo más crítico, más consciente de su derecho a la autodeterminación al afirmar su individualismo.

A lo anterior, se agregan los incontrovertibles avances en la ciencia y la tecnología, que a la vez que magnifican las posibilidades de ofrecer mejoras sustanciales para abatir las enfermedades, también limitan la actuación del médico y obligan a una atención multidisciplinaria del paciente debido a la gran especialización de la ciencia médica.

De algún modo, el margen de aparición de una contingencia desfavorable para la salud del paciente es mayor, pues no obstante que no ha variado el sentido humanitario de la profesión, los errores pueden suceder en cualquier momento en virtud de que el médico, aún con la alta precisión que puede ofrecer el uso de la tecnología, sigue y seguirá siendo un ser humano, en tanto que la medicina se desarrolla en un ámbito de incertidumbre tal, que la posibilidad de error no es totalmente evitable, como sucede en cualquier otra actividad profesional.

Adicionalmente, cuando por diversas circunstancias en el transcurso de la atención médica no se obtienen los resultados esperados, factores como la desinformación, la falta de comunicación con su médico e inclusive la intervención de terceros ajenos a esta relación, pueden distorsionar la apreciación del acto médico, originando que el paciente atribuya estos resultados desfavorables más a un acto de mala práctica que a la simple y llana evolución natural de la enfermedad.

La actitud del médico, por otra parte, contribuye en muchas ocasiones a la existencia de una comunicación deficiente, de tal suerte que no obstante contar con los conocimientos y habilidades suficientes para actuar con bases científicas, con pericia y diligencia, sus desatenciones generan desconfianza y con ello una respuesta de la paciente contraria a sus expectativas.

No hay que olvidar que, por su estado afectivo, el paciente es más receptivo a las atenciones, pero también a las descortesías, lo que constituye en muchas ocasiones parámetros sobre la calidad del servicio.

De ahí que las demandas por mala práctica tengan un origen multifactorial, aunque su aumento es un hecho que no pasa desapercibido, como tampoco lo es su vinculación con el concepto de medicina defensiva, tan arraigado en algunos países desarrollados de Europa, así como en los Estados Unidos de Norteamérica.

Es conocido el incremento de costos resultantes de la aplicación de criterios de “medicina defensiva” en países con una cultura altamente litigiosa en materia de controversias médicas.

En un contexto de práctica habitual de medicina defensiva, médicos y pacientes responden de manera distinta, aunque en ambos casos con efectos negativos. Los primeros, entre otras cosas, ejerciendo de manera cautelosa su profesión, haciendo un uso excesivo de recursos de diagnóstico, en detrimento cada vez más de las bases clínicas y abusando de la interconsulta para eliminar pacientes de alto riesgo, conducta ésta definida como “medicina evasiva”.

Por su parte el paciente ha adoptado una actitud altamente litigiosa, incentivada por la participación de terceros ajenos, lo que a su vez orilla a los médicos a buscar protección legal contratando costosos seguros de responsabilidad profesional.

Así las cosas, al tiempo que aumenta la desconfianza en la relación entre médico-paciente, crecen los costos de la atención médica.

La judicialización de estos conflictos usualmente acentúa la desconfianza, debilitando la relación entre las partes y si bien no puede desconocerse que aporta soluciones, estas se producen tras largos procesos y muchas veces resultan temporarias. Estas soluciones han sido establecidas por terceros cuyo objetivo ha sido garantizar el imperio de la Ley y no satisfacer los intereses reales de las partes, permitiendo que eventualmente el conflicto resurja y/o repercuta sobre otros actores del Sistema.

La escasa flexibilidad del proceso judicial aplicada a conflictos entre médicos y pacientes termina por deteriorar la relación entre las partes, así como la imagen de los profesionales demandados y las organizaciones involucradas. Como si fuera poco, hemos visto que es más onerosa para el sistema.

Ya hemos planteado una de las posibles soluciones en el horizonte: métodos de resolución de conflictos como la mediación, o dispositivos de negociación, facilitación de diálogos, etc. Todas ellas sin dudas moderan el incremento de litigiosidad por mala praxis, tanto es así que el inicio de demandas por mala praxis entre 1995 y 2020 se redujo en 55,40% precisamente por la utilización de estos institutos/mecanismos.

La investigación acerca de los motivos por los que se inician los reclamos por daños y perjuicios por responsabilidad profesional médica, realizada por sobre más de 700 casos ha resultado que se refieren por ejemplo a:

- Indiferencia.
- Falta de información.
- Información posterior al hecho.
- Explicación confusa.
- Explicación clara, pero sin sentido.
- Ausencia del responsable principal.
- Comentarios negativos acerca del responsable.
- Error evidente.
- Negativa a entregar la historia clínica; entrega tardía o con alteraciones.
- Intentos coercitivos de conciliación.
- Apariencia física del médico (estado de agotamiento).

Mucho se ha escrito con relación a las motivaciones reales o aparentes de las demandas de mala praxis y la mayoría de los autores coinciden en que si bien es proporcionalmente menor el

número de demandas que llegan a un resultado exitoso, muchos casos de mala praxis no son demandados.

Esto nos lleva a concluir es tan importante como saber por qué demandan los pacientes, resulta saber: ¿Por qué las víctimas de mala praxis NO demandan?

Y la muy buena relación médico-paciente es una de las respuestas.

Del análisis de estos motivos surge que el proceso de mediación es el ámbito adecuado para que el médico y el paciente y/o sus familiares puedan encontrarse, escucharse y darse explicaciones que quizá -en el momento de la atención- influenciados por el stress que esa situación les generó, no han logrado entender, e involuntariamente desembocaron en un conflicto que no pudieron manejar.

Para que se configure una mala praxis se exige la prueba de tres elementos básicos: culpa, relación causa-efecto y daño. La relación causa-efecto (¿fue ese error el que causó un daño o una muerte?) es el punto de mayor debate en comunicación eficaz, el médico y su abogado tienen el espacio para explicar que la medicina no es una ciencia exacta y por tal razón existen múltiples factores que -sobre la base de probabilidades médicas razonables- pueden explicar un daño o una muerte.

Por otra parte, los gastos y los honorarios que se generan en la mediación son ostensiblemente menores a los gastos y honorarios de un juicio; aun en caso de que el médico gane el juicio -si al actor se le hizo lugar al beneficio de litigar sin gastos- el médico o su aseguradora deberán afrontar las costas del mismo -es decir- el 50% de los honorarios de los peritos intervinientes, aunque el médico obtenga una sentencia favorable.

La confianza del público en una institución de salud es fundamental para su éxito y reputación. Sin embargo, esta confianza puede verse comprometida por las malas prácticas médicas. Cuando un médico comete errores o actúa de manera negligente, no solo afecta a los pacientes individualmente, sino que también pone en riesgo la reputación de toda la institución.

Las malas prácticas médicas pueden tener consecuencias devastadoras para la marca institucional. Los pacientes que experimentan resultados adversos debido a la negligencia médica a menudo comparten sus experiencias negativas en línea y con amigos y familiares, lo que puede dañar la reputación de la institución. Además, las demandas por mala praxis pueden resultar en una cobertura mediática negativa y costosos litigios, lo que afecta aún más la imagen de la organización.

Cuando ocurren errores médicos, es importante que la institución sea transparente al respecto. Esto significa comunicarse abierta y honestamente con los pacientes y sus familias, disculparse cuando sea necesario y tomar medidas para prevenir que ocurran errores similares en el futuro.

Allí es donde la herramienta de la mediación cobra nuevamente sentido y apostamos fuertemente a ser puentes de construcción saludables para lograrlo. ■

(*) Abogadas – Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria.

***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



technology

Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.



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

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



www.acudiremergencias.com.ar



La calidad es nuestra actitud.