

AÑO XXVI - N° 144 - ENERO 2025 - WWW.REVISTAMEDICOS.COM.AR

Mé[●]dicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

ANUARIO

2024

Acompañarte
es siempre
el **mejor plan**

GALENO

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL- 0800 222 SALUD (72583)-WWW.SSSALUD.GOV.AR.
LEY 26.682 SOLICITUD INSCRIPCIÓN N1285 DERECHOS RESERVADOS EXPEDIENTE 2000.717/12



Festejología

En SanCor Salud impulsamos nuevas especialidades que le hacen bien a tu salud.



SanCorSalud

Grupo de Medicina Privada

La buena salud es todo

Conocen en sancorsalud.com.ar



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

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

SIFEME S.A. Maipú 471, 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.

DEBATE

LAISSEZ FAIRE, LAISSEZ PASSER

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

6

COLUMNA

ACERCA DE LA VIABILIDAD DE LOS SISTEMAS PROVINCIALES DE SALUD

Por el Dr. Hugo E. Arce - Doctor en Ciencias de la Salud - Miembro el Grupo PAIS

8

COLUMNA

ALGUNAS DESORDENADAS REFLEXIONES DE FIN DE AÑO, SEGURAMENTE POCO ÚTILES...

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

10

OPINIÓN

DEBATE SOBRE LA INTERVENCIÓN ESTATAL EN EL SECTOR SALUD

Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario

12

COLUMNA

ASPECTOS NOVEDOSOS DE LA NUEVA GESTIÓN EN SALUD

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Especialista Médico en Salud Pública - Presidente del Grupo PAIS

14

OBRAS SOCIALES

LA ENCRUCIJADA DE LAS OBRAS SOCIALES SINDICALES: DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Por el Dr. Carlos Felice - 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)

16

¿QUÉ NECESITAMOS EN SALUD LOS ARGENTINOS?

Por el Dr. Benjamín Surace - Gerente de Planeamiento, Programas y Desarrollo de OSUTHGRA (Obra Social de la Unión de Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina)

18

ACTUALIDAD Y CAMBIOS

Por el Dr. Carlos A. Espelt - Director Médico - Construir Salud (Obra Social del Personal de la Construcción - OSPeCon)

20

2024: ENTRE LA INCERTIDUMBRE Y EL CAMBIO

Por el Contador Hugo Starvaggi - Miembro del Consejo Directivo de FAOSDIR (Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección) y Gerente General de la Obra Social William Hope

22

MEDICINA PREPAGA

TIEMPOS DE BIENESTAR E INNOVACIÓN EN SALUD

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

24

VISIÓN FEDERAL: EL ROL DE CEMPA EN TIEMPOS DE REORDENAMIENTO, TRANSFORMACIÓN Y DESAFÍOS

Por el Cdr. Carlos Righi - Coordinador de la Comisión de Contadores de CEMPA

26

OPINIÓN

LAS PREPAGAS EN EL BANQUILLO DE ACUSADOS

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

28

VOCES

TIEMPO DE BALANCES

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

30

OPINIÓN

EL DERECHO A LA SALUD EN ARGENTINA Y LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS POR EL PODER JUDICIAL

Por el Dr. Maximiliano Ferreira - Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la SSSalud

32

OPINIÓN

LAS ESFERAS DE MAGDEBURGO (ORIGINAL)

Por el Dr. Mauricio Klajman - Docente Libre - Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina - U.B.A.

34

COLUMNA

MEDICAMENTOS: ENTRE EL LIBRE MERCADO Y EL ESTADO RESPONSABLE

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

36

OPINIÓN

LA SALUD DE LA BIOSFERA

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

38

COLUMNA

PERDIDOS EN LA MACRO

Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB)

40

VOCES

CAMBIE USTED... ¡PARA QUE SU ORGANIZACIÓN CAMBIE! LA MEJOR MANERA DE PREDECIR EL FUTURO ES CREARLO

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

42

PRESTADORES

ESTUDIO ECONÓMICO N° 20 - PARA ENTENDER LA CRISIS DE LOS PRESTADORES MÉDICOS PRIVADOS

Departamento de Investigación Económica - ADECRA+CEDIM

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.

**Reviví todas las charlas en
nuestro canal de YouTube.**
Promoción y prevención de la salud,
desde una perspectiva diferente.



Pepe Sánchez / Carlos Tévez

En una charla con **Diego Leuco**
Superando obstáculos.
Cómo abordar y superar las
adversidades en la vida.



Diego Bernardini

En una charla con **Diego Leuco**
La nueva longevidad.
Construir la oportunidad para que
el tiempo libre sea tiempo para hacer.



Rebeca Hwang / Sebastián Campanario

En una charla con **José del Río**
IA: Inteligencia Artificial.
¿Qué pasa cuando la inteligencia artificial
se potencia con nuestro ser nacional?



Andrés Oppenheimer

En una charla con **José del Río**
¡Cómo salir del pozo!
Las nuevas estrategias de los países, las empresas
y las personas que buscan la felicidad.

AGRADECEMOS EL APOYO DE LAS EMPRESAS PATROCINADORAS QUE SE SUMAN A NUESTRO PROYECTO Y HACEN POSIBLE NUESTRAS ACTIVIDADES EN TODO EL PAÍS.



LAISSEZ FAIRE, LAISSEZ PASSER



Por el Dr. Mario Glanc (*)

El primer año de la actual gestión en salud finaliza con la consolidación de un nuevo modelo asentado sobre cambios estructurales que probablemente lo modifiquen sustancial y sostenidamente. El nuevo clima de época, sintetizado en la Resolución 3284/24 impone el nuevo paradigma: un sistema de aseguramiento mixto a través de la concurrencia desigual del sector de la seguridad social nacional y el privado bajo un modelo de competencia regulada como ámbito de protección en salud para población bajo empleo privado formal y/o capacidad de pago de bolsillo, a través de aseguradoras de diferente procedencia.

Para aquellas que provienen del mundo sindical, otorgándoles permanencia -aunque precaria- a cambio de disciplinamiento y paz social. Para las que lo hacen desde el ámbito privado, libertad de fijación de precios y beneficios regulatorios explícitos. Un mercado de alrededor de 18 millones de personas, en el que las reglas difieren según el tipo de aseguradora que se trate, donde la competencia no es pareja, la calidad de la atención no está siquiera mencionada y los resultados sanitarios no cuentan.

Por fuera de ese segmento quedan -por el momento- los sectores públicos provinciales, contributivos o no, y el INSSJP, que en lo estructural atenúa su inviabilidad ajustando beneficios, prestadores y presupuestos. En el margen, un grupo de aseguradoras “especiales”, con normativa propia.

Un sistema similar al de Chile, con algunas diferencias menores (el PAMI, centralmente) y una mayor: al ser salud potestad provincial (Arts. 121 y 41 CN) no existe la posibilidad de un *sistema* para la población sin cobertura, (como Fonasa, en Chile) sino que ésta se atomiza y queda librada a las posibilidades, disponibilidad y voluntad de cada una de las 24 jurisdicciones, en un contexto en el que dada la drástica interrupción de flujos no cabe otro horizonte que el de la restricción, con independencia de la situación de salud de sus beneficiarios.

Para quienes creemos que el Estado debe promover políticas públicas que garanticen el derecho al acceso efectivo y equitativo a servicios de salud de calidad, y el mejor nivel de vida y bienestar de todos los ciudadanos, el panorama, es sombrío. Y, aun así, en ese paisaje instalado, aparecen dudas significativas, en cuanto a su viabilidad.

La primera y la más importante: *el modelo, así como está planteado deja afuera al 50% de la población, la que no cuenta con empleo formal o capacidad de pago*. No reconoce externalidades, imperfecciones de mercado, ni criterios mínimos de equidad distributiva. Pero también ignora u omite que *no existe ningún antecedente que avale la idea que el libre juego del mercado pueda organizar un sistema de salud y simultáneamente promover el bienestar humano. Ni tampoco ninguna sociedad que lo acepte pasiva y sostenidamente*.

Y, aun así, hay otras: por un lado, la aludida Resolución 3284/24, que habilita y obliga a las entidades de medicina prepaga a “ofrecer planes de salud, siempre y cuando, cumplan con los requisitos establecidos en las Leyes Nros. 23.660, 23.661, 26.682, sus modificatorias y reglamentarias” ¿Cuál de ellas? Porque, como ya fue comentado en esta misma columna, sus disposiciones son contradictorias entre sí.

Y así como nada se ha dicho acerca del destino de los recursos ahorrados por el cese del peaje hasta ahora institucionalizado, tampoco se sabe por qué motivo alguien habría de migrar voluntariamente de una OO.SS a una EMP sin incentivos de por medio. Va de suyo que, aun así, esta disposición apunta centralmente a las franjas de mayor ingreso salarial formal. De hecho, la modificación de los decretos 504/98 y 1/2010 con la consecuente creación del Registro de Agentes del Seguro de salud para la cobertura médica asistencial de pequeños contribuyentes así lo atestigua.

La finalización de la Emergencia Sanitaria (Decreto 70/23 y Resolución 17/24) y la vigencia hasta el 31/12/24 de la Resolución 617/24 que dispone a partir de allí el inicio de los juicios de ejecución fiscal y el cese de la traba de medidas cautelares para los contribuyentes pertenecientes al sector de salud. Si bien existe una moratoria en curso, su implementación conlleva necesariamente al quebranto masivo de efectores, objetivamente incapaces de afrontar el pago de los stocks adeudados durante más de veinte años y los flujos de las obligaciones corrientes.

El tema hasta el presente cierne como una inminencia que se agrava por el antecedente que establecería una condonación. Y a pesar de que la reiterada propuesta de consolidación de la deuda fiscal de prestadores con sus reclamados créditos IVA espera su tratamiento en Comisiones en Diputados, el proyecto ni siquiera pasó de esa instancia y estamos a días de la fecha señalada por la norma.

La terminación del Impuesto PAIS el 24/12/24. El PAMI recibe el 28% de la recaudación total del gravamen, que en el año 2024 representó el 6,1% de los ingresos tributarios totales, y que por ende constituye una de sus fuentes principales de financiamiento. No existe mención hasta el momento de fuente alternativa, pero el INSSJP lleva adelante una política de reducción de gastos que suprimió la bonificación al 100% de la medicación crónica a toda la población cuyos haberes sean superiores a 1,4 haberes previsionales (\$ 398.000).

La eliminación del subsidio, sin mediar racionalidad de la política prescriptiva y en una población pauperizada a partir de la licuación de sus ingresos, logró transformar un bien inelástico en uno elástico. La caída del consumo medida en unidades, da cuenta de ello. Las consecuencias, que no hacen más que agravar las deficiencias del modelo de atención, son previsibles.

La espiralización de costos de los medicamentos. Un incremento del 349% entre el 1er trimestre 2023 y el de 2024 y dentro de ellos los monoclonales no biosimilares en un 413%. El peso relativo del medicamento en la estructura de costos de financiadores y prestadores se incrementa por encima del IPC en un marco de libre fijación de precios y sin otra farmacopolítica que la recategorización de éticos a OTC (venta libre), la libre oferta y exhibición de éstos en las farmacias, y la venta de analgésicos y antiácidos (entre otros) fuera de éstas. Medicamentos disponibles para el mero alivio sintomático de enfermedades que a las que no se les puede dar respuesta efectiva por las barreras económicas impuestas al acceso cierto a las moléculas prescriptas.

Y finalmente, la crisis terminal de nuestro recurso humano. El agotamiento, los magros ingresos, el multiempleo y el desmoronamiento de la expectativa de un futuro posible, que se traducen en desmotivación, desertación e incluso, emigración.

Después de muchos años sin conducción sectorial, hoy existe un rumbo claro. *Una rectoría del laissez faire* que ordena el tablero para que cada actor se desempeñe en el marco de las nuevas reglas, del modo que sus recursos y su posición relativa se lo permitan. Un neodarwinismo que cristaliza la inequidad que venimos profundizando desde hace décadas y que camina a contramano de lo que la mayoría de los países centrales proponen. Un paradigma éticamente inaceptable en el que en un contexto de 50% de pobreza cada uno labre su propio destino *individual* de acuerdo con sus posibilidades, con prescindencia de aquello que alguna vez fue el otro, el prójimo, el semejante.

Va a ser cuestión de tratar de juntar los pedazos y construir algo mejor. Tal vez el 2025 sea una oportunidad para ello. ■

(*) Médico cardiólogo. Mg. en Salud Pública y en Economía y Gestión en Salud. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGSA

ACCEDÉ A NUESTRO SANATORIO FINOCHIETTO



0810-122-0400 Llamanos y asociate hoy con descuento por un año

Medifé
estamos con vos

ACERCA DE LA VIABILIDAD DE LOS SISTEMAS PROVINCIALES DE SALUD



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Desde el comienzo de su gestión, el actual Gobierno manifestó explícitamente que la responsabilidad primaria de los servicios sociales -en particular Salud y Educación- correspondía a las provincias. Algunas voces se levantaron escandalizadas, como si hubieran recibido una carga inesperada, aunque todos sabían que desde 1853 la Constitución Nacional asignaba a las provincias estas atribuciones.

En lo relativo a Salud, vale la pena imaginar ahora el panorama sanitario de entonces: las provincias eran 14 y no 24; las actuales provincias de Formosa y Chaco ocupaban lo que había sido el Chaco Boreal del Paraguay, y La Pampa estaba integrada a los “territorios nacionales” de la Patagonia. El de Los Andes, que ocupaba la Puna de Atacama y cuya capital era San Antonio de los Cobres, fue creado por Roca en 1900, y la misma conducta se tuvo con Chaco y Formosa. Durante el gobierno de Perón, todos esos territorios fueron constituidos como provincias, excepto el de Tierra del Fuego, Malvinas e Islas del Atlántico Sur, que fue *provincializado* por Menem. La reforma constitucional de 1994 asignó definitivamente estas facultades a las 23 provincias existentes y le dio autonomía y rectoría sanitaria a la actual CABA. Según distintos datos, en la 1ª mitad del Siglo XIX había 5 hospitales: dos en Buenos Aires -uno de hombres y otro de mujeres-, y otros 3 en Córdoba, Mendoza y Salta. No es difícil suponer que el resto de los recursos asistenciales eran tiendas de campaña, durante las batallas por la Independencia y los enfrentamientos entre los caudillos.

Actualmente las 24 jurisdicciones tienen a su cargo la casi totalidad de los más de 1.300 establecimientos públicos con internación y de los 9.000 centros ambulatorios, cuya administración la mayor parte comparten con los municipios. Estas instalaciones dependen del respectivo Ministerio de Salud, en base a un presupuesto provincial, que en general no maneja el ministro de Salud, sino el de Hacienda y el propio Gobernador. Es decir, el área sanitaria tramita los recursos y gastos presupuestarios, pero la liquidación final se concreta a través del área económica. En consecuencia, las facultades de la autoridad local de salud se limitan a la administración de los servicios públicos, los programas preventivos y la ejecución de algunos planes asistenciales con financiamiento nacional. También intervienen en los conflictos salariales del personal de los nosocomios estatales, y en diversos problemas institucionales con corporaciones profesionales. Según el potencial productivo de cada jurisdicción, los usuarios de los servicios están integrados por habitantes sin cobertura, población de bajos ingresos y trabajadores informales, que pueden alcanzar entre el 30 y el 60% del total.

En una proporción inversa, las provincias con menores emprendimientos productivos y/o mayor apoyo federal, suelen sobredimensionar el empleo público, por razones políticas y de alivio del desempleo. Estos trabajadores del Estado y sus familias acceden a la cobertura de la Obra Social provincial (OSP), por lo que las menos desarrolladas tienden a tener una mayor proporción de beneficiarios. Las 24 OSP's tienen distintas estructuras jurídicas del fuero local y diferentes normas de cobertura, pero lo común a todas ellas, es que la máxima autoridad es designada por el Go-

bernador y no depende del Ministro de Salud. Compartiendo una conducta habitual en los trabajadores formales, los empleados públicos prefieren concurrir a establecimientos privados -incluso el personal de nosocomios estatales-, aunque la calidad técnica de la atención sea superior en los hospitales públicos, que es donde adquieren experiencia los profesionales que después consultan en privado. De modo que la articulación sinérgica OSP/servicios privados, queda fuera del alcance político de la autoridad sanitaria. El conjunto de las 24 OSP's cubren alrededor del 16% -unos 7,2 millones- de los habitantes del país.

A esta ponderación de las coberturas provinciales, debe agregarse que los jubilados y pensionados -ya sea por aportes formales o por acogerse a moratorias- son beneficiarios obligatorios del PAMI (o INSSJP), que pertenece a la jurisdicción nacional y queda fuera de la órbita provincial. La población de adultos mayores y sus familias, que cubren amplios padrones de afiliados en todas las provincias, determina que el PAMI se comporte en cada *mercado* local como un prioritario *comprador* de servicios. En el orden nacional esos beneficiarios constituyen alrededor del 11% de la población del país, es decir, unos 5,2 millones de habitantes. Según la distribución provincial de las contrataciones, sus afiliados son usuarios de servicios públicos y privados, pero estos últimos tienen una preferencia significativa. En consecuencia, la OSP y el PAMI constituyen grandes financiadores de servicios de salud. Las Obras Sociales (OS's) sindicales, reguladas por la jurisdicción nacional, aunque en conjunto constituyen el mayor segmento de afiliados (36% para 290 entidades), no tienen tanta significación en estos territorios, debido a su fragmentación. Por otra parte, muchas ofrecen planes superiores a sus afiliados de mayores ingresos, a través de acuerdos con la Medicina Prepaga. En cada escenario provincial, la actividad económica que gestiona el sector privado puede variar entre el 40 y el 70% del mercado de atención médica.

Para que las autoridades de salud provinciales ejerzan la conducción del sistema local de salud, deberían concentrar la regulación y contralor del conjunto de las actividades sanitarias que ocurren en su territorio, así como los resultados epidemiológicos en la población que las recibe. Estos atributos no necesariamente significarán una mayor asignación económica, sino un conjunto de decisiones que permitan articular los recursos existentes. Conviene revisarlas:

- Gestionar los establecimientos públicos como empresas de servicios, dotándolos de personería jurídica, estatuto, régimen específico de personal, plan anual de inversiones y fiscalización diferida, formando redes con los servicios privados.
- Administrar la OSP como *compradora* mayoritaria de servicios, con facultades para regular la red de prestadores, incentivar criterios de calidad y orientar la conducta prescriptiva de las especialidades.
- Avanzar del *subsidio a la oferta* al *subsidio a la demanda*, mediante cobertura federal de salud o un seguro provincial, asegurando a los usuarios de los servicios públicos y asignando una parte de la facturación a inversiones de capital.
- Implementar la cobertura de población sin capacidad contributiva, identificando los carentes de cobertura, implementando la facturación de las prestaciones públicas y posibilitando su acceso a servicios privados.
- *Provincializar* la administración de servicios del PAMI, logrando una mayor regulación de los prestadores privados y concentrando la mayor parte de las finanzas del sistema, junto con la OSP.

No es un camino sencillo. Requiere voluntad política de los actores locales, conocimiento de la operatoria del sistema y la decisión nacional de volcar el centro de gravedad de la gestión sanitaria hacia las provincias. ■

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

- 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



ALGUNAS DESORDENADAS REFLEXIONES DE FIN DE AÑO, SEGURAMENTE POCO ÚTILES...



Por el Dr. Rubén Torres (*)

Muchos sistemas de salud, en las Américas, resultan poco eficaces para mejorar o mantener la salud de la población, que es consecuencia de conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, solo, por último, el propio sistema. Ese discurso fue puntualizado en Alma-Ata, que planteó que la conquista del más alto nivel de salud exige de la intervención de otros sectores sociales y económicos; que la población tiene derecho y deber de participar en la planificación e implementación de las acciones de salud, y fue confirmado por la Carta de Ottawa postulando dos ejes: la APS como estrategia y la implementación de políticas saludables basadas en la promoción y prevención.

Pese al aparente acuerdo en ese discurso, los sistemas continuaron predominantemente con modelos curativos y hospitalocéntricos, y las reformas de salud de los noventa, de corte más económico que sanitario, en su mayoría buscaron contener el gasto. Pero los costos continuaron creciendo, porque la cantidad de prestaciones aumentó; en algunos casos, como resultado de su propia eficacia: brindaron respuestas adecuadas a las necesidades de la población, que vive más y demanda prestaciones más caras y por más tiempo.

Así, desde fines de los ochenta, el esfuerzo se centró en reformar los sistemas debido a que cada vez resultan más caros y con rendimientos sanitarios decrecientes. La OMS cedió protagonismo a los organismos de crédito internacional, y se plantearon reformas de los sistemas y servicios, o transformaciones más o menos amplias, que introdujeron cambios en la definición del derecho a la salud, la estructura de poder sectorial, las bases financieras, y la organización de los modelos de atención.

Estas reformas se apoyaban en la premisa de la fuerte ineficiencia del Estado en la provisión de servicios y la búsqueda de incentivos de mercado para lograr una relación más adecuada entre oferta y demanda, más que en la promoción, prevención y combate a enfermedades prevalentes.

Durante los últimos veinte años todos los países iniciaron reformas con propuestas diferentes, desde la preocupación en extender la cobertura y garantizar niveles equitativos de acceso y prestación, además de un mayor control sobre los costos, y aún cuando los sistemas imperantes fueran diferentes terminaron en propuestas muy homogéneas, con eje en la mancomunación de fondos, modelos de atención basados en la APS y redes integradas de servicios de salud, con participación público-privada.

La tendencia más acentuada en la definición de las fuentes de financiación de los sistemas consiste hoy en el abandono del financiamiento de la salud con el trabajo y su reemplazo por otras fuentes. En los modelos de atención, se trata la dimensión técnica más específica, que expusimos más arriba, y se establece la organización y división del trabajo médico. En el modelo de gestión se definen las prioridades del sistema, las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción, quién las toma, cómo se toman, y se definen los principios y valores que lo guían.

Formular políticas de salud implica decidir que rol desempeña el Estado en salud. Como el proveer información para mejorar las decisiones, dirigida a los consumidores (la publicidad de los riesgos del hábito de fumar, la educación para la salud, la advertencia sobre efectos colaterales o sustancias tóxicas, o la información de las listas de espera que hay en los hospitales), a los proveedores de atención (los derechos de los asegurados), y también difundiendo información sobre los patrones de enfermedad y los efectos y riesgos de los procedimientos médicos.

O establecer las condiciones bajo las cuales se practicarán las actividades de salud, fijando las pautas para el ejercicio de las profesiones médicas, o acreditando a los hospitales. En términos más generales, los gobiernos pueden influenciar la actividad privada de la atención médica, combinando la regulación con algunos incentivos financieros para equilibrar los costos, pero sin financiación pública (la modulación referida en las funciones esenciales de salud pública).

La regulación estatal es común en la industria del seguro, la importación de equipamiento y medicamentos, y en la protección de la calidad de los alimentos. También se financia la prestación de servicios, sean brindados en instalaciones públicas o no, involucrando, el pago de prestaciones en seguros o la oferta de servicios para toda la población, a través del presupuesto público, con instalaciones de propiedad pública y personal de esa administración.

Cuando se decide financiar los servicios de salud con fondos públicos, se presenta la disyuntiva de si proveerlos a través de instalaciones propias o pagar a privados para que los suministren, y las incógnitas son: ¿es más económico producir algo que comprarlo a un proveedor externo?, y las dificultades de hacer cumplir los contratos y evitar el fraude en el trato con los proveedores.

También se dictan normativas, para exigir que individuos o instituciones hagan algo; mandatos usualmente especificados por ley, que luego se bosquejan por la regulación, como los que estipulan que los empleadores contribuyan con fondos de la seguridad social para otorgar cobertura a sus empleados o cubrir un conjunto explícito de prestaciones médicas para la población asegurada.

Asimismo, pueden imponer mandatos a los individuos, por ejemplo, exigiendo que los chicos que ingresan a la escuela estén inmunizados. Regular un mercado es corregir sus fallas, en general a través de normas e incentivos. Sin embargo, en salud, con frecuencia los organismos reguladores no son los únicos que establecen las normas a ser cumplidas, y las funciones de dictar normas y financiar pueden superponerse o existir en forma independiente.

Por ejemplo, cuando el Poder Legislativo sanciona leyes que obligan a brindar determinada cobertura, introduce deberes no solo para los financiadores de dichos servicios sino para los organismos de control, y en muchos casos complican su actividad, si las leyes no contemplan las fuentes de financiación para las prestaciones que exigen.

La demanda de un bien es función de las preferencias de sus consumidores y del precio con que es ofrecido en el mercado, pero en salud esto no es como en cualquier otro mercado. Kenneth Arrow decía que “los mecanismos habituales por los cuales los mercados aseguran cantidades y calidades de los productos no tienen grandes implicancias en el sector salud”.

Pareciera que, la gobernabilidad de un sistema de salud (y el logro de su sostenibilidad financiera), no pasan por desregular o facilitar la libertad de elección, sino por lograr un rol inteligente (e indelegable) del Estado.

El abandono de esta función se traduce en graves consecuencias: los servicios de salud resultan cada vez más caros; enfermedades que deberían estar erradicadas atacan con más fuerza; el uso irracional de medicamentos se constituye en una dañina epidemia, y lo más grave: la persistencia de *morir de acuerdo con el código postal* puede continuar siendo una mancha humillante para nuestra democracia. ■

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



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 coseguros, 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

DEBATE SOBRE LA INTERVENCIÓN ESTATAL EN EL SECTOR SALUD



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

La intervención estatal en el sector salud ha sido un tema de debate durante décadas, generando tanto defensores como detractores. Es innegable su papel rector, regulador e incluso financiador y prestador en todo sistema de salud. Sin embargo, la reciente coyuntura global ha reavivado esta discusión, subrayando la importancia de un sistema de salud robusto y accesible para todos los ciudadanos. A continuación, se presentan los argumentos a favor y en contra de esta intervención, analizando su impacto en la economía y la salud pública.

Uno de los principales argumentos a favor de la intervención estatal en el sector salud es la equidad en el acceso a servicios médicos. Los defensores sostienen que el Estado debe garantizar que todos los ciudadanos, independientemente de su nivel socioeconómico, tengan acceso a cuidados de salud de calidad.

Esto es especialmente crucial en contextos, como el nuestro donde la desigualdad económica es significativa y muchas personas no pueden costear seguros de salud privados ni tienen acceso a obras sociales.

Además, la intervención estatal contribuye a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud pública. A través de programas de vacunación masiva, campañas de educación sanitaria y medidas de control de enfermedades, el Estado puede reducir significativamente la incidencia de enfermedades prevenibles. Esto no solo mejora la salud de la población, sino que también reduce los costos a largo plazo asociados con el tratamiento de enfermedades crónicas y emergentes.

Otro punto a favor es la eficiencia en la asignación de recursos. En sistemas de salud completamente privatizados, existe duplicación de servicios y recursos mal distribuidos, entendiendo que la lógica de distribución sigue la rentabilidad y no esencialmente las necesidades de la población.

La intervención estatal puede ayudar a coordinar y optimizar el uso de recursos, asegurando que las áreas más necesitadas reciban la atención adecuada. Esto es especialmente relevante en situaciones de emergencia, como pandemias, donde una respuesta centralizada y organizada es esencial para mitigar los efectos de la crisis.

Por otro lado, los detractores de la intervención estatal argumentan que puede llevar a ineficiencias y burocracia. En muchos casos, los sistemas de salud públicos se caracterizan por largas esperas, servicios sobredemandados y una gestión muchas veces ineficiente.

La burocracia y la falta de incentivos para mejorar el rendimiento pueden resultar en una calidad de atención subóptima. A pesar de los grandes avances en materia de eficiencia en el sector público, hay una gran disparidad entre provincias e incluso entre efectores.

Otro argumento en contra es la carga fiscal que implica mantener un sistema de salud estatal. Financiado a través de impuestos, un sistema de salud pública puede requerir un gasto significativo del presupuesto estatal. Esto puede implicar mayores impuestos para los ciudadanos y las empresas, lo que algunos consideran una carga injusta y contraproducente para la economía.

Además, algunos críticos sostienen que la competencia en el sector privado es esencial para la innovación y la mejora continua de los servicios de salud. La intervención estatal puede desalentar la competencia y, por ende, reducir la calidad y variedad de servicios disponibles. El sector privado, motivado por el lucro, tiene incentivos para innovar y ofrecer mejores servicios a los pacientes.

El caso argentino

Como es ampliamente conocido, el sistema argentino es fragmentado y sumamente complejo. La realidad económica en la que se encuentra inmerso con cientos de instituciones prestadoras y financiadoras al borde la quiebra, con oligopolios dominantes y los precios distorsionados presenta constantes retos.

El año 2024 fue un período de transición y ajuste en el sector salud argentino. Las desregulaciones y nuevas regulaciones trajeron tanto oportunidades como desafíos. Mientras que la descentralización y la competencia libre prometieron mejorar la eficiencia y el acceso a la salud, las fluctuaciones económicas y los problemas de financiamiento presentaron obstáculos significativos.

Sin embargo, más allá de mejoras en aspectos macroeconómicos esenciales, las políticas implementadas para disminuir la intervención estatal han sufrido reveses que debieron enfrentarse. Como ejemplos, debemos considerar la idea de desregular el precio de los prepagos chocó con la realidad de un sistema particular y obligó al Estado a intervenir generando litigios judiciales e inestabilidad en el sector privado.

A la vez, la idea de cerrar el Hospital Laura Bonaparte tuvo repercusiones negativas de la comunidad y forzó a recalcular nuevamente. Actualmente, la descentralización hacia las provincias parece ser la estrategia elegida.

En definitiva, el equilibrio entre las políticas de desregulación y su implementación efectiva será crucial para el futuro del sistema de salud en la Argentina. La coordinación entre los tres subsectores, el estatal, la seguridad social y el sector privado, será la clave para construir un sistema más eficiente, competitivo, innovador y con mayor accesibilidad.

Conclusión

En resumen, el debate sobre la intervención estatal en el sector salud es complejo y multifacético. Por un lado, la intervención puede promover la equidad, la prevención de enfermedades y la eficiencia en la asignación de recursos. Por otro lado, puede enfrentar desafíos significativos como la ineficiencia burocrática, la carga fiscal y la posible inhibición de la competencia y la innovación.

En última instancia, encontrar un equilibrio entre la intervención estatal y la iniciativa privada podría ser la clave para desarrollar un sistema de salud que sea tanto equitativo como eficiente, adaptándose a las necesidades particulares del país y su contexto económico.

En definitiva, todo se sintetiza a una discusión de economía básica ¿Qué rol debe tener el Estado? ■

(*) Profesor universitario.

CONECTAMOS SALUD.

Planes para empresas.



Omint PYME

Calidad Médica Nacional

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. ÓRGANO DE CONTROL DE LAS EMPRESAS DE
MEDICINA PREPAGA. - WWW.SSSALUD.GOB.AR 0800-222-72583 R.N.E.M.P.: N°1336

ASPECTOS NOVEDOSOS DE LA NUEVA GESTIÓN EN SALUD



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

A partir de la asunción del nuevo Ministro de Salud de la Nación, al menos tres aspectos diferencian claramente esta nueva gestión respecto a la del gobierno de Alberto Fernández:

1. Una mayor concentración de poder en el Ministerio de Salud de la Nación.
2. Una mayor coherencia con la política general del gobierno.
3. Una franca política de descentralización de las políticas públicas hacia las provincias.

En primer lugar, se observa que el Ministro de Salud de la Nación realmente ejerce el mando no solo del Ministerio de Salud, sino también del INSSJyP (PAMI) y de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud). Existe hoy un claro alineamiento político de estos tres organismos históricamente divorciados entre sí y esto representa una gran fortaleza y abre buenas perspectivas.

El segundo aspecto es la coherencia entre las políticas generales del gobierno y las aplicadas por salud. Esta coherencia no se observaba desde el gobierno de Menem en donde las políticas generales de descentralización y privatizaciones fueron acompañadas desde salud con el decreto 9/93 de libre elección de Obras Sociales y el decreto 578/83 de Hospital Público de Autogestión Hospitalaria entre otras medidas.

Estas medidas apuntaban a introducir eficiencia en el sistema a partir de una mayor competencia, en concordancia no solo con las políticas nacionales, sino también con un contexto internacional con un capitalismo fortalecido después de la caída del muro de Berlín.

Con la finalización del menemismo y la entronización del kirchnerismo se cambió totalmente el rumbo de las políticas generales con la nacionalización de la mayoría de las empresas que habían sido privatizadas y con una fuerte presencia del Estado en todos los aspectos de la vida cotidiana. Sin embargo, Salud fue una de las pocas áreas que no sufrió variaciones conservando prácticamente la misma estructura generada en la década de los 90.

En la actualidad desde el Ministerio de Salud y la SSSalud se establecieron diferentes normativas que van en pos de una mayor desregulación del mercado de la salud en lo que hace a las prepagas médicas, la seguridad social y los medicamentos en concordancia con las políticas liberales del gobierno nacional.

Entre otras cuestiones se modificó el marco de regulación de la medicina prepa y de las obras sociales para que puedan competir, se profundizó la implementación de la receta digital y se habilitó la venta de medicamentos de venta libre por fuera de las farmacias entre otras cuestiones.

El tercer aspecto es una clara concepción del federalismo en salud en cuanto a servicios públicos al menos. La idea que sean las provincias quienes asuman el rol rector de las políticas públicas en cada territorio geográfico es clara. La propuesta latente es que cada provincia avance hacia sistemas o seguros provinciales de salud.

De cara al futuro

Algunos otros aspectos seguramente requerirán definiciones que acompañen estas primeras medidas de gobierno en salud para consolidar este modelo.

Uno de ellos, central a mi entender, es que hacer con el PAMI. En este esquema planteado tan claramente, al menos dos podrían ser los caminos por seguir siendo coherentes con las políticas generales. Cualquiera de los dos significaría una importantísima reforma que realmente modificaría la estructura actual del sistema.

Un primer camino podría ser la permanencia del jubilado en su obra social de origen achicando paulatinamente la masa de afiliados y dejando un PAMI residual. Este afiliado pasaría a pertenecer a un Agente del Seguro regulado por la SSSalud y por lo tanto podría elegir su propia obra social o prepa médica. Esto será coherente con el punto dos planteado más arriba.

Un segundo camino será la descentralización de la atención de los beneficiarios del PAMI hacia las provincias en concordancia con lo planteado en el punto tres de más arriba y contribuiría fuertemente a la conformación de sistemas o seguros provinciales de salud.

Tal es la importancia del PAMI, que cualquier decisión que se tome modificará el sistema de salud en su conjunto.

Otros aspectos necesarios por resolver a futuro para consolidar estas políticas según mi parecer serían una reforma importante del PMO y el achicamiento de agentes del seguro. La modificación del PMO resulta necesaria para la sustentabilidad del sistema en este contexto. La segunda cuestión es algo que ya ha comenzado a operarse en forma silenciosa pero constante.

Finalmente, se deberá tomar algunas decisiones respecto a la política de medicamentos. A fin de introducir efectiva competencia se debería avanzar hacia un verdadero mercado de genéricos que compitan por precio y no por marcas. Por otro lado, el avance de los medicamentos de alto precio requiere de una conformación de una verdadera Agencia de Evaluación con capacidad de rectoría y de un fondo o seguro de enfermedades catastróficas. ■

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



Acompañarte
es siempre
el mejor plan

GALENO

LA ENCRUCIJADA DE LAS OBRAS SOCIALES SINDICALES: DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS



Por el Dr. Carlos Felice (*)

El año 2024 ha sido un período de profundos cambios y desafíos para las *Obras Sociales Sindicales*. La desregulación del sector, impulsada por el Decreto 170/2024, ha generado una nueva dinámica en la relación entre los trabajadores, las obras sociales y las prepagas, con implicancias aún por evaluar a mediano y largo plazo.

Un panorama en constante evolución

La libertad de elección de obra social o prepaga ha empoderado a los afiliados, quienes ahora pueden optar por la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades. Sin embargo, esta mayor autonomía ha generado una competencia más intensa entre las entidades de salud, lo que ha llevado a una reestructuración de los servicios y a la búsqueda de nuevos modelos de gestión.

Por otro lado, la inflación y la devaluación han impactado fuertemente en los costos de los servicios de salud, poniendo a prueba la sostenibilidad financiera de las *Obras Sociales Sindicales*. La caída del poder adquisitivo de los salarios ha disminuido la recaudación de aportes, lo que ha obligado a estas entidades a ajustar sus prestaciones y a buscar nuevas fuentes de financiamiento.

Los desafíos del 2024 y las perspectivas para el 2025

Entre los principales desafíos que enfrentaron las *Obras Sociales Sindicales* en 2024, podemos mencionar:

- **Interpretación de la nueva visión; necesidad versus demanda del afiliado:** la redefinición del nuevo contrato social, demanda transparencia e inmediatez en la capacidad de respuesta de las obras sociales en un amplio sentido de ecosustentabilidad; esto implica ni más ni menos que se considere al afiliado/paciente como ciudadano con una mirada integral que lo contemple en el aspecto individual, social y económico -eco centrista-.
- **La adaptación a un nuevo marco regulatorio:** las obras sociales han debido modificar sus procesos internos y sus relaciones con los prestadores para ajustarse a las nuevas normativas emanadas por el Estado nacional.
- **La competencia con las prepagas:** la apertura del mercado ha intensificado la competitividad con las prepagas, que ofrecen una amplia gama de servicios y planes.

- **La contención de costos:** la inflación y la devaluación han obligado a las obras sociales a buscar mecanismos para contener los costos, pero a la vez, garantizar y mantener la calidad de las prestaciones.
- **La atención de las demandas de los afiliados:** los afiliados cada vez son más exigentes, están más comunicados e interconectados y demandan una mayor variedad de servicios y una mejor atención.

Para el año 2025, se vislumbran nuevos desafíos y oportunidades. Por un lado, se espera que continúe la tendencia hacia la personalización de los planes de salud, con la oferta de productos más flexibles y adaptados a las necesidades individuales de los afiliados. Por otro lado, las herramientas tecnológicas y la inteligencia artificial jugarán un papel cada vez más importante en la gestión de la salud, permitiendo una mayor eficiencia y una mejor experiencia para los usuarios, obligando a las obras sociales a poner estos instrumentos a disposición del afiliado/ciudadano.

El rol de las Obras Sociales Sindicales en el futuro

Las *Obras Sociales Sindicales* han tenido y tienen un rol fundamental en el sistema de salud argentino y representan la única posibilidad de acceder al derecho de salud para una franja importante de personas que se encuentran en este subsistema. A pesar de los desafíos que representó el año 2024, éstas han demostrado su capacidad para adaptarse a los cambios y a pesar de la disminución o falta de aporte y precariedad laboral, brindar servicios de calidad a sus afiliados.

Así es que, en el futuro, las *Obras Sociales Sindicales* deberán:

- **Innovar:** incorporar nuevas tecnologías y desarrollar productos y servicios transformadores que respondan a las demandas de los afiliados.
- **Establecer alianzas estratégicas:** colaborar con otros actores del sistema de salud: prestadores -clínicas y sanatorios, laboratorios- y empresas de tecnología, para ofrecer una atención integral a los afiliados.
- **Fortalecer la gestión:** implementar sistemas de gestión eficiente y transparente, con el objetivo de optimizar los recursos y garantizar la calidad de las prestaciones, a través de una adecuada gobernanza del riesgo.
- **Defender los intereses de los trabajadores:** continuar trabajando en defensa de los derechos de los trabajadores y en la mejora de las condiciones de vida de los afiliados.
- **Interpretar el empoderamiento del afiliado:** esto implica promover estrategias de accesibilidad en un marco colaborativo, gestionar y educar en la prevención, en estilos de vida saludables, controles periódicos, seguimiento de la cronicidad y respeto al medio ambiente.
- **Medir y evaluar:** el impacto continuo con indicadores de calidad y seguridad del afiliado.

En conclusión, las *Obras Sociales Sindicales* se encuentran en un proceso de transformación profunda. Los desafíos son numerosos, pero también existen grandes oportunidades. Estamos interpelados a adaptarnos a los cambios y fortalecer los servicios, a fin de que las *Obras Sociales Sindicales* sigan siendo otro de los ejes de gestión y representantes claves en el sistema de salud argentino. ■

(*) 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).

CARRERAS DE POSGRADO

Doctorado en Ciencias de la Salud
Dict. CONEAU N° 437/16

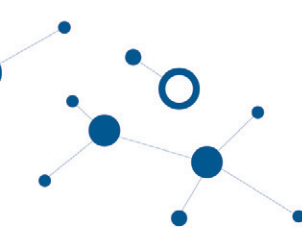
Maestría en Salud Pública
Dict. CONEAU N° 517/19

Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica
Res. CONEAU N° 111/18

Maestría en Gerontología Clínica
Sede Buenos Aires: Res. CONEAU N° 123/14
Sede La Rioja: Dic. CONEAU N° 388/13

Especialización en Medicina Legal
Res. CONEAU N° 19/18

Especialización en Nutrición
Res. CONEAU N° 614/17



Consultá también por
Diplomaturas y Cursos de Posgrado.

Seguí capacitándote
en Fundación Barceló.

informesba@barcelo.edu.ar

barcelo.edu.ar



¿QUÉ NECESITAMOS EN SALUD LOS ARGENTINOS?



Por el Dr. Benjamín Surace (*)

En el campo de las ciencias médicas, los avances permanentes en imágenes, procedimientos y medicamentos estuvieron presentes en el mundo de la salud durante 2024.

Así fue como recibimos información sobre: **5G** (Red de quinta generación con más velocidad de cargas); **Telemedicina y cirugía a distancia**; **Biomarcadores vocales** (combinación de caracteres de la señal de audio de la voz que se asocia a una condición clínica); **Nanotecnologías de los péptidos** (cadenas de aminoácidos que tienen propiedades regenerativas); **Machine Learning en salud** (inteligencia artificial analiza datos y algoritmos para mejorar la atención médica); **Neuroprótesis** (dispositivo que se implanta en el cerebro para restaurar o sustituir funciones sensoriales, motoras o cognitivas); **Proteómica** (estudio de la estructura y función de las proteínas y cómo interactúan en el interior de la células); **Genómica** (la secuenciación de los datos del genoma podrá utilizarse para prevenir algunas enfermedades oncológicas, infecciosas y raras); **Blockchain** en salud (gestión de datos); **Válvulas Cardíacas impresas en 3D** que pueden crecer en el cuerpo; **Vendajes inteligentes** (que pueden acelerar la cicatrización de las heridas); **Robótica e inteligencia artificial (IA)** (robots que ayudan a los cirujanos a realizar intervenciones con mayor precisión y control, especialmente en procedimientos complejos); etc.

La **CONETEC** (Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica -Decreto 344/23) es un organismo descentralizado, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, que realiza algunas evaluaciones y emite recomendaciones técnicas sobre la incorporación, desinversión, forma de uso, financiamiento y cobertura de las tecnologías sanitarias empleadas en el sistema de salud bajo dimensiones éticas, médicas, económicas y sociales.

En nuestro país, **ANMAT** es el organismo descentralizado con jurisdicción en todo el país que se encarga de controlar, fiscalizar y garantizar que los productos para la salud sean eficaces, seguros y de calidad, pero carece de facultades como agencia de evaluación y regulación de precios como tienen numerosos países, carencia que es necesario resolver en el menor tiempo posible.

A modo de ejemplo en el cuadro siguiente se puede observar cómo analizan algunos países en el resto del mundo los aspectos inherentes a la incorporación de nuevas tecnologías médicas.

¿A qué debemos aspirar?

El cambio en la conducción del Ministerio de salud en 2024, está mostrando señales para revisar y adecuar los procedimientos y tratamientos, considerando que los recursos son finitos y las necesidades infinitas, se debe lograr la mayor eficiencia en la aplicación de los recursos para lograr la mayor eficacia en los resultados.

En ese camino, fueron invitados a sucesivas reuniones donde se trataron diversos aspectos de gestión y financiamiento, referentes de Obras Sociales Nacionales, Provinciales y Empresas de Medicina Prepaga; participando la consultora uruguaya en políticas y gestión de sistemas y servicios de salud Dra. Alicia Ferreira Maia, quien compartió con los presentes la experiencia del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, del que estuvo a cargo de 2015 a 2020; y el Doctor Esteban Lifschitz, Director Científico en HIRIS CARE de España (HIRIS es una consultora estratégica comprometida con la mejora de la salud, la calidad de vida y la sostenibilidad social y económica del sistema sanitario).

PAÍS	AGENCIA DE EVALUACIÓN	REGULACIÓN DE PRECIO
ESPAÑA	RedETS	COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
ALEMANIA	IQWiG	GBA
ITALIA	AIFA	COMISIÓN INTERMINISTERIAL
SUECIA	SBU	TLV (PHARMACEUTICAL BENEFIT SCHEME)
AUSTRIA	AGENCIA AUSTRIACA	GOG
AUSTRALIA	PBAC	AUTORIDAD GUBERNAMENTAL
CANADA	CADTH	CEDEC
BRASIL	CONITEC	CAMARA REGULACIÓN MERCADO FARMACÉUTICO
COLOMBIA	IETS	INVIMA
MÉXICO	CENETEC	MINISTERIO SALUD

Las nuevas tecnologías médicas tienen muchos beneficios, como mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero no son la panacea universal, pues también pueden tener riesgos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la resistencia a los antimicrobianos es una de las grandes amenazas para la salud mundial, la seguridad alimentaria y el desarrollo, cada vez más difíciles de tratar.

La Argentina debe aspirar a mejorar los establecimientos de salud en todo el país, públicos y privados, asegurando la mayor eficiencia en el empleo de los recursos técnicos, económicos y humanos para lograr la mayor eficacia en los resultados; analizando y autorizando el uso de las tecnologías y los medicamentos que brinden soluciones concretas a la mayor cantidad de pacientes, tratando de mantener una adecuada relación costo-beneficio, de acuerdo a las posibilidades económicas y financieras de nuestro país, caso contrario aspiramos a una utopía ajena a nuestra realidad. ■

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

Conocé nuestras carreras

Inscripciones Marzo 2025

Carreras de Grado

- Licenciatura en **Biotecnología**
Título intermedio: Técnico Universitario en Biotecnología
- Tecnicatura Universitaria en **Bioingeniería**
Conecta con Bioingeniería (Dictamen Favorable por CONEAU)

Carreras de Posgrado

- Maestría en **Bioeconomía**
- Especialización en **Bioinformática**

iudpt.edu.ar

"Autorizado provisoriamente por Decreto del PODER EJECUTIVO NACIONAL N° 07/2021-APN-PTE, conforme lo establecido en el artículo 64 inciso c) de la ley N°24.521"



Contactanos

ACTUALIDAD Y CAMBIOS



Por el Dr. Carlos A. Espelt (*)

Está a la vista que 2024 ha sido un año de transformaciones profundas en la vida cotidiana de los ciudadanos, producto de los cambios políticos, económicos y sociales llevados a cabo, y aún en desarrollo, por el gobierno que asumiera el 10 de diciembre de 2023.

El sistema de Obras Sociales Nacionales -y seguramente también las de los otros subsistemas- no podía quedar al margen de esos cambios, ya sea por impacto directo o como por sus consecuencias o secuelas.

Entre los grandes cambios se destaca la incorporación de las Empresas de Medicina Prepaga como Agentes del Seguro de Salud dentro del mismo o similar marco legal de estos, y para ese subsistema -Pre-Pago- la posibilidad de incorporar trabajadores en relación de dependencia sin necesidad de recurrir a la triangulación o gerenciamiento a través de Obras Sociales, entre otros cambios.

En lo económico, la desregulación de las cuotas de las Prepagas y de los valores de los coseguros en las Obras Sociales, son cambios económicos en ambos subsistemas, que empujan hacia arriba el gasto de bolsillo de los individuos, y se suman al descomedido incremento de los precios de los medicamentos, que, justo es decirlo, viene de años atrás, pero agrega mayor impacto a los problemas de salud, impacto cuya forma de medirse no parece haberse establecido pero que es improbable fuere a ser positiva.

La idea básica de la competencia entre entidades que financien servicios de atención de salud para que la gente pueda elegir entre las mejores o las más eficaces o las más eficientes, responde a los principios clásicos de la economía convencional pero quizás no tanto a los de la economía en salud.

Empezamos por poner al mismo nivel instituciones sin fines de lucro con empresas cuyo objetivo es el lucro.

Por otra parte, el mercado de la salud -por denominarlo de alguna manera- responde a otro tipo de principios y de reglas debido muchos factores relacionados a la excepcionalidad que impone el elemento humano implicado, eje del sistema.

La salud ha sido considerada siempre un bien *preferente*, es decir, un bien al que la sociedad le asigna tanto valor que debe ser protegido u otorgado al menor costo posible o aún sin costo.

Sin embargo, es absolutamente cierto que, si bien para un individuo en particular su atención puede no tener costo, el cuidado de su salud tiene un precio, y alguien lo tiene que pagar, lo que origina un dilema.

Para resolver este dilema se idearon ciertos mecanismos tales como el sistema de las “mutuas” de la Baja Edad Media, las mutuales de los siglos XVIII y XIX y en nuestro país, las Obras Sociales del siglo XX, bajo el principio de que “aporta por lo que se gana y se recibe por lo que se necesita”.

La Medicina Prepaga es un emergente comercial de esta modalidad, en la cual se recibe por lo que se paga, y no necesariamente por lo que se necesita. Esto estaría parcialmente modificado por la incorporación de estas empresas al sistema de Agentes del Seguro, un hecho que en principio parece beneficioso.

Sin embargo, ello no soluciona ciertas situaciones distorsivas de difícil resolución: por caso, la financiación de la atención de las personas con discapacidad (y dentro de las prestaciones más costosas, el transporte) y los bajos aportes de la población de pequeños contribuyentes.

“La idea básica de la competencia entre entidades que financien servicios de atención de salud para que la gente pueda elegir entre las mejores o las más eficaces o las más eficientes, responde a los principios clásicos de la economía convencional pero quizás no tanto a los de la economía en salud.”

Frente a los cada vez más altos precios de los servicios asistenciales, no es casual que estos grupos encuentren dificultades para asociarse a los Agentes del Seguro.

Quizás se debería pensar en una suerte de Obra Social tipo Medicaid gestionada por el Estado, compartiendo su adhesión con OOS y Prepagas que acepten recibir esta población, como está ocurriendo ahora.

En él mientras tanto, el conocimiento científico y el desarrollo tecnológico siguen su ruta de crecimiento constante, indiferentes de la posibilidad de financiamiento ya sea de las instituciones o de las personas.

Por este camino, más allá de la libre elección entre Obras Sociales y Prepagas, u otros cambios de orden económico, arriesgamos olvidar el principio de considerar la salud como bien preferente, y quizás resultaría necesario la priorización de atenciones, lo que más allá de cualquier justificación económica implica seleccionar quién recibe y quién no recibe daciones de salud; la liberación de cuotas y coseguros suena a un primer paso en este sentido aunque la idea y el objetivo se basara en una cuestión de economía teórica exclusivamente. De nuevo: la economía de salud no es economía clásica.

En una visión prospectiva, de un sistema de salud eficaz, efectivo, eficiente, equitativo y accesible, como atributos de calidad en la atención de la salud (como pensaba Avedis Donabedian) parece estar alejándose en el tiempo. ■

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

Subite al podio de los mejores



PROSANITAS
INTELIGENCIA EN GESTION

"El auto más rápido no siempre gana, la estrategia y la inteligencia son la clave".

Juan Manuel Fangio, quíntuple campeón de F1 del mundo.

ProSanitas es tu equipo técnico en esta carrera. Tu organización puede gestionar con eficiencia, calidad, sustentabilidad y ser reconocida entre las mejores.

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

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

Conozca nuestras herramientas.



☎ 11.4183.3942

🖱 prosanitas.com.ar

📍 Av. del Libertador 6285 3º P.

✉ info@prosanitas.com.ar

🐦 @ProSanitasBSC

📘 ProSanitas BSC

2024: ENTRE LA INCERTIDUMBRE Y EL CAMBIO



Por el Contador Hugo Starvaggi (*)

El año 2024 está próximo a concluir y, para muchas personas que estamos trabajando para poder brindar una salud adecuada a nuestros afiliados será recordado como un año muy complejo. En lo personal, lo recordaré como un año de gran **incertidumbre, muchos cambios, muchas cosas por mejorar, pero siempre manteniendo viva la esperanza que esas situaciones a mejorar puedan ser materializadas en el 2025 que está a punto de comenzar.**

Diciembre de 2023 nos encontró en una difícil situación: las cuotas de los afiliados sumamente atrasadas con respecto al costo de vida y, peor aún, más atrasadas con respecto a los incrementos de los costos de salud.

Dicho desfasaje fue provocado por las innumerables regulaciones que los distintos gobiernos aplicaron durante más de dos décadas y especialmente por las del último período a saber: los aumentos por índice de salud, el aumento del 90% del R.I.P.T.E. para algunos afiliados y el congelamiento de las cuotas por tres meses para otros.

Como si lo expuesto no permitiera visualizar un panorama muy complejo, los médicos y odontólogos renunciaban en forma masiva a prestar servicios en la seguridad social por los bajos honorarios que percibían por sus consultas.

Además, los círculos médicos del interior y los prestadores en general soportaban grandes dificultades para afrontar sus costos internos y fundamentalmente los incrementos de salarios de las paritarias. Todo inserto en medio de un clima de altísima inflación y gran **incertidumbre** con respecto a las medidas que tomaría el nuevo gobierno recientemente elegido.

Y finalmente en diciembre 2023 toda la comunidad de salud recibe el DNU 70/2023, que entre otras medidas desregula el aumento de las cuotas de afiliados e incorpora al art.12 de la Ley 23.660 el hoy famoso inciso i), que permite recibir en forma directa los aportes y contribuciones de la seguridad social a todas las empresas de medicina prepaga.

Siempre es mejor una mala noticia que la incertidumbre

Comenzamos el año con más **dudas** que certezas, no teníamos conocimiento de **¿cómo, cuándo y qué porcentaje aumentar?**, **¿cómo iba a funcionar este nuevo sistema con el ingreso de las empresas de medicina de prepaga?**, **¿cómo se instrumentaría?**, **¿qué pasaría con las triangulaciones existentes?** Si la inscripción sería voluntaria y **¿quiénes se inscribirían?**, entre otras grandes dudas.

En el mes de enero de 2024 y teniendo en cuenta la situación descripta en el tercer párrafo de este artículo, todos los financiadores nos veíamos obligados a tomar la decisión de cuál sería el porcentaje adecuado de aumento a fin de regularizar el significativo atraso en las cuotas. Si bien a esta altura de los acontecimientos estábamos liberados con respecto a los precios, debíamos ser sumamente prudentes ya que no era posible de una sola vez recuperar todo lo perdido.

Los economistas más reconocidos pronosticaban para enero 2024 una inflación del costo de vida del orden del 35%. En ese contexto era razonable aplicar un aumento cercano al 40% a fin de recuperar 5 puntos las cuotas atrasadas a ese momento. Esta dinámica continuó en los meses subsiguientes agregando una porción mínima de aumento sobre el índice de costo de vida, con el único propósito de recuperar el atraso.

Por consiguiente, si las cuotas resultaron solo incrementadas por el índice de costo de vida del año, el atraso acumulado por décadas no fue compensado de forma alguna. Adicionalmente todos los financiadores habían acordado transferir el 90% de los incrementos a los prestadores, redundando esta situación en un perjuicio aun mayor para la mayoría de los financiadores que optaron por reducir las cuotas.

Avanzando el año y como consecuencia de que las empresas de medicina prepaga no se inscribían en el famoso inciso i), el gobierno, mediante decreto, ordenó el ingreso en forma obligatoria.

Es menester remarcar que el 2024, que se nos está yendo, fue por un lado de **grandes cambios**, pero también de una **gran incertidumbre**.

Muchas cosas por mejorar (entre muchas más)

No podemos eludir el hecho que hay muchas cosas **que deberíamos mejorar**, en primer lugar, mejorar el atraso de las cuotas que como mencioné anteriormente hoy estamos en peor situación que al comienzo de año.

Y, además, en forma conjunta, deberíamos trabajar en exponer firmemente que es necesario reducir los costos prestacionales:

- Fundamentalmente el costo de los medicamentos de alto precio y baja incidencia, ya sean nacionales o importados, que en su gran mayoría son ofertados por un solo laboratorio, donde no hay otra alternativa de compra.
- La judicialización vía amparos, que no nos dan ninguna posibilidad de defensa ya que los jueces generalmente fallan en función de las indicaciones del médico tratante sin que nuestras opiniones sean tomadas en cuenta.
- Otro tema que hemos tratado ininidad de veces es cuál es el motivo por el cual los gastos de traslado y educación de los discapacitados deben ser solventados por el sistema de salud.
- La incorporación de nuevas tecnologías y la incorporación de nuevas patologías siempre más costosas sin tener en cuenta las forma de financiación.
- También deberíamos mejorar los pagos de SURGE que cada vez son más escasos y con un retraso en los pagos cada vez más extensos.
- Revisar el porcentaje de distribución del SUMA que fue reducido del 5% al 3% del total de la recaudación.
- El trabajo informal y la reducción de los salarios reales es otro tema que también afecta a los ingresos de nuestras instituciones.

Un deseo, una esperanza para el próximo año

La verdad absoluta, la solución y el remedio no es propiedad de una persona ni de una parte del problema. Por esa razón es que, como partícipe del sistema de salud desde hace tantos años, tengo la esperanza que en este nuevo año todos los interesados en poder resolver definitivamente los problemas de la salud en la Argentina nos pongamos a trabajar sin mezquindad, sin política y poniendo toda nuestra experiencia, inteligencia y esfuerzo para solucionarlos.

Cuando digo a todos me refiero al Ministerio de Salud, a la Superintendencia, a los prestadores, a los financiadores y a todos los que de un lugar u otro están al servicio de esta magnífica obra de ayudar a la gente en un tema tan crítico como la salud humana.

A pesar que existen innumerables temas a ser tratados, propongo para empezar con estos tres ítems que, a mi criterio, son prioritarios:

- Crear una Agencia de Tecnología Médica que reúna a altas personalidades con el fin de asistir con opiniones técnicas y **vinculantes a los jueces**, a los efectos que al dictar sus fallos cuenten con evidencia científica que les permita emitir resoluciones lo más cercanas a la equidad posible.
- Que no se autoricen prestaciones médicas sin tener en cuenta su financiación.
- Y por último derivar los gastos de prestaciones de educación y transporte a los organismos correspondientes, quitando dichas erogaciones del sistema de salud.

Muchas gracias, felicidades para todos y que se cumplan todos los objetivos profesionales y personales. ■

(*) Miembro del Consejo Directivo de FAOSDIR (Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección) y Gerente General de la Obra Social William Hope.

Nueva App UOCRA

La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic
de distancia!



Disponible en:



¡Ingresá al
mundo UOCRA
estés donde estés!

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



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

TIEMPOS DE BIENESTAR E INNOVACIÓN EN SALUD



Por el Dr. Fernando Werlen (*)

Un repaso desde SanCor Salud sobre cómo la tecnología, la adaptabilidad y el compromiso impulsan el futuro del sector de la salud. Sin perder de vista lo complejo del contexto y la importancia de poner a las personas en el centro de la escena.

La innovación, la IA y sus posibilidades, el análisis de la información y los datos está redefiniendo la salud como la conocemos. Entendemos que se viene una nueva era para la salud. En los últimos años, avances que antes parecían lejanos se volvieron realidad, y hacia adelante, el cambio promete ser aún más radical.

Desde la tecnología aplicada a la atención médica hasta nuevos modelos de gestión, el sector vive un momento de transformación que exige un equilibrio delicado: responder a las expectativas de los usuarios, mantener la humanidad, y aprovechar los saltos de calidad que traen consigo los desarrollos tecnológicos.

El presente de la salud es la evolución constante. Y para ello necesitamos empresas que se adapten a los cambios requeridos. Por supuesto que el liderazgo en este contexto adquiere un rol fundamental y SanCor Salud se posiciona como una compañía líder al respecto. La flexibilidad y la capacidad de adaptación son cualidades indispensables para guiar estos procesos de cambio.

Escuchar activamente, integrar perspectivas diversas de equipos interdisciplinarios e intergeneracionales, y diseñar estrategias conjuntas son claves para afrontar un escenario que no solo demanda respuestas rápidas, sino también soluciones innovadoras y sostenibles.

Hoy, desde SanCor Salud, brindamos servicios de alta calidad a más de 800.000 personas que nos eligen para cuidar aquello que es tan importante: su salud. Entendemos tal como esboza nuestro slogan que “la buena salud es todo”, y por ello queremos estar cerca de quienes nos eligen y quienes todavía aún no lo hicieron.

Salud en la agenda de todos

En un país tan extenso en su geografía y diverso como la Argentina, la salud debe ocupar un lugar central en las políticas públicas. La articulación entre los sectores público y privado, junto con inversiones estratégicas en infraestructura, medicamentos y tecnología, puede garantizar una atención de calidad para todos, y así debiera ser.

Sin embargo, las barreras no son menores: el aumento sostenido de costos en insumos médicos, la falta de previsibilidad económica, la inestable claridad sobre las reglas del mercado además de políticas que deben ser revisadas y redefinidas, y por supuesto las desigualdades regionales son desafíos constantes. Para superarlos, resulta esencial unificar criterios de abordaje generando así un efecto positivo en el consumo de servicios de salud.

Asistimos a tiempos de una medicina del deseo. Donde se le pide al rubro que pueda con todo, que ocupe todos los espacios posibles y responda a cientos de necesidades. Pero eso no será posible si no aparamos esfuerzos entre diferentes sectores de la cadena para poder responder con las expectativas que se vislumbran.

¿Qué tipo de salud necesitan y quieren los argentinos? Para responder esa pregunta es importante combinar fuerzas de todos los sectores y seguir fortaleciendo un sistema que debe dar respuestas sobre algo tan preciado.

SanCor Salud en el futuro

Desde SanCor Salud, apostamos a consolidar nuestro liderazgo, enfocándonos en la innovación como motor para redefinir la experiencia de nuestros asociados y prestadores. Como siempre, el asociado está en el centro de la escena, pero también contemplamos a todos los actores de la cadena, para que ello funcione. Herramientas como la telemedicina y la atención personalizada, tanto virtual como presencial, seguirán siendo pilares para acercar soluciones accesibles, incluso y mucho más en las regiones más remotas del país.

Este cambio es especialmente relevante para acortar distancias y ampliar oportunidades de acceso, sobre todo en aquellos lugares en los que faltan médicos especialistas.

En un escenario tan dinámico, el avance tecnológico impulsa mejoras en el modelo de atención. La inteligencia artificial, por ejemplo, está comenzando a transformar la manera en que se brinda atención médica, ofreciendo soluciones más rápidas y precisas, que impactarán en diferentes especialidades, ya sea en el análisis de los datos y la gran cantidad de información disponible, así como la posibilidad de someterse a cirugías digitadas por un robot.

SanCor Salud cerró un año desafiante, reafirmando su compromiso con la calidad y la accesibilidad. Miramos al futuro con el objetivo de fortalecer nuestro modelo de bienestar integral y diversificar estrategias que trascienden la salud, proyectando la compañía hacia el 2030. Nuestras proyecciones son a largo plazo y en ese sentido nos enfocamos en seguir con el crecimiento hacia el millón de asociados.

En 2025, reafirmamos nuestro propósito de ser un referente en el cuidado de la salud en la Argentina. Seguiremos trabajando para que nuestros servicios lleguen a cada rincón del país, apostando a la innovación y al bienestar. ■

(*) Director General de Grupo SanCor Salud.



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

VISIÓN FEDERAL: EL ROL DE CEMPRA EN TIEMPOS DE REORDENAMIENTO, TRANSFORMACIÓN Y DESAFÍOS



Por el Cdr. Carlos Righi (*)

2024 fue un año desafiante para toda la Argentina y el sector de la medicina privada no fue ajeno al contexto general. La complejidad de la colisión de un sistema hiper regulado a otro desregulado, nos obliga y desafía a tener la palabra EFICIENCIA como palabra de cabecera en la gestión. Quien no sea eficiente, difícilmente salga airoso de esta competencia.

Una de las complejidades que encontramos son los estados económicos o de situación. Con márgenes positivos mínimos, o como en la mayoría de los casos deficitarios, atravesar este reto que se nos presenta se hace aún más difícil. El sistema hay que sanarlo o sanearlo, mejor dicho.

Las profundas reformas que está impulsando el gobierno en todos los ámbitos, y particularmente en el sistema de salud, plantea el desafío de repensar el modelo de negocio para la sustentabilidad, pone a prueba la capacidad de adaptación de las empresas y también la capacidad de detectar y aprovechar las oportunidades de crecimiento.

En este escenario nacional, CEMPRA fue un polo de atracción para entidades pequeñas y medianas de todo el país que se fueron sumando a la Cámara, hallando un espacio de intercambio de conocimiento en gestión, información y experiencias. Desde la Cámara se trabajó para que nuestros miembros tuvieran las herramientas para evaluar, analizar técnicamente, tomar decisiones y poder adaptarse a las nuevas normativas teniendo en cuenta cada realidad regional.

Hoy, CEMPRA es la única Cámara empresaria con representación federal. Las empresas y entidades que conforman CEMPRA no solo tienen relevancia a nivel sanitario y económico para sus comunidades en diversos puntos del país, sino que también cumplen un importante rol social, siendo varias de ellas mutuales, hospitales de comunidad y organizaciones de la sociedad civil.

Agentes del Seguro de Salud

La inscripción al RNAS es este año uno de los principales desafíos para el sector. Planteó -y continúa haciéndolo- inquietudes y dudas acerca de los requisitos, el mecanismo del sistema, pero también incertidumbre sobre las consecuencias de tal decisión.

Una de las primeras entidades que se sumó voluntariamente al Registro es miembro de CEMPRA y compartió desde el principio con los demás integrantes los conocimientos que iba adquiriendo en el proceso de incorporación como Agente del Seguro de Salud, abriendo el camino para que, cuando la inscripción meses después se hizo obligatoria, para las que recibieran aportes de empleados en relación de dependencia, los otros miembros de la Cámara tuvieran información sobre cómo proceder. Esta generosidad en compartir información es otro signo distintivo de CEMPRA.

Hay consenso en las entidades que conforman CEMPRA en acompañar las medidas de reordenamiento que está estableciendo el Ministerio de Salud en el sistema con el fin de eficientarlo.

Entendemos que nuestro rol es contribuir técnicamente a ese ordenamiento conteniendo a las pequeñas y medianas empresas de todo el país para que puedan enfrentar las amenazas que puede presentar una transformación radical del sistema y asistirles en todo aquello que les permita encarar estrategias para seguir siendo competitivas y que puedan convertir esas amenazas en oportunidades.

Formamos una amplia red de empresas pequeñas y medianas, en cada punto del país, con una oferta muchas veces local o regional de cobertura de salud, siendo fuente de miles de puestos de trabajo, configurando esto en algo saludable para las comunidades y para el país.

La reestructuración y la reparación de las distorsiones del sistema de salud para lograr su sustentabilidad debería ahora hacer foco principalmente en el segmento de los medicamentos.

Esta variable dentro del total del gasto prestacional de una empresa o entidad de medicina prepaga alcanza actualmente porcentajes promedio del 40%. Los medicamentos de alto precio representan hoy la mitad del gasto. Hace apenas diez años su incidencia se reducía a la mitad.

Estos medicamentos tuvieron un aumento promedio de 305,20% en el período septiembre 2023-septiembre-2024, por arriba de los aumentos de la medicina prepaga (IPC prepagos GBA 271.9% -Fuente: UAS) y también del índice inflacionario del mismo período (209%).

Las distorsiones en la legislación, con leyes por enfermedad y la expansión sin límites del PMO que llevaron a una industria del juicio y el amparo, constituyendo un factor determinante del desfinanciamiento tanto del sector privado como del sector público de la salud.

Para reequilibrar el sistema, queda pendiente una exhaustiva revisión del PMO y definir una evaluación de las nuevas tecnologías que sea vinculante, así como protocolos de atención de las enfermedades que requieran medicamentos de alto precio.

También será necesario generar herramientas como las compras conjuntas público-privadas para la negociación de precios y eventualmente la importación directa, con las garantías de calidad y trazabilidad correspondientes.

Estas medidas se requieren también para sanear la economía de las prestaciones, reequilibrando el gasto en el segmento de los medicamentos ambulatorios. Según un relevamiento del Centro de Economía Política (CEPA), entre febrero de 2023 y febrero de 2024, hubo subas promedio del 474% y se registraron picos del 538%.

Y se deberían evaluar también medidas para los insumos médicos, que desde septiembre de 2023 a septiembre de 2024 cuadruplicaron sus precios (348,20%), también por encima del aumento de cuotas de las prepagas y de la inflación medida por el INDEC.

Estas variables son especialmente distorsivas y amenazantes para el futuro de las pequeñas y medianas empresas financiadoras del interior del país, que vienen soportando, además, altas cargas tributarias locales y tensas negociaciones con los prestadores.

Es esperable que el reordenamiento del sistema que está encarando el gobierno, logre recomponer estas distorsiones, le devuelvan sustentabilidad y equilibrio, para poder enfrentar los desafíos sanitarios que requieren atención y presupuestos sólidos. Que todo esto configure una mayor expectativa de vida para aquellos con patologías crónicas, enfrentar endemias y pandemias, en línea con la llegada de nuevas tecnologías de alto costo. ■

(*) Coordinador de la Comisión de Contadores de CEMPRA (Cámara de Entidades de Medicina Privada).

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

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



ASOCIACIÓN DE
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad



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

Nº de inscripción en SSN
0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

LAS PREPAGAS EN EL BANQUILLO DE ACUSADOS



Por el Lic. Patricio Pasman (*)

Termina un año en el cual las Entidades de Medicina Prepaga estuvieron en el banquillo de acusados. Fueron criticadas e insultadas desde todos lados. No es algo nuevo, claro. Sin embargo, nunca se había llegado a semejante nivel de agresión desde tantos lugares distintos.

Funcionarios, legisladores, medios de comunicación, afiliados y no afiliados, médicos y prestadores en general, fueron todas voces críticas que fuimos escuchando en el 2024, y especialmente muy duros desde el anonimato del mundo de las redes sociales. En enero incluso, fue escrachado en un restaurante el dueño de una de las principales prepagas de la Argentina. Una vergüenza.

Varios representantes del sector acudieron a medios de comunicación con las explicaciones y números que mostraban como había llegado el sector a diciembre de 2023 después de años de “populismo a las clases medias altas”.

Era imprescindible corregir esto lo antes posible. Un director de una importante y prestigiosa clínica de Capital, en diciembre de 2023 me decía muy apenado: “... *Pato, estamos al borde de la mala praxis todos los días...*”.

Se presentaron distintos cuadros y gráficos muy claros y contundentes mostrando el enorme atraso en las cuotas y, por ende, en los valores que se pagaban a médicos y sanatorios. Fue en vano. **Las prepagas eran y son los “malos de la película”.** Cosa juzgada. “No más pruebas, señor Juez”.

El director ejecutivo de United Healthcare, Brian Thompson, fue asesinado a tiros en el centro de Manhattan, aparentemente con mensajes en las balas y casquillos que decían “retrasar, negar, defender”. Es el título de un libro escrito en 2010 por Jay Feinman que critica fuertemente a las aseguradoras de salud.

Tras conocerse la identidad del asesino, Luigi Mangione, y su perfil ideológico, las redes sociales se han inundado de comentarios que no solo no condenan las acciones del joven, sino que justifican el crimen.

“Sinceramente, sí, estuvo mal por su parte tomarse la justicia por su mano, pero el director general abandonó a sabiendas a quienes necesitaban la ayuda de sus seguros y estafó cientos de miles de dólares cada año, así que es tan culpable como su propio asesino”, escribió un usuario en X, respondiendo a una publicación sobre Luigi Mangione, repostado luego por miles de usuarios.



Un poster a favor de Luigi Mangione se observa fuera del hotel Hilton Midtown de Nueva York, donde fue el crimen del Ceo de UnitedHealthCare (AP Photo/ Julia Demaree Nikhinson).

No solo en nuestro país las prepagas son los “malos de la película”.

Declaraba hace tres meses el primer ministro británico Keir Starmer, que el Servicio de Salud (NHS) de Reino Unido reconocido mundialmente como uno de los mejores sistemas de salud del mundo, atraviesa una de las peores crisis de su historia. Un informe reveló el estado siniestro del sistema de sanidad, que estaría provocando miles de muertes al año.

En España creció en los últimos años del 21 al 29% las personas que compran seguros privados de salud como complemento del sistema público. La queja fundamental son las largas listas de espera. En Madrid miles de médicos se manifestaron en las calles pidiendo por mejoras en sus ingresos.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) expresa con total claridad: “ningún país, por más rico que sea, está en condiciones de proveer a toda la población todas las tecnologías o intervenciones que podrían mejorar la salud o prolongar la vida”.

Recursos finitos y demandas infinitas. Esto sucede en todas las coberturas de salud del mundo, estén a cargo de países, provincias, mutuales, seguros privados o prepagas.

El 20 de diciembre de 2023 el flamante nuevo presidente argentino en su primera cadena nacional declaró que habría libertad de precios a las prepagas. Esa misma mañana se había publicado un Decreto de Necesidad y Urgencia, el ya famoso DNU 70/23, que eliminaba el requisito de la aprobación del Estado (Ministerio de Salud) para el aumento de las cuotas que abonaban los usuarios de la medicina prepaga.

Pese a que solo el 16% más rico de la Argentina goza, o como piensan algunos “sufre”, de tener la cobertura médica de una prepaga, la libertad de precios surgió como uno de los grandes ejes del plan de gobierno. Del sistema de salud del restante 84% de los argentinos, poco y nada se dijo al respecto.

La libertad de precios, como canta el gran Sabina, “*duró lo que duran dos peces en un whisky on the rocks*”. El 8 de febrero, a menos de 40 días de esa cadena nacional, el ministro de Economía declaró en un tuit. “Las prepagas le están declarando la guerra a la clase media. Nosotros desde el gobierno, vamos a hacer todo lo que esté a nuestro alcance para defender a la clase media”.

Las clases medias altas, mayormente votantes de LLA, según las encuestas de opinión pública, estaban de acuerdo

mayormente con las políticas del gobierno menos con lo que refería a los aumentos de las prepagas. “*Está todo bien, bancamos el ajuste, pero no me dejen sin mi prepa...*”. Siguiendo con las metáforas “rockeras”, como ironizaba Charly durante la guerra de Malvinas, “*pero no bombardeen Buenos Aires...*”.

Durante esos meses las prepagas fueron “trending topic” en redes sociales y medios de comunicación. La cobertura del 16% más rico de la Argentina pasó a ser un tema dominante en la opinión pública. “*Van a dejar a la gente sin cobertura médica*”, repetían en varios medios comunicadores con un total desconocimiento del sistema de salud argentino.

Los 47 millones de argentinos (y también extranjeros...) tenemos cobertura médica a través de la red de hospitales públicos. Además, todos aquellos que tienen un empleo formal, complementan esa cobertura con una obra social que es de afiliación obligatoria.

Según el muy buen trabajo que año a año realiza la consultora Prosanity junto con IPEGSA, solo el 24% de las obras sociales (19% de los beneficiarios) tienen la posibilidad de cubrir el PMO sin contar gastos de administración.

“*Pará, pará...*” diría un famoso entrevistador de TV, “*¿Vos me estás diciendo que en el sistema de seguridad social hay más de 12 millones de personas que pese a tener un empleo formal, su obra social no dispone de los recursos mínimos para cubrir un Programa Médico Obligatorio?*”.

Así es. Según el informe realizado por esta Consultora, el aporte promedio por persona de las obras sociales nacionales es de \$ 32.816 y el costo mínimo del PMO es de \$ 42.000. De esto no se habla. Ni en los medios, ni en cadena nacional, ni en los tuits.

Tampoco de las enormes dificultades que atraviesa el sistema público, que es adonde acceden como única cobertura médica aquellos que no tienen un empleo formal y no pagan un plan privado. Esto suele ser, según los distintos estudios, la población más vulnerable del país. Pero los aumentos de las prepagas siguen siendo “trending topic”...

No es la idea del artículo victimizar al sector sin hacer una autocrítica. Sería muy tonto creer que todas las críticas son injustas. Es necesario escucharlas y evaluar muchas de ellas para aprender y mejorar. Se han cometido muchos errores. Hay mucho trabajo por hacer, especialmente en temas de comunicación.

El populismo nos ha hecho daño. Esta idea que todos tenemos derecho a que nos cubran todo con los mejores servicios posibles sin pagar los costos correspondientes se incorporó al pensamiento general. Nos pasó con las tarifas de gas y luz, con el costo del transporte y, aunque suene extraño, también con las cuotas de la medicina prepa.

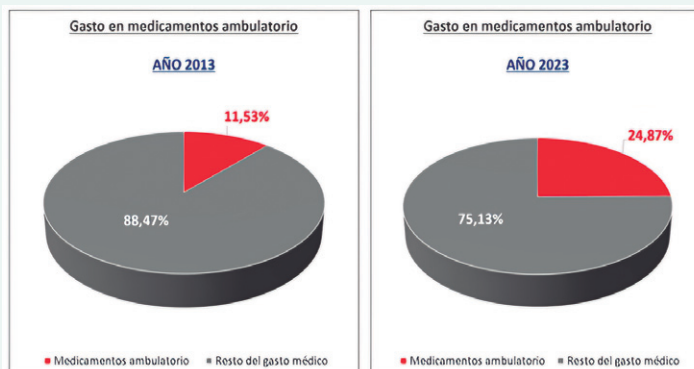
“*En economía se puede hacer cualquier cosa, menos evitar las consecuencias*” es una frase popularizada por Paul Samuelson y atribuida a John M. Keynes. El deterioro de los servicios, la escasa remuneración a los profesionales, el menor tiempo de atención en las consultas médicas, la demora en los turnos, el cobro indebido de dinero por parte de médicos o instituciones; son solo algunas de las consecuencias del control de los precios de las cuotas.

El crecimiento del gasto en medicamentos ambulatorios, incluidos los de alto precio, es cada vez más difícil de financiar. Con información real de la evolución del gasto en medicamentos en los últimos 10 años de cinco importantes prepagas de más de 200 mil afiliados cada una, el incremento fue del 116%.

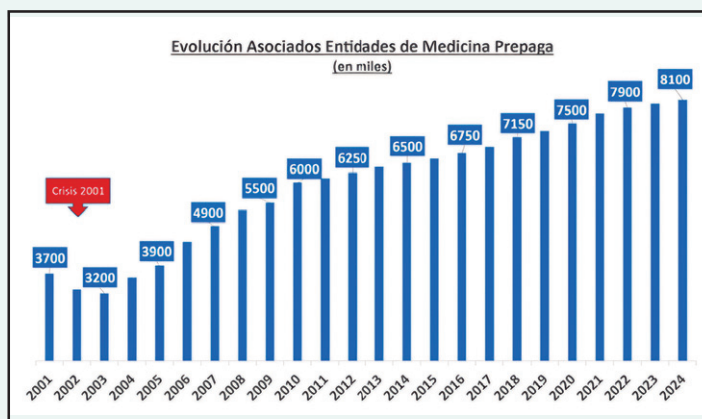
En el año 2013 el porcentaje del gasto correspondiente a los medicamentos ambulatorios sobre el gasto total era del 11,53%. En el 2023 fue del 24,87%.

La matemática en esto es cruel. Por un lado, la torta para

distribuir es más pequeña. Por el otro, al ser más grande la porción de la torta que va a los laboratorios, indefectiblemente se achica la porción restante para el resto de las prestaciones. Por ejemplo, para honorarios de los profesionales médicos. También en estos últimos 10 años el gasto en prótesis pasó del 3 al 5%.



Pese a ser “los malos de la película”, paradójicamente el sector año a año crece en cantidad de afiliados. Incluso en este complejo año que finaliza. Según el relevamiento que realiza mi consultora los meses de diciembre de cada año, actualmente hay más de 8 millones de personas que pagan todos los meses, ya sea en forma total directa o en parte con sus aportes y contribuciones de ley, la cobertura de una prepa. En el año 2002 el sector tenía un poco más de 3 millones de afiliados. Rarezas que suceden en un sector tan criticado.



En 1957 se publicó la famosa novela de Ayn Rand “La rebelión de Atlas”. La trama consiste en manera muy resumida en la acción de un grupo de fuertes empresarios de los Estados Unidos que, ante el avance del intervencionismo estatal, cada vez más asfixiante, abandonan sus empresas y se retiran a un valle oculto a esperar que se derrumbe todo a causa de la incapacidad de los burócratas. Si las prepagas son el problema del sistema de salud argentino, podría evaluarse una alternativa similar.

Quizás, como se describe en la genial novela de Rand, este sector tan vapuleado comience a ser valorado en los esfuerzos que hace para dar una amplia cobertura médica de calidad.

O quizás no, y habremos resuelto uno de los problemas del sistema de salud argentino. ■

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

TIEMPO DE BALANCES



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

Termina el año y los seres humanos tenemos la costumbre de hacer un balance sobre su resultado, es decir, qué tenemos en él debe y qué en el haber de nuestra vida personal y laboral.

En este artículo, no realizaremos una evaluación minuciosa de cada “entrada” o “salida” que se ha producido en la “contabilidad” del Sistema de Salud durante este período de tiempo, como si se tratara de asientos contables, pues en diversos números de esta revista fuimos volcando nuestra opinión acerca de cada una de las reformas normativas que fue emitiendo el gobierno nacional en esta materia.

En realidad, queremos, a grandes rasgos, conceptualizar los problemas que, -a nuestro humilde criterio- sufre el sistema referido; y, a su vez, elaborar propuestas que contengan soluciones.

Entendemos, pues ambos fuimos funcionarios públicos, que siempre es más fácil realizar análisis, elaborar propuestas y proyectos desde el llano que desde la propia responsabilidad oficial.

Como seguramente ocurre en otras áreas de la Administración Pública, las decisiones en los temas relacionados con la salud son difíciles de ejecutar. En ocasiones, estos proyectos tienen que ser acompañados por funcionarios de mayor jerarquía que no comparten nuestra visión; o tienen otras prioridades y, consecuentemente, demoran o directamente omiten tratarlos; o su concreción dependen de partidas presupuestarias que no son asignadas; o tienen que ser producto de una ley y conseguir el consenso necesario en el Congreso Nacional para lograrlo nunca es sencillo, etc., etc., etc.

Por ello, formularemos estas propuestas no desde el púlpito del saber; sino como un simple aporte al debate. Consideramos oportuno señalar que ninguna de estas cuestiones fue objeto de tratamiento en la profusa normativa que se emitió durante el 2024.

1º) Financiamiento. En numerosas ocasiones nos hemos referido al tema del financiamiento de las obras sociales nacionales desde distintos ángulos. Como todos sabemos, el financiamiento principal de dichas obras sociales está basado en una fuente **contributiva**; es decir, en la canalización del 3% del aporte del trabajador y del 6% de la contribución del empleador. Resulta sumamente dificultosa la administración de una entidad de salud basada en esta fuente de financiamiento. Lo primero que se nos ocurre para salvar esta situación es pedir un apoyo de los tributos que recauda el Tesoro Nacional. Y

aquí nos encontramos en una situación paradójica. Ello así, pues nosotros queremos pedir ayuda tributaria para el financiamiento de las obras sociales; y, por otro lado, seguramente, tanto el Ministro de Economía de la Nación, como otras áreas de la Administración Pública, se opondrán o retacearán el envío de estos fondos, porque encontrarán otras prioridades, urgencias y compromisos. Más aún, en un país como el nuestro, en donde la crisis económico-financiera es prácticamente permanente, la disponibilidad de tributos para cubrir estos gastos resulta muy difícil. Si este obstáculo apareciere, como muy probablemente suceda, tenemos que encontrar otras variantes que aligieren la carga de las obras sociales. A continuación, enunciaremos algunas de ellas.

2º) Prestaciones de discapacidad. Entendemos que es casi unánime la opinión del sector, acerca de la necesidad de rediscutir el modo en que se deben financiar las prestaciones asistenciales de la discapacidad, básicamente educación y transporte. En la actualidad, el Mecanismo de Integración absorbe prácticamente la totalidad de la recaudación mensual del Fondo Solidario de Redistribución. De este modo, queda un saldo muy mínimo para el reintegro de prestaciones de alto precio. Con respecto a este tema, según afirmaron algunas voces periodísticas, el gobierno nacional tendría la intención de trasladar este costo a las provincias. No parece sencillo que las jurisdicciones acepten pacíficamente esta delegación. Existieron otros proyectos normativos en donde se trasladaba el costo del transporte y de la educación a los respectivos ministerios. Hasta el momento no pudo solucionarse este problema; y, entendemos, todos debemos colaborar en hacerlo.

3º) Fondo Solidario de Redistribución. Como dijimos en el numeral anterior, las prestaciones de discapacidad consumen casi la totalidad de la recaudación del Fondo Solidario de Redistribución. Por ello, creemos que debemos adoptar medidas para que el fondo pueda colaborar con el financiamiento de las prestaciones de alto precio que hoy deben abonar las obras sociales.

4º) Canasta de prestaciones. Tanto la creación como las actualizaciones que se fueron produciendo en el Programa Médico Obligatorio (en adelante, PMO) fueron realizadas por resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud. La naturaleza relativamente menor de lo que es una “resolución” dentro de la pirámide jurídica, la falta de actualización periódica del PMO y la falta de relación -en numerosas ocasiones- entre la prestación incluida en el programa y su financiamiento y desarrollo tecnológico en nuestro país, hace que la canasta de prestaciones carezca de confiabilidad tanto para los actores del Sistema, como para los propios jueces. Por ello, proponemos que es necesario que sea una ley la que consagre la obligación de brindar a la población amparada por el Sistema Nacional del Seguro de Salud una canasta mínima de prestaciones; y que, luego, por vía reglamentaria, se actualice integralmente transcurrido un período determinado de tiempo. Esta ley debe determinar un equilibrio entre los tres pilares en los que se basa todo sistema de salud basado en una canasta de prestaciones: a. prestación; b. financiamiento; c. tecnología. Como dijimos antes, sabemos que la obtención de la sanción de una ley en Argentina es sumamente dificultosa, más aún teniendo en cuenta el grado de consenso que se requiere para ello, frente a una sociedad -reflejada en el Parlamento- lamentablemente crispada. Aun así, creemos que son temas que tenemos que empezar a debatir para poder resolverlos.

“ Como seguramente ocurre en otras áreas de la Administración Pública, las decisiones en los temas relacionados con la salud son difíciles de ejecutar. En ocasiones, estos proyectos tienen que ser acompañados por funcionarios de mayor jerarquía que no comparten nuestra visión; o tienen otras prioridades y, consecuentemente, demoran o directamente omiten tratarlos; o su concreción dependen de partidas presupuestarias que no son asignadas; o tienen que ser producto de una ley y conseguir el consenso necesario en el Congreso Nacional para lograrlo nunca es sencillo, etc., etc., etc. ”

5°) Medicamentos de alto precio. Existe una realidad mundial que indica que, el costo de las prestaciones de salud, sufren aumentos superiores a la propia inflación de los países. Además, cada vez más medicamentos de alto costo tienen valores que son imposible de afrontar por financiadores. Por ello, sugerimos que, como ocurre en otros países de Sudamérica, algunos de estos medicamentos sean financiados total o parcialmente por el Estado Nacional y, por otro lado, que el

gobierno fomente el trabajo compartido con el sector privado para obtener productos útiles para la sociedad y a precios más accesibles.

6°) Jubilados. La situación de los jubilados que deben pasar a recibir prestaciones médico-asistenciales al PAMI y no desean hacerlo es uno de los temas más preocupantes del Sistema. Las estadísticas que se desprenden de la base de datos de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, demuestran que, en los últimos años, la principal causa de la judicialización de las cuestiones relacionadas con la salud, están vinculadas a esta situación. Estamos convencidos que también tenemos que rediscutir la atención de los jubilados por parte de las obras sociales. Desde el punto de vista del beneficiario, no parece razonable que después de haber permanecido durante años en determinada obra social, en el momento de la vida que más necesitamos atención médica nos veamos obligados a abandonarla y pasarnos a un financiador que no elegimos. A su vez, tampoco parecer razonable que la obra social tenga que afrontar un costo de atención desproporcionado con respecto a sus ingresos. Sugerimos que se le canaliza a cada obra social la cápita que cada jubilado tiene asignada por el PAMI. Así, las obras sociales podrían brindar esta cobertura y el beneficiario podría quedarse en la obra social de la que no se quiere ir.

Toda esta temática impacta directamente en una mejor cobertura médico-asistencial que recibirán los beneficiarios, quienes no han recibido, hasta ahora, medidas que impacten en una mejora de su situación asistencial; y que, además, se han visto sometidos al pago de cuotas más elevadas que el resultado anual del ajuste por inflación.

Sin la pretensión de ser taxativos, simplemente planteamos algunos temas que nos parecen importantes comenzar a debatir en nuestro Sistema Nacional de Obras Sociales. ■



www.sanidad.org.ar

EL DERECHO A LA SALUD EN ARGENTINA Y LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS POR EL PODER JUDICIAL



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

En la Argentina, el Poder Judicial ha establecido límites al derecho a la cobertura de salud a través de diversos fallos que buscan equilibrar los derechos individuales con el interés general, los recursos disponibles y las obligaciones de los sistemas de salud.

La Corte Suprema fijó su postura en diversos fallos entendiendo que los reclamos de cobertura médica deben ser proporcionales a las necesidades y recursos del sistema de salud. Esto implica que el derecho a la salud no puede interpretarse como ilimitado, especialmente en casos donde los costos pueden comprometer la sostenibilidad del sistema.

El Máximo Tribunal se expidió en causas en donde se discutía el alcance de la cobertura de medicamentos o tratamientos experimentales que no estén aprobados por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) o que no cuenten con evidencia científica suficiente.

A estas causas, se le suma el reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la causa “L., M. y otros c/ OSDE y otros/ Prestaciones quirúrgicas” que invita a reflexionar sobre el alcance del derecho a la salud, las limitaciones del sistema de seguridad social argentino y el papel del Poder Judicial en la protección de derechos constitucionales. Este caso, que involucró la solicitud de cobertura de un procedimiento quirúrgico en el extranjero, expone nuevamente las tensiones entre el acceso a derechos fundamentales, la razonabilidad de los costos y la interpretación de las normativas aplicables.

En esta nota, analizaremos los aspectos más relevantes del fallo, desde una mirada jurídica, pero poniendo énfasis en cuestiones éticas y sociales que subyacen en esta decisión, y los desafíos que enfrenta el sistema de salud argentino en casos complejos como este.

El fallo mencionado surge como consecuencia de la solicitud de cobertura requerida por los progenitores de un menor de edad, diagnosticado con agenesia de arteria pulmonar derecha, una condición catalogada como enfermedad poco frecuente.

Los padres del niño interpusieron un amparo judicial a fin de obtener por parte de su obra social (OSDE) y la Caja de Seguridad Social para Escribanos, la cobertura de una intervención quirúrgica a realizarse en el Boston Children’s Hospital (BCH), esgrimiendo que no existían otras alternativas terapéuticas viables en la Argentina.

La Cámara Federal de Apelaciones de La Plata falló inicialmente a favor de los demandantes, destacando la urgencia del caso y el carácter fundamental del derecho a la salud. Sin embargo, la Corte Suprema revocó esta decisión, basándose en que los financiadores ofrecieron alternativas locales que no fueron adecuadamente consideradas por la instancia inferior.

El análisis de este fallo debe partir de las normas vigentes que regulan el derecho a la salud y las prestaciones sociales en la Argentina:

1. Constitución Nacional (CN):

- **Art. 14:** derecho a la salud como parte del derecho a trabajar, aprender y vivir dignamente.
- **Art. 75 inc. 22:** incorporación de tratados internacionales que garantizan el acceso a la salud, como la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- **Art. 19 y 28:** límites razonables al ejercicio de derechos, siempre que no se altere su sustancia.

2. Ley N° 24.901:

regula las prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación a favor de personas con discapacidad, estableciendo que estas deben realizarse en el país, salvo excepciones justificadas.

3. Ley N° 26.689:

promueve el cuidado integral de personas con enfermedades poco frecuentes, priorizando la detección temprana y el tratamiento adecuado. No obliga explícitamente a financiar procedimientos fuera del territorio nacional.

4. Tratados Internacionales:

- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 12):** derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.
- **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad:** garantiza que las personas con discapacidad puedan acceder a servicios de salud sin discriminación.

El fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación:

La Corte Suprema destacó la importancia del derecho a la salud como un derecho de raigambre constitucional, pero subrayó que este no es absoluto. Argumentó que las prestaciones deben ajustarse a las normativas y que el sistema de salud tiene limitaciones de recursos que no pueden ser ignoradas.

Hizo especial hincapié en la razonabilidad de la cobertura, y concluyó que la cobertura en el extranjero no era imprescindible, ya que las demandadas ofrecieron alternativas locales viables. Este razonamiento se basó en informes médicos y pericias que indicaban que la intervención podría realizarse en instituciones argentinas como la Fundación Favalaro o el Hospital Italiano.

El tribunal sostuvo que la sentencia previa fue arbitraria al desestimar pruebas y argumentos que acreditaban la idoneidad de los centros locales para realizar el procedimiento. En este punto resaltó la contradicción de la Cámara, quien sostuvo que los demandados no aportaron pruebas que acreditaran que la práctica podía ser llevada a cabo en el país ni que ello conllevaría costos mucho mayores, pero al mismo tiempo desestimó la producción de prueba ofrecida por las Entidades.

La decisión también tuvo en cuenta la sostenibilidad económica del sistema de salud, señalando que obligar a financiar procedimientos costosos en el extranjero podría poner en riesgo a otros beneficiarios.

Cuestiones éticas y sociales

El caso plantea importantes dilemas éticos y sociales relacionados con el acceso a derechos fundamentales y la distribución equitativa de los recursos.

Si bien el derecho a la salud es un pilar esencial de los derechos humanos, su ejercicio no puede desestabilizar el sistema de salud en su conjunto. ¿Es justo que se prioricen tratamientos costosos en el extranjero para un individuo cuando esos recursos podrían beneficiar a múltiples pacientes en el país?

Este caso pone de manifiesto las desigualdades en el acceso a tratamientos de alta calidad, que muchas veces dependen del poder adquisitivo o la capacidad de litigar de los pacientes.

Implicancias del fallo para el sistema de salud

El fallo tiene repercusiones significativas para el sistema de salud argentino:

Por un lado, sienta un precedente jurídico, ya que podría limitar futuros reclamos de cobertura para tratamientos en el extranjero, fortaleciendo la posición de las Entidades proveedoras de coberturas médicas, sean obras sociales o de medicina prepaga.

Otro aspecto relevante es atender la sostenibilidad económica y financiera de las Entidades. Al priorizar tratamientos locales, que en principio redundan en menores costos, no solo se protege la estabilidad económica de las instituciones que brindan servicios de salud, sino también se garantiza la cobertura del resto de la población beneficiaria.

Finalmente cabe agregar que este tipo de decisiones fortalecen la confianza de los usuarios en los prestadores locales, una especie de certificación de calidad de los tratamientos disponibles en el país, para evitar futuras controversias.

Como conclusión de lo resuelto en el fallo “L., M. y otros c/ OSDE y otro” podemos señalar que se evidencia un esfuerzo por equilibrar derechos fundamentales y limitaciones prácticas. Si bien es comprensible la decisión de priorizar la sostenibilidad del sistema, evaluando alternativas médicas de similares características y calidad, también deja una sensación de insatisfacción para quienes consideran que el derecho a la salud debe ser absoluto.

Dejando de lado el análisis puntual del fallo y abordando la cuestión desde una perspectiva más amplia, sobre todo si tenemos en cuenta que nos encontramos en un contexto de evolución acelerada de las tecnologías sanitarias, podemos concluir que estas innovaciones, enfrentan una barrera crítica: el acceso limitado debido a la falta de financiamiento por parte de los proveedores de salud.

En un mundo globalizado, es imperativo que la jurisprudencia no solo se enfoque en garantizar la cobertura, que en la mayoría de los casos parece estar disponible en la actualidad, sino también que el abordaje sea integral, cuidando los recursos existentes, atendiendo las demandas de los beneficiarios, pero que también protegiendo a aquellos que lo necesiten en el futuro.

Para que el sistema de salud sea sostenible en el tiempo tenemos que articular las tres patas de la mesa de modo balanceado: prestación, tecnología, financiamiento.

Es sabido que estos “límites” a la cobertura integral de salud, establecidos por el Poder Judicial, buscan garantizar que el sistema de salud sea sostenible, mientras se intenta proteger el derecho a la salud de las personas bajo criterios de razonabilidad y proporcionalidad.

Habrà que seguir mejorando las herramientas técnicas disponibles que tienen los magistrados para apoyar sus decisiones, sobre todo si tenemos en cuenta que la judicialización sigue siendo, en muchas ocasiones, un elemento que produce un desbalance entre el derecho a la integralidad de la cobertura de salud y el financiamiento y sostenibilidad del sistema. ■

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



UCA

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2025

GRADO - MARZO 2025

- Medicina
- Odontología
- Licenciatura en Criminalística - **NUEVA**
- Licenciatura en Enfermería
- Licenciatura en Fonoaudiología- **NUEVA**
- Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría
- Licenciatura en Nutrición
- Tecnicatura Universitaria en Hemoterapia e Inmunohematología
- Tecnicatura Universitaria en Laboratorio de Análisis Clínicos
- Tecnicatura Universitaria en Laboratorio de Anatomía Patológica · **NUEVA**
- Ciclo de Licenciatura en Gestión de Servicios de Salud - **NUEVA**
- Ciclo de Licenciatura en Hemoterapia e Inmunohematología - **NUEVA**

MÁS
INFORMACIÓN



LAS ESFERAS DE MAGDEBURGO (ORIGINAL)



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)
dr.mklajman@gmail.com

Los hemisferios de Magdeburgo fueron diseñados en 1654 por el científico alemán y burgomaestre de Magdeburgo, Otto von Guericke, para mostrar la bomba de vacío que había inventado y el concepto de la presión atmosférica.

Magdeburgo es una ciudad de Alemania a orillas del río Elba, capital del estado federado de Sajonia-Anhalt.

El experimento consistía en tratar de separar dos hemisferios metálicos, de unos 50 cm de diámetro, unidos entre sí por simple contacto, formando una esfera herméticamente cerrada, de la que se extraía el aire con una bomba de vacío, por cierto, inventada por el propio von Guericke.

Para facilitar el cierre hermético de las semiesferas metálicas o hemisferios se disponía de un aro de cuero que se colocaba entre las superficies que se tocaban. Cada hemisferio disponía de varias argollas para pasar cuerdas o cadenas por ellas y así poder tirar hacia los lados opuestos. ⁽¹⁾

Los espectadores quedaron totalmente impresionados al comprobar que diferentes grupos de hombres tirando con todas sus fuerzas hacia ambos lados no conseguían separar los hemisferios. Tampoco pudieron inicialmente separarlos dieciséis caballos, en dos tiros de ocho a cada lado.

Este experimento representaría la situación política Argentina y el momento que vive el sector salud. La esfera representaría la unidad nacional con un plan estratégico a mediano y largo plazo. Los hombres y los caballos que tratan de separarla representan los sectores que pugnan entre ellos y fragmentan nuestra sociedad.

La crisis política hoy

La idea fundamental es que, al transferir los problemas sociales al mercado, la solución y la satisfacción individual de las demandas y las necesidades permiten restablecer el principio de la responsabilidad individual.

Al reemplazar el principio de responsabilidad colectiva por el de responsabilidad individual, se logra un mejor control de uno de los factores más destabilizadores del sistema político y económico. En efecto, se sustrae a la responsabilidad del Estado la obligación de asegurar el bienestar de las personas y, por lo tanto, de ser el instrumento para la resolución de las demandas y las reivindicaciones de los grupos de interés organizados.

Ahora el lugar del Estado es ocupado por el mercado, que, por ser un mecanismo socialmente neutro, devuelve la responsabilidad a los consumidores y restablece la responsabilidad individual. Por esta razón, en última instancia, para los neo-conservadores y los ultraliberales el mercado es la forma verdaderamente eficaz de la autoridad social.

A las variables políticas tradicionales (Estado, sistema político, ciudadanos), se agrega entonces una cuarta: el mercado. Se construye así un sistema de gobierno en el cual el Estado se vuelve independiente de la economía y protector del libre juego del mercado, que le asigna al sistema político un papel de administrador y de control de la acción del Estado.

El mercado se transforma entonces en el campo de lo social, en el cual los intereses y las necesidades de las personas se detectan por sí mismas, ya que el mercado es el único mecanismo capaz de satisfacerlos. ^{(2) (4)}

El sistema de salud y la crisis

En nuestro sistema de salud precisamente, introduce el concepto de que en realidad no se trata de un sistema de salud sino de sistemas prestacionales, típicos de la fragmentación política que se reflejan en espejo en los subsistemas.



Los que tiran para separar un Proyecto de Nación -la esfera de Magdeburgo- son los mismos actores del sistema, la fragmentación creciente de la fragmentación.

Las variables para indicar el funcionamiento han cambiado sustancialmente, se utilizan variables estadísticas desde la econometría, en lugar de las que miden calidad de vida. ⁽³⁾

El sistema de salud no podría estar ausente de las innumerales grietas.

Tras décadas de fragmentación y segmentación crecientes del Sistema de Salud, se debe poner en marcha un proceso que conduzca a una solución estructural: la creación de un Sistema Integrado de Salud.

Se debe comprender que cada sector individualmente devorará al otro y al final del banquete, el sufrimiento del pueblo argentino será la resultante de falta de prestaciones con accesibilidad adecuada. Ni hablar de la falta de calidad que ya se ve en todos los subsectores.

No debemos esperar de parte de este modelo de Estado la puesta en marcha de un sistema Integrado.

Si pensamos que rebajando el presupuesto de nuestras Universidades -y en especial las que correspondan al sector salud con ensañamiento- podremos construir futuro, es una falacia, que va en contra de las políticas del mundo desarrollado.

La integración es -más que nunca- a través de la concurrencia de todos los sectores para ponerse de acuerdo en políticas básicas de complementación, de sinergia y sobre todo de estrategias entre subsectores que puedan contener el gasto, que llevará indefectiblemente a la quiebra del sistema.

Cuando digo **todos** los sectores incluyo a las cámaras prestacionales, a los financiadores -tanto de Obras Sociales Sindicales, así como a la Medicina prepaga-, a los Laboratorios Farmacéuticos, así como a los proveedores de materiales biológicos, a las Asociaciones de Profesionales del arte de

curar, a las Obras Sociales Universitarias, a las Provinciales, etc.

Un **COFESA ampliado**, ya que el modelo en vigencia -de solo los ministerios de salud- nunca sirvió para establecer políticas de salud, ya que deja a innumerables actores fuera y la rectoría del Ministerio de Salud es una ilusión inalcanzable por lo menos hasta ahora... ■

Bibliografía:

(1) Un par de los hemisferios originales se conservan en el Deutsches Museum de Múnich.

(2) La Ejecución Presupuestaria de la Administración Pública Nacional -noviembre 2024- CENTRO CEPA/Centro de Economía Política: Argentina/prensa@centrocepa.com.ar

(3) La calidad de vida es un concepto que se refiere al bienestar de una persona en relación con su entorno social, familiar y consigo misma.

(4) Musacchio, A. (2019). Formas del neoliberalismo y relaciones internacionales. *Ciclos en la Historia, la Economía y la Sociedad*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/123735>

(*) Docente Libre / Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina / U.B.A



LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

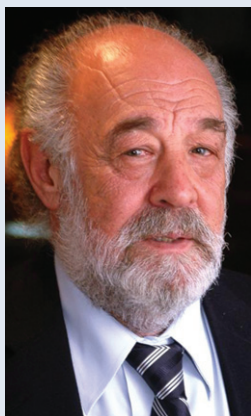
RECURSOS HUMANOS

CAPACITACIÓN

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

www.prosanity.com.ar

MEDICAMENTOS: ENTRE EL LIBRE MERCADO Y EL ESTADO RESPONSABLE



"Tenemos un horizonte de mundo como horizonte de experiencia posible".

Edmund Husserl

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

La reciente medida del gobierno nacional que liberaliza la comercialización de ciertos medicamentos obliga a una rediscusión profunda sobre uno de los elementos del universo sanitario, que lo ubique en su importancia relativa y que eche luz al conjunto del que forma parte. Para ello, proponemos diferenciar la *condición*, la *situación*, la *posición* y el *contexto*.

La *condición* de la medida, o en términos más amplios, de las medidas de política sanitaria del gobierno, refieren a su especificidad; pero la misma no existe en el vacío, sino en una *situación* estructural determinada. Asimismo, existen distintas *posiciones* sociales (gradaciones de poder en sus diversas variantes) en dicha situación; y, por último, existe un *contexto* más acotado (coyuntural) en el cual se desenvuelve.

El tema no debe ser banalizado desde su *contexto* reducido, como si fuera un contrapunto Cristina-Milei o como si se tratara de una "payada", ya que el mismo demanda un urgente tratamiento científico-tecnológico con visión y misión socioeconómica-cultural, que se ajuste a nuestra **realidad sanitaria y viabilidad financiera**. Téngase en cuenta que los medicamentos tienen un valor importante, desde ya, pero en un lugar subordinado en el marco de una estructura sanitaria amplia (se reduce a uno de los elementos aportados por el componente proveedor de insumos al sistema).

La *situación de indefensión sanitaria* está opacamente instalada en nuestro país y se hace fundamental reconocerla y calibrarla adecuadamente en su totalidad. Lo habíamos advertido con claridad señalando la tríada de negligencia, ignorancia e impericia, puesta de manifiesto en el manejo de la pandemia (mejor conceptualizada con el término de *síndemia*, que advierte sobre la inseparabilidad de la amenaza viral con las condiciones sociales, ambientales, económicas, como así también las estructuras del sistema de salud y el contexto cultural). Además del *desmanejo* en su momento, también es notoria la ausencia de tareas de evaluación crítica y planificación de recuperación posterior. Hoy, a esta falta de planificación estratégica y de consistencia en la gobernanza en el área, se suma una medida de una magnitud negativa imponderable en sus efectos desencadenantes.

Claro que si sólo se analizaran estas variables se pasaría por alto la importancia del conflicto de las distintas *posiciones* en juego: laboratorios privados versus laboratorios estatales, entre otros; que no debe confundirse con la dicotomía "regulación" versus "libre mercado". Pero las propuestas enunciadas periodísticamente y en la propia disputa política son una clara muestra de desconocimiento del concepto de salud como "bien en red" y sus interacciones en el tejido socioeconómico y cultural actual. Vulneran además el concepto mismo de *comunidad*, entendida por Giovanni Sartori como "un compartir que de alguna manera une", como así también la irrenunciable responsabilidad estatal.

Primero hay que tener conciencia y conocimiento de qué es un medicamento, siguiendo el valor de la experiencia de su empleo y, a partir de ahí, reconocer la complejidad del tema y los intereses en éste involucrados. Donde la salud debe ser la prioridad planteada en una modelización de sistemas complejos, los cuales, siguiendo a René Thom, no pueden comprenderse por medio de *variables de estado*, sino que deben ser monitoreados estudiando las *variables de control* (es decir las que limitan la dinámica del sistema).

Se argumenta que el mayor acceso a medicamentos esenciales como analgésicos o antihistamínicos, especialmente en comunidades alejadas o con escaso acceso a farmacias, permite sobrellevar urgencias específicas. Pero la medida no puede evaluarse por los casos excepcionales o minoritarios, sino por la norma. La puerta a la automedicación inadecuada se abre de par en par. El uso sin supervisión profesional puede derivar en sobredosis, efectos adversos o interacciones negativas con otros medicamentos.

Entonces, ¿está el Estado protegiendo el bienestar de la población al permitir una comercialización más amplia, o delegando su obligación de garantizar un uso seguro? Existe el riesgo de que el medicamento deje de percibirse como una herramienta para cuidar la salud y se vea como un producto de consumo más. El Estado tiene la irrenunciable obligación de proteger la salud de sus ciudadanos, y desregular la venta implica una erosión en dicha responsabilidad. En todo caso, se impondría complementar la medida con una alfabetización en salud y una regulación estricta de la publicidad.

Es conocida la legislación sobre medicamentos del gobierno de Arturo Illia (1963-1966) que puso en jaque su presidencia. Se trató de un proyecto de ley orientado a poner en discusión a los medicamentos como bienes sociales, lo cual implicaba correrlos de la categorización de bienes meramente económicos. Se trataba de una estrategia para abrir un debate necesario y garantizar el acceso a medicamentos a toda la población ("regular y efectuar el control del aumento de los precios de los medicamentos tanto en su etapa de producción como de comercialización"). Luego de meses de intensos debates, fueron promulgadas las leyes N° 16.462 y 16.463. A partir de su reglamentación, el paquete de leyes conocido como "Ley Oñativia", en referencia al ministro de Salud Arturo Oñativia, detonó un período de tensiones con el que el gobierno debió convivir a partir de agosto de 1964, y que no cesaron hasta que fuera destituido en el golpe de 1966.

Como cita Juan Carlos Veronelli en *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, el ministro Oñativia estaba convencido desde 1957, cuando se sacó de la jurisdicción del Ministerio el Laboratorio de Investigaciones Farmacológicas, y sobre todo desde 1959, cuando se eliminó todo respaldo legal ministerial, de que "el organismo rector de la sanidad nacional *no fue más que un simple*

“ Se argumenta que el mayor acceso a medicamentos esenciales como analgésicos o antihistamínicos, especialmente en comunidades alejadas o con escaso acceso a farmacias, permite sobrellevar urgencias específicas. Pero la medida no puede evaluarse por los casos excepcionales o minoritarios, sino por la norma. La puerta a la automedicación inadecuada se abre de par en par. ”

espectador de la deformación permanente del mercado y de la estructuración de vicios que fueron alterándolo en profundidad en todos sus aspectos (...) Las medidas reglamentarias de ambas leyes son el punto de partida de un complejo proceso en el que juegan intereses que dificultan su necesaria regulación”.

Se trata de un problema estructural (no precisamente nuevo, pero en una situación y contexto determinada) que requiere una planificación estratégica global del sistema sanitario. Por ello, en una situación de emergencia sanitaria, a la solidaridad debe sumarse racionalidad y capacidad de gestión de los recursos existentes. Desde el punto de vista científico se debe racionalizar la prescripción y el manejo del medicamento. Se hace necesario, por otra parte, *configurar un perfil epidemiológico del país* y de las necesidades farmacológicas relacionadas, que abarque también: fiabilidad del diagnóstico, criterio terapéutico y aspectos económicos. Para ello hay que reforzar la concepción del medicamento como **bien social y de consumo preferente**, sin la cual quedaría abierta la posibilidad a la aparición de imitaciones de menor calidad y distinta acción clínica.

El estado de desgarramiento (disloque socioeconómico-cultural) y falta de normas claras respecto a la participación orientativa en investigación, desarrollo e innovación del campo científico-tecnológico obliga a maximizar los recursos de toda el área sanitaria mediante una integración (y no fusión) del sistema de salud. Que mantenga en el centro la salud de los pacientes, es decir, la vida y dignidad de las personas.

Por todo esto, debemos reivindicar el rol del Estado como garante responsable con la correspondiente idoneidad institucional y articulación eficiente de sus órganos específicos (Ministerio de Salud, COFESA, ANMAT) para ubicarnos en la perspectiva de un Sistema Federal Integrado de Salud (SFIS). ■

(*) 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 Aconagua - Mendoza; Coautor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de “Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza” (2020). Autor de “Una vida plena para los adultos mayores” (2024) “La Salud que no tenemos” (2019); “Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud” (2018); “Claves jurídicas y Asistencias 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

LA SALUD DE LA BIOSFERA



"¡Señor, es una emergencia!
Los espíritus que invoqué, no logro detenerlos".
J.W. von Goethe

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

A mediados de 1797 en la mitad de su vida, literato ya consagrado escribe el emblemático poema "El aprendiz de Brujo" que narra la desventura de un aspirante a hechicero quien, en ausencia de su maestro, decide improvisar y embruja a una escoba para que realice su trabajo: llenar un cubo de agua... La escoba enfática en su tarea inunda todo de agua.

Desesperado, el imprudente novato parte en dos a la escoba, que multiplicada, sigue con su intensa tarea. Entonces clama asustado, por el gran mago Hexenmaster que desarma el hechizo y las aguas desaparecen...

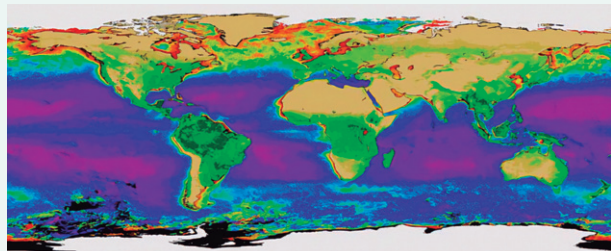
Poema simbólico referido desde entonces en infinidad de ensayos, sinfonías, filmes y animaciones. El novelista, poeta, dramaturgo universal autor de esta obra es Johann Wolfgang von Goethe. (1) (2) (3)

Mientras escribo esta nota, escucho el poema sinfónico de Paul Dukas "L'Apprenti sorcier" (el aprendiz de hechicero, escrito en 1897, cien años después...

¿Por qué hoy tantos aprendices de hechiceros nos dejan perplejos padeciendo su sombra? ¿Más allá de citar este poema que más podríamos hacer hoy?

¿Por qué un legado es universal? ¿Qué representa? ¿Qué patrimonio dejamos a nuestro paso a la familia humana que es planetaria? ¿Qué valor tiene todo esto con las prestaciones de salud, las financiaciones y decisiones de todos los niveles del sistema sanitario?

La biosfera (del griego bios -vida- y sphaira -esfera) es **un espacio** constituido por la corteza terrestre, la atmósfera y la hidrosfera y es **simultáneamente un sistema vivo** que **integran infinitos seres interconexos e interdependientes**, la biosfera define nuestra condición humana, y nosotros la suya.



El "**Planeta Tierra**" es nuestro hogar en este sistema solar, ubicado en un extremo del brazo de nuestra galaxia. Es el único planeta habitable que reúne lo imprescindible para la vida. Hasta la fecha y por un tiempo inmenso, solo aquí podríamos vivir... (4) (5)

Significa que todos los humanos tenemos un destino común, compartido, la biosfera amenazada, cuya oportunidad de sobrevivir está en nuestras manos y en la de cada uno de los seres que la habita.

"Nuestra biosfera es la suma total de los ecosistemas de la Tierra. Es el ecosistema global de la Tierra que integra todos sus organismos y sus relaciones sistémicas entre sí y con la geosfera, hidrosfera y atmósfera. Se piensa que la biosfera se originó con **la vida, esta última entendida como un fenómeno relacional**". (4) Un ecosistema global.

Este paradigma, modelo que da lugar a investigaciones, actitudes y prácticas como nos enseña Thomas Kuhn (6), integra una constelación de científicos desde Alexander von Humboldt (1769-1859), el geólogo inglés Eduard Suess (1831-1914), el físico ruso Vladimir I. Vernadsky (1863-1945), el químico inglés James Lovelock (1919-2022), Arne Naess que en 1973 acuña el término ecología profunda, Fritof Capra físico, Ilya Prigogine Premio Nobel de química 1977 hasta llegar en un arco de múltiples estudiosos al 2024 con el Premio Frontiers Planet considerado el "Nobel de Ecología" ganado por Pedro Jaureguiberry científico argentino, de Córdoba, por su investigación sobre los factores humanos que impactan en la naturaleza. (7) (8) (9)

En un arco del tiempo desde la antigüedad a nuestros días sería imposible nombrar la inmensa nómina de científicos que viene luchando en esta dirección.

Una sola salud

La organización mundial de la salud O.M.S /W.H.O desde tiempo atrás desarrolla un programa internacional sobre:

"Una sola salud" enfoque integral y unificador cuyo objetivo es equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas. Utiliza los vínculos estrechos e interdependientes que existen entre estos campos para establecer nuevos métodos de vigilancia y control de enfermedades.

Se trata de comprender que la salud humana, la salud animal, vegetal y del ambiente pertenecen a un mismo sistema integrado, atravesado por la polícrisis (crisis planetarias superpuestas: cambio climático, inseguridad alimenticia, geopolítica, guerras, economía, epidemias y pandemias).

La pandemia del Covid-19, nos dejó enseñanzas que aún no alcanzamos a procesar.

El 23 de octubre de 2023, la O.M.S (10) publicó:

"Según el Banco Mundial, en 2022 se calculó que el beneficio previsto de "Una sola salud" para la comunidad mundial sería de al menos US\$ 37.000 millones al año. La necesidad anual estimada de gasto en prevención es inferior al 10% de estos beneficios.

Desde 2003, el mundo ha sido testigo de más de 15 millones de muertes humanas y US\$ 4 billones en pérdidas económicas debidas a enfermedades y pandemias, así como de inmensas pérdidas derivadas de los peligros para la inocuidad de los alimentos y el agua, que son amenazas para la salud relacionadas con "Una sola salud".

La colaboración entre sectores y disciplinas a través del enfoque "Una sola salud" es una solución vital para abordar los complejos retos de salud a los que se enfrenta nuestra sociedad. Para prevenir, detectar y responder a los nuevos retos de salud, todos los sectores implicados deben colaborar de forma conjunta para conseguir lo que ningún sector puede lograr por sí solo".

- 60% de los agentes patógenos que causan enfermedades humanas tienen su origen en los animales domésticos o silvestres.
- 75% de las enfermedades humanas infecciosas emergentes tienen un origen animal.
- 80% de los agentes patógenos objeto de preocupación en términos de bioterrorismo se originan en los animales.
- Cada noche 811 millones de personas se acuestan con hambre.

El Dr. Antoine Flahault profesor de salud pública en la Universidad de Ginebra y Director del Instituto de Salud Global de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra, autor de libros y artículos en revistas científicas, nos alerta sobre casos de la gripe aviar (A/H5N1) en humanos que no han tenido contacto con animales, dato que puede provocar estragos.

Sin embargo, señala en varias entrevistas la oportunidad de encontrar consensos para trabajos colaborativos con una sinergia multiplicadora como paso con la erradicación de la viruela en 1979.

Magnitud y dimensión

Estas organizaciones de propuestas universales tienen un límite de acción, los problemas regionales y locales son atravesados por infinidad de variables que objetivan la complejidad de su comprensión y abordaje.

La magnitud del cambio antropológico digital marca una nueva era, junto a la polícrisis y las tragedias humanitarias, nos exigen ampliar nuestra comprensión, desarrollar una imaginación creativa de propuestas científicas viables, y una capacidad de trabajar junto a otros en equipos interdisciplinarios e intersectoriales en el aquí y ahora, incorporando una percepción de la complejidad, de lo universal para tratar las singularidades desde otra dinámica.

El desconocimiento del valor de una sola salud de dirigentes políticos, economistas, medios de comunicación, académicos, educadores y el consciente colectivo, ignorando todos ellos la complejidad e interacciones de sistemas marca un desafío a transformar.

La historia de la humanidad es una muestra de las grandes luchas de mujeres y hombres que alcanzaron a plasmar logros impensables, ellos nos enseñan como sostener las ideas a pesar de traiciones e injusticias. Esas pléyades de personas que

también hoy están presentes, anónimos y conocidos, trabajando en su día a día, están desarrollando beneficios que son medibles y publicados.

¿Por qué no podríamos hoy con tantos recursos encontrar como resolver lo que sí está a nuestro alcance? ■

Bibliografía:

1. Domingo Carlos. Traducción. El aprendiz de hechicero, Goethe. Ed. del Domo Barcelona 2012.
2. Paul Dukas: El aprendiz de brujo - Otto Tausk - Orquesta Sinfónica de Galicia. <https://youtu.be/S6irpjVhw60?si=TV8sD8ZqEvjVv7nw>
3. Harari Yuval N. Nexus. Una breve historia de las redes de información desde la Edad de Piedra hasta la IA. 2da edición. Ed. DEBATE ISBN 978-987-795-082 Bs As 2024.
4. La Biosfera. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana (en línea) 2012, (3), 61-66. ISSN: 0325-2957 disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53559383008>
5. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. UNESCO; 1999.
6. Kuhn T. Estructura de las Revoluciones Científicas. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 1992.
7. Comisión Nac. Mexicana para el conocimiento y uso de la biodiversidad 2023 ¿Qué es la Biosfera? <https://www.biodiversidad.gob.mx/planeta/quees>
8. Moreno Sánchez, Ana Rosa. Salud y medio ambiente. Rdo. Fac. Medicina. (Méx.) [revista en Internet]. Junio de 2022; 65(3): 8-18. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422022000300008&script=sci_abstract
9. Pedro Jaureguiberry: "Detrás de la pérdida de biodiversidad siempre hay factores humanos" disponible en: <https://unciencia.unc.edu.ar/biologia/pedro-jaureguiberry-detras-de-la-perdida-de-biodiversidad-siempre-hay-factores-humanos/>
10. <https://www.woah.org/es/que-hacemos/iniciativas-mundiales/una-sola-salud>
11. Dalila Klajman - Diálogos - Arco del tiempo.

(*) Docente Libre - Departamento de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina - U.B.A.



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

PERDIDOS EN LA MACRO



Por Carlos Vassallo Sella –
vassalloc@gmail.com

"Cada mañana, en la jungla del África, una gacela se despierta; sabe que deberá correr más rápido que el león, o éste la matará. Cada mañana en el África, un león se despierta; sabe que deberá correr más rápido que la gacela, o morirá de hambre. Cada mañana, cuando sale el sol, y no importa si eres un león o una gacela, mejor será que te pongas a correr".

La gestión debe cambiar para adaptarse a las nuevas tecnologías y entorno. Y vaya que han cambiado ambos en el mundo y en particular en la Argentina. La pregunta que nos queremos realizar desde este espacio es si resistirá el complejo sanitario privado argentino a las reformas y competencias en las cuales ingresará la economía argentina durante el año 2025. Sin dudas este nuevo entorno requiere de competencias y capacidades de gestión que serán puestas a prueba.

Ya no servirá para la supervivencia apelar a viejas mañas aprendidas de "hacerse amigo del juez" sino plantearse una mirada estratégica de largo plazo para enfrentar la competencia, para disminuir costos y rediseñar procesos y concretar los cambios organizativos y las decisiones de arquitectura institucional que requieren los cambios epidemiológicos, económicos y sociales que marcan los nuevos tiempos.

El próximo año la pelota pasa de la política a la sociedad civil, en particular a los empresarios y gestores privados y públicos que tienen un desafío mayúsculo el primero cambiar el chip con el cual han venido funcionando durante todos estos años. La competencia ya genera las primeras protestas veladas y pronósticos de perjuicios para la economía y los consumidores.

Como bien menciona Matías Surt, ¹ hay muchos funcionarios en los 40 años de democracia "que han llegado directamente de los sectores productivos pero que no llegaron con el objetivo de hacer lo mejor para que crezcan, sino que asumen esa función para proteger incentivos específicos que benefician a un sector en particular".

Es cierto que existe un sobrecosto argentino y eso afecta a todos los sectores por igual, incluso al sector sanitario que no compite con servicios del exterior. Porque entonces cuando llegan empresarios del sector se dedican asegurarse los mercados internos y no apuntan a destrabar los verdaderos problemas que ellos identifican (por ejemplo, la normalidad de prorrogar la emergencia todos los años para no regularizar los impuestos y los aportes previsionales).

Pero no pasemos de largo lo que llamo el complejo sanitario privado argentino que está compuesto por dos privados bien identificados: un privado con y sin fines de lucro. Sería importante a los fines de evitar "agachadas" que la autoridad controlará adecuadamente que aquellas organizaciones que se definen como sin fines de lucro lo sean verdaderamente y no una fachada que esconda dobles intenciones en una estrategia para disfrazar las ganancias privadas.

Las regulaciones han generado una larga variedad de "vivillos" que aprovechan los recovecos de la legislación para hacer pingues ganancias. Pasemos a enumerar los agentes que componen este importante sector de la salud argentina:

- ✓ Dentro del **privado con fines de lucro** encontramos las empresas aseguradoras de la medicina prepaga, los prestadores privados y los productores e importadores de medicamentos, dispositivos e insumos que se utilizan en la práctica médica.
- ✓ Dentro del mundo de los **privados sin fines de lucro** tenemos fundaciones, asociaciones civiles y otros formatos. Aquí están los hospitales de comunidad y sus planes de salud (Italiano, Alemán, Británico, etc.).
- ✓ En el universo de la **Seguridad Social** donde se encuentran las obras sociales sindicales y empresariales, con sus prestadores propios incluidos las que han optado por una integración vertical saliendo del modelo de financiador puro. También considerando el origen del financiamiento se podría incluir a PAMI dentro de este grupo si bien la conducción de esta organización está en manos del Estado por una intervención que dura desde hace años y que va pasando de gobierno en gobierno.
- ✓ Un híbrido en la materia es OSDE que convive con dos formatos y aprovecha las ventajas y beneficios de este doble estatus. La reforma en ciernes seguramente tenderá a resolver esta cuestión definiendo cual es la verdadera cara.

Los agentes mencionados configuran la oferta y demanda de un conjunto de submercados que trabajan en todo el territorio nacional entre los cuales podemos mencionar:

1. Mercado de planes de salud (aseguradoras).
2. Mercado de medicamentos (medicamentos venta bajo receta).
3. Mercado de internación (clínicas y sanatorios).

En futuros artículos plantearemos un análisis de la nueva configuración que se está planteando para estos mercados a partir de las decisiones de desregulación y aumento de la competencia que se promueven desde el gobierno. Y como impactan en los mismos.

Que les deparan los cambios tecnológicos y de entorno a estos grupos que asisten de manera directa o indirecta a más de 2/3 de la población argentina como asegurador o como prestador. Tendrán la capacidad de adaptarse a las necesidades que se plantean con los nuevos tiempos teniendo que vivir "sin la vaca atada" por las protecciones.

Durante este primer año el gobierno ha dado señales claras para avanzar hacia una economía normal. Con baja inflación y mayor competencia. Tendrá sin dudas que avanzar en la disminución de la presión impositiva y regulatoria y estaremos en condiciones de asistir quienes estarán en condiciones de sobrevivir en esta "destrucción creativa" que plantea el nuevo entorno económico.

No se puede sobrevivir sin innovar, y sin tomar decisiones basadas en evidencias e instrumentos de gestión. La reforma micro es más compleja porque involucra recursos humanos, contratos, modalidades de pago, incentivos, planes estratégicos, manejo del riesgo, tablero de mandos, digitalización e instrumentos que permitan monitorear, cambiar y adecuarse según lo que vaya indicando el mercado, la demanda y la necesidad.

A diferencia de otros momentos de la historia argentina, los bancos ahora no tendrán necesidad de prestarle al Estado porque no se demandará recursos. El sector financiero esta ante un desafío crucial de cambiar o morir en el intento. Se termino la época de vivir de la "teta del estado", los bancos deben comenzar a trabajar de bancos, con carteras de créditos, realizar evaluaciones de riesgo e involucrarse cada vez en lo que constituye el leitmotiv de su existencia el crédito. Esto significa que debería haber recursos disponibles para invertir, y es entonces cuando aparece el empresario o gerente definiendo las características y los perfiles de las nuevas inversiones.

La innovación y la creatividad para hacer frente a las nuevas demandas que plantea una sociedad envejecida, con enfermedades crónicas, con un sistema que requiere una reconversión que pasa por la

línea de seguir curando (agudos) pero ahora incorporando el cuidado y rehabilitación de la salud.

Lo debe hacer cuidando la sustentabilidad dado que la presión sobre el ciudadano privado para acceder ya es alta y va a requerir una reconfiguración del plan de beneficios a brindar por los aseguradores, así como el Estado. La Argentina tiene instalada al idea que el proteccionismo tiene beneficios, aumenta el empleo, lo niveles salariales internos, aumentar la inversión, el bienestar de la comunidad. Ese mundo ya no existe.

Como bien dice Matías Surt *“La idea es que permite todo eso como si no tuviera ningún costo asociado. Ése es el típico error que se comete cuando se analiza la economía con lo que economistas llamamos “equilibrios parciales”: miramos un sector y evaluamos que una medida a este sector le permitió aumentar la producción, el empleo y los salarios o la inversión. Pero cuando uno analiza el equilibrio general, se da cuenta de que, obviamente, el sistema económico es un sistema de interrelaciones permanentes: lo que produce un sector es lo que va a consumir otro sector, ya sean consumidores finales o empresas como insumos”*.

Cuando analizamos un solo sector claramente estamos viendo una foto incompleta, el empleo que estamos generando en este sector lo estamos sacando de otro sector que pasa a estar subdesarrollado respecto a lo sobredimensionado que está el primero.

El análisis de equilibrios parciales y de beneficios particulares a algunos sectores no ve que, en esa interacción permanente, la economía va perdiendo productividad: lo que es un beneficio para uno, es un sobrecosto para el otro. El mercado no da todas las respuestas y el estado tampoco. Será relevante para el futuro analizar los mercados considerando un alto nivel de pragmatismo y comenzando a evaluar los costos de transacción asociados a una u otro mecanismo de asignación de recursos.

El secreto de la eficiencia de la organización económica contemporánea reside en la correcta asignación de cada transacción a la mejor forma de gobierno posible. Dado el ambiente institucional (con sus reglas de juego y grado de incertidumbre), algunas transacciones

serán gobernadas más eficientemente por el mercado, otras por las empresas y otras aún, por algún tipo de contrato establecido entre partes independientes.

Las empresas existen porque son muy eficientes en gobernar transacciones que implican inversiones específicas en bienes y servicios esenciales para su propio proceso productivo como es el caso de las clínicas y sanatorios. El mecanismo de mercado, en cambio, es más eficiente (reduce los costos de transacción) para gobernar aquellas transacciones que no impliquen inversiones cuya recuperación no sea inmediata y aquí podríamos incluir las empresas aseguradoras de salud.

Finalmente, el contrato es la forma de gobierno eficiente para transacciones intermedias y este podría ser el caso cuando se generan procesos de integración vertical entre aseguradores y prestadores que implican establecer claramente papeles y roles que juegan cada uno de ellos y evitar abusos de posición dominante y otras figuras contrarias a la defensa de la competencia.

Según reza una antigua maldición china “Ojalá te toque vivir tiempos interesantes” ironías de la vida, la maldición viene a decir, ojalá te veas arrastrado por la espiral de acontecimientos que te toque vivir y no tengas ni un segundo de paz. Después de mucho tiempo de ocultar la cabeza y negar los problemas finalmente nos encontramos desnudos ante la realidad y ahora hay que correr y adecuarse para sobrevivir, crecer, desarrollarnos y volver a creer en nosotros mismos como sociedad. ■

Referencia:

1) Reportaje de Luciana Vázquez (La repregunta) a Matías Surt. La Nación - 26 de marzo 2023

(*) Profesor Salud Pública UNL. Coordinador Máster Salud de la Universidad de Bologna (sede Buenos Aires) - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB). www.ideblatam.org



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

CAMBIE USTED.... ¡PARA QUE SU ORGANIZACIÓN CAMBIE! LA MEJOR MANERA DE PREDECIR EL FUTURO ES CREARLO



"Un nuevo paradigma cultural en organizaciones de salud que transforman y se transforman" ⁽¹⁾

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

Las organizaciones de salud son altamente complejas, incluso las que más, porque además de las características propias de las grandes empresas, se les suman aspectos de complejidad que afectan a la organización en general y muy especialmente a las relaciones que allí se establecen, en el marco del trabajo en equipo. ⁽¹⁾

Se le atribuye a Albert Einstein la famosa frase: "No podemos pretender que las cosas cambien si seguimos haciendo siempre lo mismo" y en este sentido y en lo referente al tratamiento de las diferencias, lo habitual y por lo tanto lo convencional que nos lleva siempre al mismo punto tiene que ver con:

- Negación del conflicto.
- Evitar la situación.
- Uso de la autoridad.

Sin embargo, las cosas son más complejas. Y es por ello que es preciso introducir cambios en el modo de enfocar la gestión de las diferencias en un intento claro de ir más allá de lo aparente, diagnosticar la situación de fondo y actuar en consecuencia.

El nuevo paradigma de prevención y gestión de los conflictos a través de promover el diálogo y la mediación, dentro de las organizaciones de salud, reduce los costos que los conflictos generan, crea organizaciones sanas que cuidan a los recursos humanos que las componen y mejoran la calidad de los servicios a los clientes, evitando posibles reclamos judiciales.

Para comprobar que el cambio en el modo de gestionar los conflictos se instaló a través de la Mediación Sanitaria, entrevistamos a la: "Dra. Gloria Novel Martí, Lic. en Ciencias políticas y sociología, especializada en administración pública, por la Universidad Autónoma de Barcelona, PhD en Mediación por la Universidad Complutense de Madrid, Directora de Programas del Observatorio de Mediación de la Universidad de Barcelona, desde el que gestionan servicios de Mediación en el sistema sanitario público de Cataluña, España".



Nuestra entrevistada es una catalana natural de Barcelona, y que desde hace años ha visto la necesidad de que los conflictos en el ámbito sanitario se resolvieran de forma pacífica, rápida y satisfactoria para las partes enfrentadas, pues estas situaciones se producen en un contexto de sufrimiento por la enfermedad, que en ocasiones al aparecer, pueden llegar a influir en la recuperación terapéutica, ya que está demostrado que situaciones de ansiedad y estrés afectan al sistema inmunitario y retardan la recuperación de la salud.

Aquí compartimos con **Revista Médicos** y sus lectores, la entrevista a la **Dra. Gloria Novel Martí**:

¿Cuándo comenzaron con el programa?

Comenzamos con los servicios de mediación hace 20 años, **en el año 2004**, con un proyecto piloto en el que se instalaron cuatro unidades en el sistema público de salud de Cataluña. Desde entonces y gracias a los buenos resultados obtenidos en términos de mejora del ambiente laboral, disminución de costes asociados al conflicto, impulso de una marca de calidad asistencial, entre otros, tenemos una unidad estable en el Consorcio Sanitario de Terrassa, Barcelona (desde el año 2004), que cuenta con un promedio de 2.500 trabajadores de salud, otra en el Instituto Catalán de la Salud (ICS) que es el mayor proveedor de servicios públicos de salud en Cataluña (desde 2019), contando con más de 40.000 trabajadores y tiene cobertura en todo el territorio de Cataluña. Además, desde hace dos años tenemos otra unidad estabilizada de mediación en el Parque Sanitario de San Juan de Dios en Barcelona, ampliándose cada vez más la demanda de este recurso como acción de cambio hacia un paradigma de organización que cuida, a otras organizaciones de nuestro sistema público y privado.

¿Cuál es el enfoque?

Nuestro enfoque es sistémico y va dirigido sobre todo a la mejora del ambiente laboral y de la calidad en el trabajo. Aunque también intervenimos en casos de conflictos con los usuarios y familia, la mayor parte de las intervenciones mediadoras se aplican a nivel interno de equipos de la institución.

¿Dónde debe funcionar el espacio de mediación y a quienes va dirigido?

Primordialmente, debe tener un inconfundible sello de neutralidad e imparcialidad desde la propia gestión del proyecto. En nuestro caso, fue algo muy positivo que fuera un proyecto universitario y que no dependiera de gerencia o de algún departamento en particular, lo cual suele producir muchas suspicacias. Dicho esto, la ubicación física también debe contener este principio. Por lo tanto, un buen lugar es un despacho que sea fácilmente accesible, situado en lugares que no provoquen sensación de control (lejos de gerencia, por ejemplo) y, por lo contrario, percepción de cuidado y de confidencialidad. Y desde luego, desde mi punto de vista, lo ideal para construir una cultura de diálogo pacífico en una organización, es que estas unidades estén abiertas a todo el conflicto organizacional: sea interno o externo.

¿Cómo iniciaron la etapa de diagnóstico de los conflictos que afectan a este tipo de organizaciones?

Con más de 3.300 unidades de estudio y gracias a un sistema de recogida de datos muy completo, estamos en disposición de describir tanto los conflictos que afectan a los equipos como los resultados que hemos obtenido en su gestión; por ejemplo, ya sabemos que en un 95% de los casos, la mediación ha ayudado a neutralizar contener, transformar y/o resolver el conflicto. Tenemos datos sobre el coste, los itinerarios, las consecuencias así como las bondades del sistema implantado para generar la transformación desde dentro. Asimismo, las instituciones que han optado por insertar en la estructura de su institución la mediación tienen una imagen de organización saludable que cuida, lo cual hace que otras se interesen vivamente por este enfoque organizacional.

¿Cuál es la visión de las personas implicadas?

Los niveles de satisfacción de los usuarios (trabajadores y profesionales) son altos y cada vez más aplicamos un enfoque preventivo y de fomento de las buenas relaciones para anticiparnos y ayudar a crear una cultura del diálogo y del buen trato que sin duda redunde en una mejor asistencia, un sistema más costo eficiente de calidad y una imagen de **organización saludable que cuida**, por lo tanto nuestro enfoque es sistémico, es dinámico y va más allá de la gestión del conflicto existente; trabajamos en el fomento, en la prevención, en el tratamiento, en la gestión del conflicto y en la rehabilitación de las estructuras grupales que hayan podido quedar afectadas por conflictos sin resolver. Un enfoque global es

imprescindible si queremos trabajar en el cambio cultural y en la inserción de valores humanos que hagan coherente el sistema de salud. Cabe decir también que los directivos, sobre los que recaen los conflictos sin resolver, con grandes costes para ellos, expresan su satisfacción por disponer de estos sistemas que además de reducir costes y mejorar el ambiente laboral, también suponen un gran apoyo para su liderazgo.

¿El programa es monitoreado?

Cada año innovamos, probamos nuevas metodologías, evaluamos y mejoramos. En realidad, nuestro proyecto es un **Spin-off**, es decir es pura investigación en acción e innovación continua. De hecho, es un proyecto que procede de la Universidad y tiene ese tinte universitario que nos gusta mantener. Disponemos de indicadores, de variables, de elementos de evaluación continuada y cada año elaboramos un informe cualitativo y cuantitativo que nos permite además de monitorear, conocer la realidad de la situación, los resultados obtenidos, así como decidir estrategias de mejora para el futuro.

¿Cómo eligen y forman los mediadores?

Todos nuestros mediadores son profesionales procedentes de distintas disciplinas con formación especializada en organizaciones y un tiempo de formación con nosotros antes de ser contratados. Además, estamos fortaleciendo un sistema de referentes en mediación, que son personas de la organización, formadas por los mediadores del servicio y que actúan como referentes en sus puestos de trabajo. Se trata de llevar la cultura de la mediación al lugar donde las personas trabajan. A esto le llamamos sistema de atención primaria del conflicto mientras que los mediadores del servicio configuramos el sistema de atención especializada, donde atendemos los casos de gran dimensión, complicados, crónicos, etc.

¿Hay un sistema interno y otro externo de mediación?

Depende de la organización. En algunas nosotros somos un servicio externalizado a través de la Universidad o nuestra consultora privada y en otras trabajamos desde un dispositivo interno que hemos ayudado a crear. El sistema mencionado de atención primaria y especializada del conflicto se cierra a través de la formación continuada y de la supervisión de los referentes y de la formación de

todos los trabajadores de la institución para proporcionar recursos de habilidades de comunicación y comunicación pacífica. Los referentes internos de mediación son los que actúan en primera instancia y si lo consideran necesario hacen la derivación al sistema externo de atención especializada en un trabajo en sinergia que permite un planteamiento de mediación costo eficiente y que llega a cualquier equipo y espacio de trabajo. Este sistema es especialmente útil en grandes organizaciones que cubren un territorio amplio y tienen muchos profesionales trabajando, no siempre cerca físicamente unos de otros.

En nuestro país tenemos una alta judicialización de los conflictos con los usuarios del sistema de salud, ¿Ud. cree que con este sistema se podría reducir?

¡Sin duda!, es el último reto en el que estamos comprometidos con una apuesta clara por democratizar el “ser” mediador por mejorar los recursos de las personas por agilizar los procesos de solución de conflictos, por potenciar la mediación de calidad y apoyar el cambio cultural que se precisa para crear organizaciones saludables que cuidan y de éxito compartido.

Agradecidas con la Dra. Gloria Novel Martí por su disposición, y habiendo comprobado el éxito del sistema Prevención y Resolución de conflictos sanitarios en Cataluña, una vez más instamos a nuestra comunidad médica y empresarial, en la urgencia en realizar inversiones dirigidas a la **capacitación en mediación sanitaria para sus recursos humanos de las organizaciones de salud**, a sabiendo que la “guerra” tiene un costo y “la paz” también, pero con resultados más satisfactorios a corto, medio y largo plazo, y un sentido de mejora social, además de grupal y personal. ■

Referencia:

(1) Novel G. (2012). **Mediación en Salud: Un nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan**. Reus. Madrid.

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



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

ESTUDIO ECONÓMICO N° 20 (*)

PARA ENTENDER LA CRISIS DE LOS PRESTADORES MÉDICOS PRIVADOS

Desde la pandemia, los prestadores médicos privados vienen sufriendo una severa restricción de recursos. Sufrieron congelamientos de precios, caída en la ocupación de la capacidad instalada y muchas distorsiones impositivas, laborales y regulatorias. Todo eso los dejó al borde del precipicio del cual todavía no salieron. En este estudio se presenta la historia de por qué se llegó a esta situación y la agenda de política que se abre para la medicina privada en la nueva Argentina, si el gobierno es exitoso en la derrota a la inflación y la recuperación de la economía.

La aceleración inflacionaria argentina (y vamos por la..., perdimos la cuenta)

La historia argentina desde 1945 está plagada de procesos inflacionarios. No se trata de un problema que caracterizó a un gobierno en particular. Es un problema que permeó a todos los gobiernos de todos los colores políticos. En la historia argentina hubo gobiernos peronistas, radicales, militares, más recientemente alianzas como Frente para la Victoria, Cambiemos, Frente de Todos, y todos tuvieron como “política de Estado” la inflación.

Está tan lejos de la animosidad afirmar que la inflación es transversal a todos los colores políticos que en la historia argentina hay ejemplo de sobra. Hubo gobiernos peronistas que cayeron en hiperinflación (1975) y que a su vez erradicaron la inflación (1991-1999); gobiernos radicales que lograron controlar la inflación (1963-1967; 1985-1986) y cayeron en hiperinflación (1989); sin entrar en las alianzas actuales que terminaron por generar un nuevo emergente político en la Argentina que es el partido libertario que llegó a la presidencia de la Nación como primera experiencia libertaria de gobierno del mundo. Su consigna central: erradicar definitivamente la inflación de la Argentina. Esto demuestra que la inflación -para ponerlo en términos epidemiológicos- es una enfermedad crónica y la principal dolencia de la Argentina.

Esta introducción viene a colación de que el presente estudio analizará el impacto de la última aceleración inflacionaria que golpeó a todo el país, pero con particular

virulencia al sector de la medicina privada la cual, además del flagelo inflacionario, sufrió el flagelo de la pandemia de la que todavía no se recuperó. Se presenta también un análisis histórico de las estrategias de supervivencia que los prestadores médicos privados aplicaron para poder seguir estando a flote y una agenda de políticas públicas para su recuperación en la nueva Argentina que el gobierno libertario propone.

Inflación postpandemia

El Gráfico 1 presenta la evolución del Índice de Precios al Consumidor (IPC) y un conjunto de precios de módulos de prestaciones médicas que recaba y actualiza de forma permanente la Comisión de Administración de ADECRA+CEDIM. El período que abarca corresponde a enero 2020, justo antes de que se desatara la pandemia, hasta junio 2024.

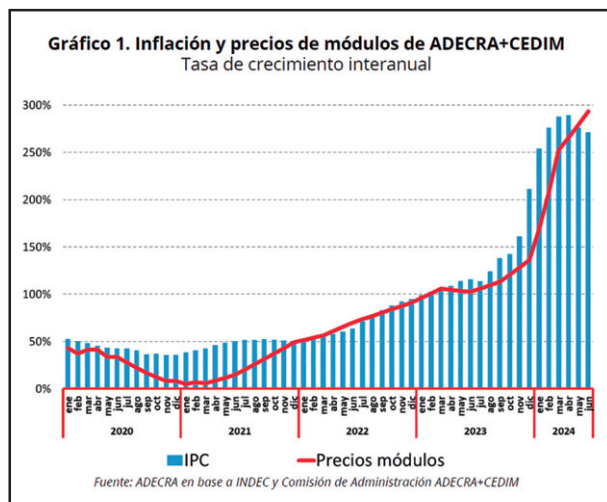
Dicho gráfico muestra la desaceleración que tuvo el IPC producto del confinamiento coercitivo que sufrió la población en el 2020 y la más fuerte desaceleración que tuvieron los módulos de la medicina privada producto del virtual congelamiento de precios sufrido por la medicina privada en el 2020.

A partir de enero 2021 hasta marzo 2022, el IPC se recupera y se vuelve a colocar en un valor de 50% interanual que tenía en enero 2020, antes de la pandemia. Los precios de los módulos también fueron se recuperando, aunque a una velocidad menor que la aceleración del IPC.

A partir de abril del 2022, pasada la segunda ola del COVID, la actividad económica busca su total recuperación de la pandemia lo que llevó -por la displicencia fiscal y monetaria del Estado- a que la inflación general medida por el IPC se re acelere hasta llegar a marzo del 2023 con una inflación interanual del 100%. La medicina privada, adaptada a la aceleración inflacionaria, acompañó esta aceleración con el precio de los módulos y logró hacerlo al mismo ritmo a la inflación general.

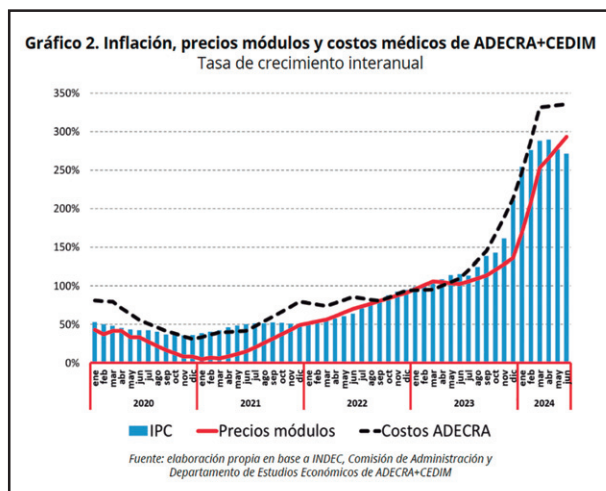
A partir de abril del 2023, la inflación vuelve a experimentar otra aceleración que ya toma por sorpresa y/o sin suficiente fuerza negociadora a los prestadores médicos privados haciendo que el precio de los módulos se acelere también, pero por detrás del IPC.

Se llega una situación en la primera mitad del 2024 donde el precio de los módulos está algo por encima del nivel del IPC tomando como base de partida enero 2020. El tema es que la carrera ha sido desigual. Toda vez que en el Gráfico 1 las barras son más altas que la línea, los precios de los prestadores médicos privados corrieron por detrás de la inflación general (IPC).



Los costos médicos

Los costos de producir atención médica tuvieron un derrotero parecido más a la inflación que a los precios de los módulos. El Departamento de Estudios Económicos de ADECRA+CEDIM lleva un monitoreo trimestral de los costos de producir atención médica con su Índice de Precios de Insumos de la Atención Médica. Agregando este Índice de costos de atención médica al gráfico anterior se obtiene el Gráfico 2.



Allí se observa cómo los costos de producir atención médica (salarios, insumos médicos, insumos no médicos, servicios públicos e inversiones) van en sintonía con el IPC y un poco por encima. Lo cual se traduce en que los costos marchan consistentemente por encima del precio de los módulos. En otras palabras, los prestadores médicos institucionales vivieron y siguen viviendo con la línea de flotación de los costos por encima de la cabeza (pérdidas económicas).

La pregunta que todos se hacen a esta altura es cómo se logra sobrevivir con pérdidas económicas sistemáticas. La respuesta pasa por identificar los tres tipos de resultados que tiene toda institución. Estos resultados son: a) los resultados monetarios de caja; y b) los resultados económicos deven-gados; y c) los resultados intangibles.

Los resultados monetarios de caja son los usualmente más utilizados y surgen de la diferencia entre los flujos corrientes de entrada de dinero menos los flujos salientes de gasto. Este resultado equilibrado o positivo es el que permite la sobrevivencia de la institución, pero no la sustentabilidad de largo plazo. La sustentabilidad se logra con el resultado económico que tiene en cuenta no sólo los flujos de entrada corriente de dinero sino también los derechos de cobro y no solo los flujos salientes de gasto sino también las obligaciones

de pago que todavía no se efectivizaron; en otras palabras, es el balance de la institución considerando activos, pasivos y patrimonio neto. Los resultados intangibles son los reputacionales que están determinados por la calidad en la producción del servicio, la calidad de los servicios otorgados y el prestigio de la marca.

El sistema privado de salud en la Argentina logra sobrevivir porque desarrolló habilidades para estabilizar la ecuación de los resultados monetarios de caja, pero tiene claramente comprometida la sustentabilidad por el lado de los resultados económicos. Esto se detecta palpablemente con el fin de la emergencia sanitaria que se prolongó desde el año 2020 postergando la exigibilidad de las deudas impositivas de las instituciones de salud. Finalizada la emergencia, las deudas impositivas se hacen exigibles y quedó al desnudo la endeblez patrimonial de muchas instituciones privadas de salud. ⁽¹⁾ Lo mismo ocurre con los pasivos contingentes crecientes que se producen con la acumulación de antigüedad de la planta de personal. Estos compromisos no se manifiestan en el resultado monetario de caja hasta que se hacen exigibles cuando llega el momento de la desvinculación laboral.

Los resultados intangibles son todavía más difíciles de exteriorizar mientras son positivos y se exteriorizan cuando son negativos. El paciente no percibe la calidad en el proceso de atención médica y del resultado cuando es buena, en cambio, sí la percibe cuando se deteriora. Hacer “cerrar” la ecuación monetaria de caja muchas veces induce (casi involuntariamente) a ahorrar adquiriendo insumos de inferior calidad, sobreexigiendo al personal, obviando algunos procesos no vitales de la atención médica, etc. El paciente no detecta estas acciones tendientes a “cerrar” la ecuación de caja. Las detecta cuando las sufre en las demoras en su recuperación, en las demoras para la atención o el destrato por parte del personal. La búsqueda del equilibrio de caja muchas veces conlleva a resultados intangibles negativos. Siendo estos últimos de carácter claramente reputacional, afectan la imagen y la marca siendo luego costoso de revertir.

En conclusión, la sobrevivencia de los prestadores médicos privados se dio por sus habilidades para equilibrar la ecuación del resultado monetario de caja. Pero la mayoría tiene una situación patrimonial endeble producto de la acumulación sistemática de resultados económicos negativos. Muchos prestadores, incluso, logran con algunos resultados de caja positivos expandirse, hacer obras de mejoramiento de la institución e invertir en su imagen; es decir, buscan proteger sus resultados intangibles positivos.

Se produce así la paradoja de la sospecha: los prestadores privados de la salud alertan y peticionan ante diferentes autoridades de gobierno nacional, provincial y municipal de manera directa y a través de los medios de comunicación sobre la falta de recursos en la salud privada, pero reciben como respuesta que cómo puede ser que falten los recursos

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.

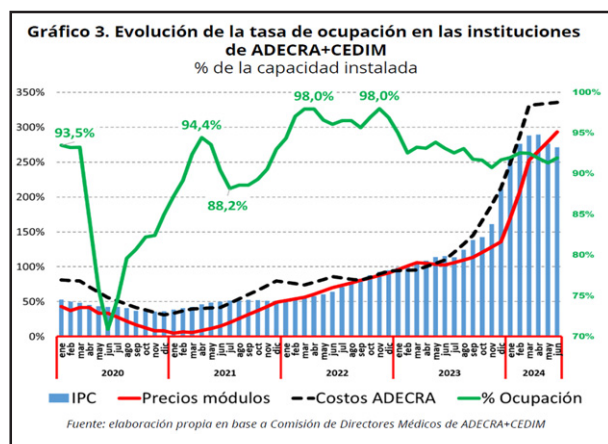
☎ (+5411) 4812-7815 ✉ info@iarsalud.com.ar 🌐 www.iarsalud.com

cuando tal prestador está construyendo un nuevo edificio o tal otro prestador construye en un country o un barrio acaulado. La situación no es necesariamente contradictoria. Hay prestadores que con excedentes de caja invierten en reputación sin mejorar la sustentabilidad económica endeble de sus balances.

El pilar de la ecuación de caja: la ocupación

Una variable central en la sobrevivencia de los prestadores privados de la salud es la ocupación de la capacidad instalada. La medicina privada es una actividad de alto gasto fijo. La dotación de médicos, enfermeras, mucamas, personal de apoyo, insumos médicos y equipamiento médico en funcionamiento (muchos de alta tecnología como la terapia intensiva o la imagenología) que requieren ser mantenidos operativos, independientemente de si están en uso o no, representan entre el 70% - 80% del gasto operativo corriente de un prestador médico. Por esta razón, tener capacidad instalada desocupada es una fuente muy desestabilizante de pérdidas monetarias. De esta forma, la tasa de ocupación es el principal indicador del flujo de entrada monetaria que sostiene la ecuación de caja.

Por esta razón, el resultado monetario de caja de una institución depende decisivamente de lo más próximo que se pueda estar al 100% de la ocupación. La Comisión de Directores Médicos de ADECRA lleva un relevamiento de la tasa de ocupación de un conjunto de instituciones asociadas que permiten ir haciendo el monitoreo de esta importante variable de sostenibilidad del resultado de caja de las instituciones (Gráfico 3).



En el Gráfico 3 se suma a las series estadísticas que se viene analizando, la evolución del porcentaje de ocupación de las instituciones representadas en la Comisión de Directores Médicos de ADECRA+CEDIM. Es interesante observar lo sucedido en el 2020 durante la pandemia. Al hecho de que los costos médicos estaban por encima de los precios de los módulos se sumó la fuerte contracción de la ocupación (llegó al 70% en junio 2020 cuando todavía no se había producido la 1° ola de COVID y la población estaba encerrada) lo que conllevó obligadamente a las instituciones de salud privada a sostenerse con los subsidios directos del Estado (ATP - REPRO, un programa de subsidios al salario del gobierno).

Con el desconfinamiento parcial de finales del 2020 y principios del 2021 la tasa de ocupación se recupera, sin llegar al 95%, operando como una bocanada de oxígeno financiero para las instituciones. A mediados del 2021 ataca la 2° ola de COVID donde las instituciones llegaron a estar

desbordadas en las áreas de cuidados críticos, pero por las medidas de distanciamiento de pacientes la tasa de ocupación estuvo lejos de la óptima (alrededor del 88%). Esto fue una importante fuente de estrés financiero en las instituciones privadas de salud.

En el 2022 la ocupación subió a cerca del 98% lo que permitió a las entidades recuperarse financieramente sumado a que los precios de los módulos tendieron también a recuperarse colocándose más en sintonía con los costos de producir atención médica. Fue un período de relativo alivio luego de dos años muy difíciles (2020 y 2021) de incertidumbre respecto a la capacidad de respuesta médica ante la amenaza del COVID, de estrés financiero por las bajas tasas de ocupación y de costos que no dejaban de estar por encima de los precios de los módulos que el gobierno no desistía en sus intentos de mantenerlos congelados.

El descanso duró poco porque en el 2023 se re acelera la inflación, adoptando una espiralización muy riesgosa que amenazaba con hiperinflación, con el consiguiente impacto sobre los costos y el retraso en los precios de los módulos; más el agravante de la caída en la tasa de ocupación que, si bien no cayó por debajo del 90%, sumó estrés financiero en un momento nada propicio. Otra vez las dirigencias y los mandos medios de los prestadores médicos privados fueron colocados bajo fuerte presión ante la escasez monetaria para mantener las operaciones médicas en funcionamiento.

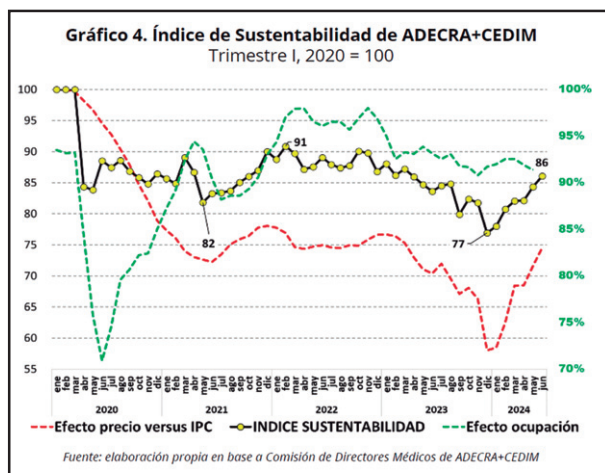
En la primera mitad del 2024, la inflación se desacelera, el crecimiento de los costos de atención médica también se calma y los precios de los módulos muestran una tendencia a la recuperación, pero no llegan a alcanzar la curva de los costos manteniéndose por debajo. De todas formas, el hecho de que la inflación y los costos ceden y que cabría esperar con ello la recuperación también de la tasa de ocupación, es factible esperar que en la segunda mitad del 2024 la recuperación en el precio de los módulos se mantenga y cierren un poco más la brecha con los costos. Sin embargo, las encuestas prestacionales del tercer trimestre 2024 (aún en desarrollo) muestran un estancamiento y tendencia a la disminución de la tasa de ocupación general y de áreas cerradas para la mayoría de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

El Índice de sustentabilidad de ADECRA+CEDIM

Combinando la evolución real del precio de los módulos respecto al IPC y la tasa de ocupación se puede obtener un indicador de la evolución de la sustentabilidad de las instituciones privadas de salud. Estos dos factores corresponden a las variables precio y cantidad las cuales determinan la evolución del flujo de ingresos de las instituciones. Cabe aclarar que este índice de sustentabilidad no considera el índice de costos porque no se dispone de la variable cantidades de insumos consumidos en la producción de atención médica. Esta es una variable que cada institución administra en función de su organización y la eficiencia en la producción.

En este sentido, el índice refleja la evolución de la sustentabilidad desde la dimensión de los ingresos. Cuando el índice cae hay una tendencia a la disminución de los ingresos lo cual es una disminución de la sustentabilidad y cuando sube hay una tendencia al aumento de los ingresos que refleja una tendencia a favor de la sustentabilidad. En esta perspectiva, se trata de un índice de tendencia más que de sustentabilidad propiamente dicha.

En el Gráfico 4 se presenta la tendencia que tuvo la sustentabilidad de las instituciones de la medicina privada tomando como punto de partida el 1° trimestre del 2020, justo



antes de que se desate la crisis por el confinamiento de la pandemia.

En la primera mitad del 2020 hay una fuerte caída en la tendencia de la sustentabilidad por efecto del desplome en la tasa de ocupación. Hasta marzo 2021 la tendencia de la sustentabilidad se mantiene un 15% por debajo del 1° trimestre 2020 por efecto de la caída en el valor real de los precios de los módulos a pesar de que la ocupación se recuperó. A mediados del 2021 hay una nueva caída de la sustentabilidad porque al efecto negativo de los precios de los módulos se suma una nueva caída de la ocupación producto de la segunda ola de COVID. En el 2022 hay una tendencia a recuperar sustentabilidad gracias a que se recupera la ocupación y los precios que, si bien no se recuperan totalmente, dejan de caer en términos reales lo cual dio cierta estabilidad a la sustentabilidad (aunque se mantuvo por debajo de la situación prepandemia).

En el 2023 se observa una clara tendencia al deterioro de la sustentabilidad por caída real de los precios de los módulos y de la ocupación, a la vez, tocando piso en diciembre del 2023 con un valor de 77 respecto a 100 en prepandemia. Este fue el momento de máxima tensión y preocupación sufrida en las instituciones privadas de salud. En el 2024 se recupera sustentabilidad gracias a que se desacelera la inflación y los precios de los módulos tienden a recuperarse en términos reales. En este sentido, si se consolidan las bajas tasas de inflación, es de esperar que mejore la sustentabilidad dado que hay espacio para recuperar ocupación (está en el orden del 90% de la capacidad) y recuperar valor real de los precios de los módulos (están todavía 25% abajo respecto a la situación prepandemia).⁽²⁾

En resumidas cuentas, la sustentabilidad de las instituciones privadas de salud sufrió mucho durante la pandemia

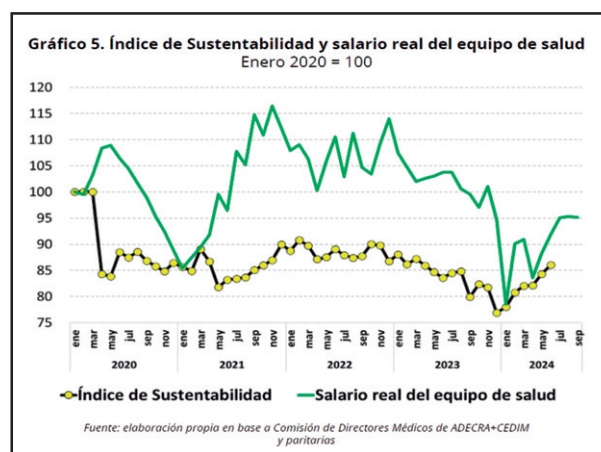
por pérdida en el valor real de los precios de los módulos y caída de la ocupación; tuvo un período de descompresión en el 2022 gracias a la recuperación de la ocupación, pero no tanto de los precios reales que se mantuvieron 25% abajo respecto de la situación pre pandemia; el 2023 fue aciago por la combinación de caídas en el valor real del precio de los módulos y de la ocupación. En el 2024 aparece nuevamente cierta descompresión, pero objetivamente la situación no es mejor que el 2022; de todas formas, el estrés financiero sufrido en el 2023 ha sido tan intenso que volver a la situación del 2022 se siente como un alivio.

Lo que queda claro es que el sistema privado de salud quedó muy golpeado en la dimensión de la sustentabilidad de sus ingresos desde la pandemia.⁽³⁾

El deterioro de la sustentabilidad se traduce en caída del salario real

El aspecto más negativo de la tendencia a la pérdida de sustentabilidad financiera es que la caída del salario real del personal de las instituciones privadas de salud se vuelve inexorable. El Gráfico 5 muestra esta cruda realidad. El salario real de la Sanidad tuvo una estrepitosa caída en el 2020 producto del desplome en la sustentabilidad a raíz del congelamiento de precios y la caída en la ocupación. En el 2021, aun cuando las instituciones de salud no recuperaron la sustentabilidad prepandemia, se hicieron denodados esfuerzos para recuperar el valor real de las remuneraciones del personal. Esta situación se pudo mantener en el 2022. Pero en el 2023, la aceleración inflacionaria y la profundización a la caída en la tendencia de la sustentabilidad, llevó a la profunda caída del salario real del personal.

En el 2024, las negociaciones paritarias buscan recuperar el salario real pero en la medida que dicha recuperación de las



**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.



remuneraciones no se ajuste al ritmo de recuperación de la sustentabilidad, el aumento del salario real quedará trunco. Esto se observa en el Gráfico 5 en los meses de julio, agosto y setiembre, donde los aumentos son a mayor ritmo que la sustentabilidad y ya se tiende a observar un aplanamiento del salario real.

Propuesta de política

En el proyecto de Presupuesto 2025 el gobierno explicita su intención para los próximos años. Plantea un 2024 que termina con una caída de casi 4% en la actividad económica y una tasa de inflación interanual en diciembre de este año desacelerándose, pero en el orden todavía del 100%. Para el 2025 en adelante proyecta tasas de crecimiento de la economía al 5% anual, una tasa de inflación anual más convergente todavía llegando al 2027 con una inflación de 7% anual y un dólar que se mantendrá apreciado (serían un dólar de \$950 a precios actuales). Estas proyecciones están apoyadas en el supuesto de un crecimiento sostenido en el valor de las exportaciones hasta llegar al 2027 a nivel 30% superior al actual. Habrá que ver.

Si estas proyecciones se cumplen, el entorno para la medicina privada será propicio para su recuperación, fundamentalmente por el tipo de cambio bajo que facilitará la inversión en tecnología, mantendrá precios accesibles para los insumos importados y -lo más importante de todo- es que permitirá recuperar el valor real de las remuneraciones del equipo de salud.⁽⁴⁾

Sin embargo, para que las instituciones privadas de salud puedan aprovechar la economía más ordenada para recuperarse necesitan sanearse patrimonialmente. En términos de los tres tipos de resultado analizados, esto implica no solamente vivir de los resultados positivos de caja y reputacionales sino también con resultados económicos positivos y sustentables.

La agenda para el saneamiento patrimonial de las instituciones tiene tres puntos fundamentales: a) saneamiento impositivo; b) saneamiento laboral; y c) saneamiento prestacional.

a) Saneamiento impositivo

La principal amenaza de la gran mayoría de los prestadores privados es la deuda impositiva no resuelta luego de 20 años de emergencia sanitaria y la crónica negativa del Estado a reconocer los créditos de IVA no computables que quedan incrustados en los costos de los prestadores privados por la exención que se otorga a las obras sociales y la alícuota reducida a prepagas.

El saneamiento de los prestadores privados podría instrumentarse consolidando la deuda que los prestadores tienen con el fisco y la deuda que el fisco tiene con los prestadores por acumulación de créditos de IVA no computables. Luego, a los efectos de normalizar la relación tributaria entre el fisco y los prestadores privados en adelante es muy importante dejar establecido un mecanismo permanente de compensación de créditos de IVA contra contribuciones patronales; una propuesta que ya ha sido analizada por las autoridades de turno una infinidad de veces y ha llegado a plasmarse en proyectos de ley -algunos, nunca tratados y otros que fueron perdiendo estado parlamentario. Actualmente, se encuentra para ser discutido en Comisiones de Diputados, el proyecto de Ley "Régimen Especial para el Tratamiento del IVA No Computable para Establecimientos Sanitarios del Sector Privado" Expte. 3454-D-2024, ingresado el 01 de julio de este año.

Otro tema muy importante a resolver de cara a un entorno con una economía más ordenada es el desorden impositivo provocado por las provincias con sus municipios con los impuestos a los Ingresos Brutos, a los Sellos y las tasas de industria y comercio que -al igual que los créditos de IVA no

computables- quedan incrustados en los costos de los prestadores. Esta es una agenda más complicada porque depende de cada provincia y cada municipio, aunque a nivel de una reforma tributaria más integral la solución de fondo pasaría por una consolidación de tributos a las ventas nacionales, provinciales y municipales dentro de un IVA unificado. Esto puede parecer irreal, pero no lo es; es el camino que Brasil -país con similares distorsiones impositivas que la Argentina- comenzará a transitar a partir del 2025.

b) Saneamiento laboral

Los cambios en la legislación laborales abordados en la sancionada Ley de Bases fueron necesarios, aunque se limitaron a normalizar situaciones irregulares -la principal fue la eliminación de la multiplicación de la indemnización por despido- pero no a modernizar las instituciones laborales para colocarlas a los requerimientos del siglo XXI. La medicina privada todavía se rige por convenios colectivos negociados en 1975 -o sea, tienen 50 años de edad-, nunca adaptados a los cambios de realidades sociales y productivas; y los convenios colectivos más recientes guardan las mismas estructuras rígidas de los viejos convenios.

Sería muy importante que la autoridad laboral nacional dé la opción a las instituciones de salud a optar por salirse del convenio colectivo sectorial para negociar su propio convenio a nivel de empresa o a nivel de grupos de empresas con sus propios trabajadores. La filosofía moderna en materia de instituciones laborales tiende a priorizar los acuerdos individuales y de empresa por encima de los convenios sectoriales. Otra vez, parece irreal pero no lo es; es el camino que Brasil -país con similares distorsiones laborales que Argentina- ya viene transitando desde el 2017.

c) Saneamiento prestacional

Es muy importante dinamizar la institucionalidad de la certificación y la acreditación de calidad. La incorporación de tecnología médica debe tener el objetivo concreto y palpable de mejorar la calidad médica, en lugar de renovar equipamiento con fines meramente comerciales. Para ello, la institucionalidad debe prever que el mercado de la medicina privada remunere de forma diferencial la calidad. Un sistema de atención médica que se precie de dar calidad debe necesariamente que tener instituciones económicas que remuneren económicamente la calidad ya que ésta requiere inversiones e innovación permanentes. ■

Referencias:

1) Se estima por versiones extraoficiales que hay unas 5.000 instituciones privadas de salud con deuda impositiva que pasa a ser exigible con el fin de la emergencia sanitaria. Y que con el fin de la medida de no embargabilidad dispuesta por Ministerio de Economía, en enero de 2025 no podría hacer frente a embargos judiciales.

2) El análisis de los precios de los módulos es desde el punto de vista económico. Sin embargo, no es menor el aumento del índice de rotación de cuentas por cobrar en el período pos pandemia, así como el incremento en el peso que los débitos prestacionales tienen sobre el total del ingreso.

3) Debe tenerse en cuenta que, en condiciones normales de desarrollo económico, las tasas de ocupación rondan el 80% a 85%. Mantener permanentemente tasas de ocupación más altas lleva al desgaste de las estructuras, equipamiento y capital humano, convirtiéndose en uno de los factores de burnout y de baja de calidad en la prestación del servicio en todas sus aristas, conflictuando la sustentabilidad de las organizaciones.

4) Estadísticamente se observa una correlación negativa entre tipo de cambio real y salario real. Períodos de tipo de cambio real bajo están asociados a salario real alto. En el caso de la Argentina esta relación inversa es la que siempre genera las dudas sobre la sostenibilidad del tipo de cambio real a nivel bajo ya que, por diferentes causas, la historia mostró que el tipo de cambio cuando fue bajo, lo fue artificialmente.



Tu tranquilidad es nuestro propósito

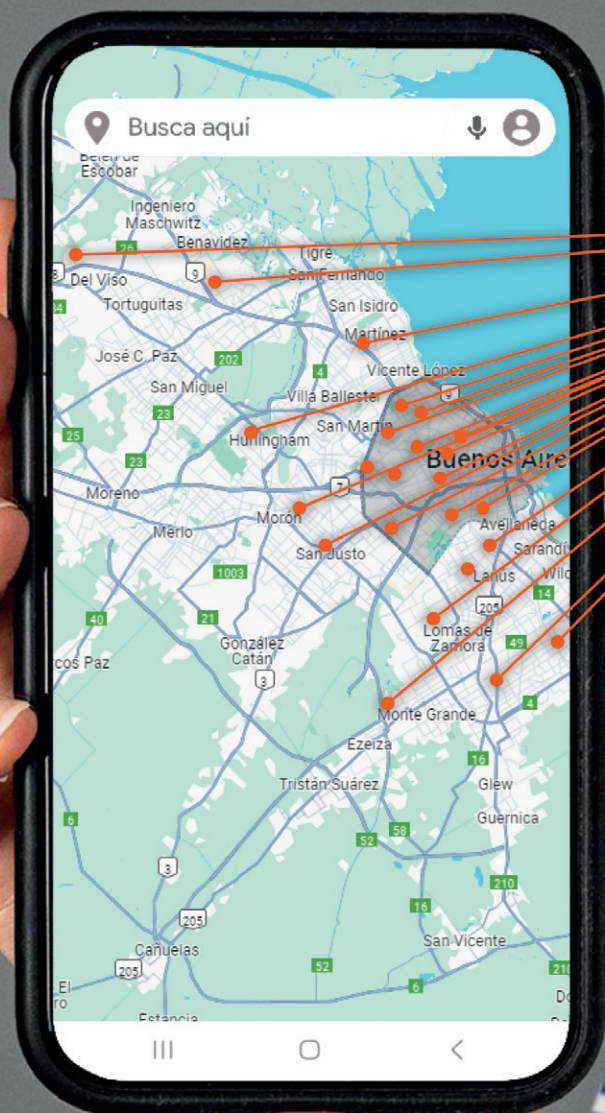
Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



www.scienza.com



technology Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.



Ampliamos **la estructura.**

24 Bases Operativas propias que garantizan
nuestro alcance donde más nos necesiten.

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300

Comercial y Capacitación: 011 4588 5555



www.acudireemergencias.com.ar

acudir
emergencias médicas

La calidad es nuestra actitud.