

Méⁱdicos **Medicina Global**

La revista de salud y calidad de vida

DESREGULACIÓN

Dimes & dirretes



COLUMNA
UN ESTADO PEQUEÑO Y EFICIENTE... ¿PARA QUÉ?
Por el Dr. Rubén Torres



DEBATE
NUESTRO DORIAN GRAY VERSO Y REVERSO EN SALUD
Por el Dr. Mario Glanc



OPINIÓN
ACIERTOS, DESACIERTOS Y MITOS SOBRE LA "TRIANGULACIÓN"
Por el Lic. Patricio Pasman

**Acompañarte
es siempre
el mejor plan**

GALENO



Valorología

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.

GRAGEAS
6
OPINIÓN
DEUDAS ACUMULADAS EN SALUD: LA TRANSFORMACIÓN ES URGENTE

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

8
OPINIÓN
EL ESTRÉS FINANCIERO Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LOS ARGENTINOS

Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario

10
DEBATE
NUESTRO DORIAN GRAY - VERSO Y REVERSO EN SALUD

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

12
COLUMNA
CRISIS POLÍTICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

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

14
COLUMNA
UN ESTADO PEQUEÑO Y EFICIENTE... ¿PARA QUÉ?

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

16
OPINIÓN
¿CRISIS U OPORTUNIDAD? EL DESAFÍO DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EL MUNDO

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

18
OPINIÓN
LA PROMESA DE LAS TERAPIAS BASADAS EN TELÓMEROS: CIENCIA Y FUTURO EN MEDICINA REGENERATIVA Y ANTIENVEJECIMIENTO

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

20
COLUMNA
UNA REFORMA POSIBLE

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

22
OPINIÓN
ACIERTOS, DESACIERTOS Y MITOS SOBRE LA "TRIANGULACIÓN" DE PREPAGAS CON OBRAS SOCIALES

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

24
COLUMNA
LA SALUD EN TIEMPOS DE TRANSICIÓN: PARA REVERTIR EL DETERIORO INSTITUCIONAL

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

26
VOCES
EL ZEITGEIST, DE LO COLECTIVO A LO INDIVIDUAL Y LA NECESIDAD DE TRANSITAR POR LOS GRISES

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

28
OPINIÓN
SALUD ¿QUÉ ES POSIBLE HACER HOY?

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

30
OPINIÓN
OBRAS SOCIALES EN CRISIS

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

32
OPINIÓN
SALUD, COMPLEJIDAD Y EL CONTRATO SOCIAL

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

34
COLUMNA
LA POLÍTICA Y LA SALUD: "PERDIDOS EN EL ESPACIO"

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

36
OPINIÓN
EN SALUD NO TODO ES DESREGULAR

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

38
VOCES
COMUNICACIÓN EN MEDICINA ¿UN PUENTE O UNA BARRERA?

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

40
INFORME ESPECIAL
EL PMO: VALOR ACTUALIZADO - LA NECESIDAD DE CAMBIO

Por Prosanity Consulting, IPEGSA y Universidad del Salvador

42
COLUMNA
TOMA DE DECISIONES

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

46

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

A man with a beard and tattoos, wearing a blue and black patterned t-shirt and black pants, is sitting in a wheelchair in a gym. He is holding a blue discus. The background shows gym equipment and a blue floor.

“Gracias a
los médicos
soy medallista
paralímpico”



Mirá la historia
de Mauro Depergola.

En el momento de la verdad.

osde

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar - R.N.A.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 6-1408-1. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.

HACIA LA EFICIENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS: NACIÓN Y PROVINCIAS AVANZAN EN UNA ESTRATEGIA COMPLEMENTARIA

Se espera que esto posibilite un uso inteligente e integrado de los recursos nacionales y provinciales y permita planificar la adquisición para evitar demoras en el acceso a estos insumos.

De acuerdo con lo establecido en la última reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA), el Ministerio de Salud inició las reuniones de trabajo con los equipos técnicos de las 24 jurisdicciones para avanzar en una estrategia de compras integradas y complementarias y prever los futuros procesos de adquisición a fin de evitar demoras que afecten el acceso oportuno de la población a este tipo de insumos.



Encabezadas por la viceministra de Salud, Cecilia Loccisano, los encuentros contaron con la participación de Ministros provinciales y referentes de cada una de las áreas técnicas de la cartera sanitaria nacional involucradas en los procesos de adquisición de medicamentos. Al momento, ya se concretaron las reuniones de trabajo con las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, Salta, Santa Fe, Mendoza, Neuquén y con la Ciudad de Buenos Aires. En las próximas semanas se realizarán los encuentros del total de jurisdicciones a fin de finalizar esta primera ronda de trabajo antes de la próxima reunión de Consejo Federal de Salud.

Loccisano destacó que estas reuniones “representan una oportunidad para construir nuevos vínculos entre Nación y las provincias. Estamos ante un cambio de paradigma en el que las jurisdicciones tienen que asumir las responsabilidades de planificar y confeccionar los programas sanitarios más convenientes para sus territorios, mientras que el Gobierno nacional, desde su función rectora, debe marcar el camino, garantizar lo establecido por ley y brindar herramientas de articulación y acompañamiento”.

Mediante un trabajo sincronizado y una comunicación más fluida, se espera comenzar a delinear un plan de compras integradas para todo el año, que permita un uso más eficiente de los recursos nacionales y provinciales. De esta manera, las provincias podrán contar con información precisa y oportuna para prever la compra acuerdo a la demanda y a la disponibilidad de los insumos. Por otro lado, a partir de la segmentación y seguimiento de las entregas por parte de la cartera sanitaria nacional, se espera alinear los stocks con las provincias y alcanzar una mayor eficiencia en la distribución.

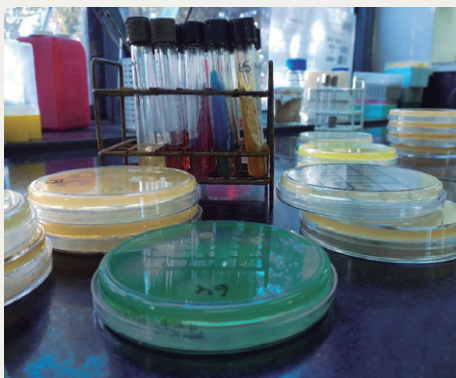
Teniendo en cuenta que, en muchas ocasiones, el Gobierno nacional suplía o cubría las competencias provinciales vinculadas a la compra de medicamentos, la decisión de realizar reuniones focalizadas con cada jurisdicción busca generar espacios que permitan evaluar las necesidades y escenarios específicos y redefinir los alcances de la articulación.

Cabe destacar que el Ministerio de Salud continuará adquiriendo los medicamentos que le correspondan por ley. Las inversiones proyectadas para 2025 incluyen \$356.000 millones en compra de vacunas; \$40.000 millones destinados a la adquisición de antirretrovirales, medicamentos para hepatitis virales, tuberculosis y tests diagnósticos; \$66.000 millones para el Programa REMEDIAR y \$115.000 millones destinados a la Dirección Nacional de Asistencia Directa y Compensatoria (DINADIC) y el Banco de Drogas Especiales para la adquisición de medicamentos de alto costo.

Asimismo, a fin de facilitar la compra directa por parte de las jurisdicciones, la cartera sanitaria nacional también realizó las gestiones correspondientes con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que las provincias puedan adquirir medicamentos a través de sus fondos rotatorios sin intervención del Gobierno nacional. Ya firmaron sus convenios las provincias de Buenos Aires, Chaco, Entre Ríos, Mendoza, San Juan y Tucumán. ■

EL ANLIS MALBRÁN RECIBE UNA DOBLE DISTINCIÓN INTERNACIONAL

El organismo fue reconocido por la presentación de dos trabajos que estudiaban la resistencia antimicrobiana.



El Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) de la ANLIS Malbrán ha sido reconocido con una doble distinción en el evento más importante a nivel mundial dedicado a la microbiología y enfermedades infecciosas. Se trata del Congreso Global de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (ECCMID 2025), que tendrá lugar en la ciudad de Viena, Austria, desde el 11 al 15 de abril, y que reúne anualmente a más de 10.000 profesionales, investigadores y especialistas con el objetivo de intercambiar conocimientos, perspectivas y los últimos hallazgos e innovaciones en la materia.

En ese marco, el Laboratorio Nacional de Referencia en Antimicrobianos del INEI obtuvo los mejores puntajes por dos de sus investigaciones, entre los más de 7.000 trabajos que se presentaron a nivel internacional vinculados a la resistencia a los antimicrobianos (RAM). Una temática que representa una grave amenaza para la salud pública, ya que dificulta el tratamiento de infecciones causadas por virus, bacterias, hongos y parásitos.

El primero de los estudios del INEI analizó la eficacia de la combinación de los antibióticos cefepime/zidebactam contra bacterias multiresistentes, demostrando su potencial como tratamiento en infecciones severas. En el análisis se resalta el potencial de esta nueva combinación antimicrobiana que podría ampliar las alternativas de tratamiento en casos críticos.

El siguiente trabajo se trata de un estudio multicéntrico llevado adelante por ANLIS “Malbrán” junto a 16 hospitales de todo el país, que estableció un nuevo método estandarizado para evaluar la sensibilidad de otra combinación de antibióticos (aztreonam-relebactam) para el tratamiento de infecciones por superbacterias. La implementación de esta metodología contribuirá a un diagnóstico más preciso y rápido, mejorando la selección de tratamientos efectivos para infecciones graves por bacterias multiresistentes.

Aunque la resistencia a los antimicrobianos ocurre de manera natural por cambios genéticos, su avance se ha acelerado debido al uso indebido y excesivo de estos fármacos. Para frenar esta crisis sanitaria global, es fundamental implementar estrategias que regulen su uso, fomenten la investigación y desarrollen nuevas alternativas terapéuticas que garanticen tratamientos eficaces en el futuro.

En ese sentido, el Servicio de Antimicrobianos del INEI – ANLIS Malbrán trabaja en la vigilancia de resistencia antimicrobiana, diagnóstico referencial, programas de evaluación externa de la calidad, formación de recursos humanos e investigación en salud pública. El Servicio ha sido designado como Laboratorio Nacional y Regional de Referencia en RAM por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Esta doble distinción no solo refuerza el compromiso del ANLIS “Malbrán” en la lucha contra la resistencia antimicrobiana, contribuyendo a la mejora de la salud pública y la optimización de terapias antibióticas y estrategias diagnósticas en la Argentina y el mundo; sino que también representa un paso más en la puesta en valor del organismo proyectándolo a nivel mundial. ■

- 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



DEUDAS ACUMULADAS EN SALUD: LA TRANSFORMACIÓN ES URGENTE



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Cada final y comienzo de año se convierte en un ejercicio catártico y reflexivo que, aunque valioso, a menudo se queda en la mera constatación de lo ocurrido. El estado de la salud no puede limitarse a resúmenes retrospectivos; el diagnóstico es conocido, el hoy demanda proyectos integrales, estrategias que apunten a cambios reales y sostenibles en un sistema que ha demostrado estar en constante tensión.

Llevamos un año de un nuevo gobierno, es indispensable reconocer que el sistema de salud está marcado por deudas que van desde mucho más atrás, y que los vaivenes económicos o la volatilidad de la inflación solo agudizaron una larga enfermedad crónica por inacción. La salud arrastra una crisis estructural que se extiende por más tiempo del que permiten las fluctuaciones económicas, y es justamente esa persistencia la que exige una transformación urgente mediante planes concretos.

La situación económica del país ha condicionado que las políticas de salud se hayan visto muchas veces subordinadas a la necesidad de estabilizar la economía. El entorno de inflación incontenible y de incertidumbre ha relegado a la salud a un segundo plano, esperando el momento en que la macroeconomía permita implementar cambios profundos. No obstante, este enfoque de “esperar lo estable” ha dejado al sistema en un estado de vulnerabilidad, en el que las medidas aisladas no han logrado encaminar al sector hacia mejoras sustanciales.

El desafío, luego de que empecemos a vislumbrar un mayor estabilidad, consiste en articular políticas que, aun en tiempos económicos complejos, impulsen resultados concretos: la optimización de recursos, la mejora de la cobertura asistencial y la consolidación de un sistema que responda a las demandas actuales. Es preciso, por tanto, diseñar planes estratégicos que permitan anticipar y resolver problemas, en lugar de simplemente documentarlos.

Durante décadas, el sistema ha mostrado un patrón de fragmentación y falta de planificación que afecta tanto a usuarios como a profesionales. La desconexión entre las diversas instancias –municipales, provinciales y nacional– ha impedido el desarrollo de soluciones integradas. La falta de un enfoque estratégico ha propiciado que los cambios sean, en el mejor de los casos, paliativos y, en el peor, insignificantes frente a las necesidades reales de la población.

En este contexto, la salud merece, sin discusión, una reforma profunda. La situación actual nos obliga a repensar la manera en que se organizan y financian los servicios de salud, adoptando medidas que no se limiten a respuestas temporales, sino que apunten a una transformación estructural. Durante este año se han adoptado algunas decisiones en ámbitos puntuales, tales como la operatoria de las prepagas, la prescripción de medicamentos y la cobertura de los mismos. Estas medidas, aunque importantes, han resultado fragmentarias y reactivas, sin constituir un plan central que ordene el sistema de salud en su conjunto.

La falta de una política integral se hace patente: se han sumado iniciativas aisladas que, a pesar de sus beneficios parciales, no logran dar respuesta a las carencias estructurales que aquejan al sistema. Esperamos que en el corto plazo conozcamos un plan maestro que articule las distintas medidas; de lo contrario, se corre el riesgo de caer en la trampa de lo meramente correctivo.

Uno de los problemas más evidentes es la falta de articulación entre los diferentes niveles del sistema público. Esta desconexión organizacional repercute directamente en la experiencia del usuario, generando inequidades que deberían ser abordadas con urgencia. El subsector público se encuentra, además, afectado por la precariedad salarial y la insuficiencia de cobertura en áreas críticas.

El personal que labora en el ámbito de la salud sufre las consecuencias de una estructura que no solo carece de planificación, sino que también está sometida a limitaciones presupuestarias que afectan la continuidad y calidad de los servicios. Frente a este panorama, resulta imperativo que se diseñen planes que prioricen la integración y la mejora de las condiciones laborales, elementos esenciales para garantizar una atención de calidad.

La seguridad social continúa siendo uno de los pilares del sistema, pero también uno de los eslabones más débiles. La multitud de obras sociales, en lugar de representar una red complementaria, evidencian una fragmentación que dificulta el equilibrio entre la demanda de prestaciones y la capacidad de financiamiento. Muchas de estas entidades operan por debajo del punto de equilibrio, lo que repercute en la calidad de la atención que brindan y en la capacidad de respuesta ante las necesidades de la población.

Además, los incrementos en los valores de pago a prestadores han resultado insuficientes frente a la inflación. Tanto en honorarios profesionales como en el gasto sanitario, la falta de ajuste ha profundizado la crisis del sector privado, sumado a la pérdida de los subsidios otorgados durante la pandemia. La ausencia de reglas organizativas claras y la multiplicidad de normas generan un escenario en el que las expectativas de cobertura y atención superan las posibilidades reales de financiación.

El desarrollo del capital humano en salud es un proceso continuo que se lleva a cabo en nuestras universidades públicas y privadas. Sin embargo, la inversión en este sector ha disminuido considerablemente, con un desfinanciamiento que se aproxima al 30%. Esta reducción de recursos afecta directamente la calidad de la formación, se traduce en tasas de graduación bajas y limita las posibilidades de innovación y mejora en la práctica clínica.

El sistema de formación de posgrado, si bien cuenta con iniciativas relevantes como el Examen Único organizado por el Ministerio de Salud, enfrenta desafíos significativos. La permanencia de este examen a lo largo de cambios de gobierno ha sido un punto positivo, pero su carácter no obligatorio en las residencias y la alta tasa de vacantes sin cubrir en especialidades prioritarias son señales de que se requiere un replanteamiento.

El sistema de residencias, con toda la experiencia acumulada, tiene la capacidad de autoevaluarse y generar respuestas basadas en sus propios datos; sin embargo, el aumento en la oferta de vacantes debe ir acompañado de medidas complementarias que aseguren la calidad y pertinencia de la formación. Es necesario que las universidades se integren de manera más activa en el sistema de residencias. Propuestas como la implementación de un examen de admisión similar al MIR español, basado en evidencia, podrían ampliar la cobertura y asegurar que el recurso humano esté alineado con las necesidades reales del sistema.

En 2025, el horizonte ideal es aquel en el que la macroeconomía, aunque aún desafiante, deje de ser el obstáculo principal para avanzar en reformas urgentes. Es momento de pasar a la acción concertada, y de apostar por proyectos que generen mejoras palpables en la calidad de vida de los argentinos. El desafío que tenemos por delante requiere liderazgo de las autoridades, pero también usuarios y prestadores profesionales e institucionales deben comprometerse. Debemos entender que el cambio profundo que requiere el sistema cambiará las reglas de juego.

La construcción de un sistema de salud robusto requiere no solo de recursos y de políticas bien pensadas, sino también de un compromiso colectivo: de profesionales, gestores y usuarios que entiendan que el cambio debe ser monumental y que un sistema de salud que alcance a todos y satisfaga a quienes dan el servicio se basa en el principio de solidaridad a ambos lados, en el que antes de que cada uno consiga lo que quiere, lo importante es que todos consigan lo que necesiten en la medida de la disponibilidad de recursos. ■

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



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

CUIDAMOS TU SALUD

Obra Social con más
de 30 años de
trayectoria



COBERTURA TOTAL SIN COSTO

Presentes en todo el país

Sanatorios de media y alta gama

Hola Doctor App

Emergencias y Urgencias 24 horas



Afiliaciones por Whatsapp al 1151686167



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

EL ESTRÉS FINANCIERO Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LOS ARGENTINOS



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

El estrés financiero se define como la angustia y preocupación que experimentan las personas debido a la falta de estabilidad económica. Este tipo de estrés puede derivar de diversas situaciones como deudas elevadas, ingresos insuficientes, gastos imprevistos o la incapacidad de ahorrar para el futuro. En un mundo donde la economía es volátil y los cambios financieros son constantes, el estrés financiero se ha convertido en una preocupación común para muchos individuos.

En el contexto económico actual, marcado por la inflación (en la Argentina en descenso, pero persistente, aunque también expandida por el mundo), el desempleo y la incertidumbre financiera, el estrés financiero se ha intensificado. Además, los altos costos de vida y la creciente desigualdad económica han incrementado la presión sobre las finanzas personales. Las crisis económicas y los recortes en los beneficios sociales también han contribuido a aumentar el estrés financiero en la población.

A nivel poblacional, el estrés financiero puede tener un impacto negativo en varios indicadores sanitarios:

- **Esperanza de vida:** las personas que sufren estrés financiero tienden a tener una menor esperanza de vida debido a los problemas de salud asociados. El estrés financiero afecta la salud mental de las personas y también tiene consecuencias físicas. La ansiedad y la depresión son comunes entre aquellos que experimentan estrés financiero, lo que puede llevar a problemas como insomnio y trastornos alimenticios. Además, el estrés crónico puede desencadenar enfermedades cardiovasculares, hipertensión y problemas digestivos.
- **Calidad de vida:** el estrés financiero reduce significativamente la calidad de vida, afectando las relaciones personales y el rendimiento laboral. El estrés financiero crónico puede afectar la capacidad cognitiva, la memoria y el aprendizaje, y aumentar la probabilidad de sufrir alteraciones del sueño y enfermedades relacionadas con el comportamiento.
- **Acceso a servicios de salud:** la falta de recursos financieros puede impedir que las personas accedan a servicios médicos preventivos y tratamientos adecuados. Por otro lado, la mayor demanda de servicios de salud mental y física satura los recursos disponibles, lo que lleva a tiempos de espera más largos y a una disminución en la calidad de la atención. Además, las personas con estrés financiero a menudo posponen la búsqueda de atención médica hasta que sus condiciones se vuelven críticas, lo que resulta en costos más altos y un uso ineficiente de los recursos sanitarios.

En la Argentina, el impacto del estrés financiero en la salud de la población podemos observarlo en algunos estudios:

- **Salud mental:** un estudio del Observatorio de Psicología Social Aplicada de la Universidad de Buenos Aires (UBA) de principio de 2024 reveló que “el 45,5% de los argentinos está atravesando una crisis, ya sea vital o económica, y el 9,4% de las personas están en riesgo de sufrir un trastorno mental”. En relación con estos datos, el 72% de los argentinos encuestados (n=3141) afirmó que “los problemas económicos afectan en gran medida a su salud mental”.
- **Impacto en la calidad de vida:** la crisis económica ha generado que la mayoría de los argentinos sientan que su calidad de vida está cada vez peor. Según el estudio realizado por Voces! y WIN International, apenas un 35% de los argentinos encuestados considera que su nivel de estrés es bastante bueno o muy bueno, en contraste con el 66% a nivel mundial. La percepción de los argentinos sobre su propia salud ha disminuido en los últimos años. Actualmente, solo siete de cada diez personas se consideran saludables o muy saludables, mientras que, en 2018, el 86% evaluaba su salud de manera positiva.

Estos datos muestran cómo el estrés financiero no solo afecta la salud mental, sino también la salud física y la calidad de vida de los argentinos. La situación económica actual, ha exacerbado estos problemas, subrayando la necesidad de políticas integradas que aborden tanto las necesidades económicas como las de salud.

Para afrontar el estrés financiero desde el sistema de salud, se deberían implementar varias políticas efectivas. Desde programas de mayor accesibilidad a medicamentos y eliminación de pagos directos hasta mejoras en la eficiencia del sistema de salud (racionalizar el uso de medicamentos, la introducción de tecnologías de salud o la compra de insumos y medicamentos esenciales aprovechando economías de escala). También son necesarios más programas de salud mental y apoyo psicológico.

Otras medidas como la educación financiera entre la población y el fortalecimiento de las políticas de protección social (mejorar el seguro de desempleo o de incentivo de empleo) son necesarias desde afuera del sistema de salud para disminuir el estrés financiero y, por ende, mejorar la eficiencia y equidad del sistema de salud en la Argentina. Si bien es cierto que se ha conseguido cierto orden macroeconómico, aún falta mucho camino que recorrer para lograr estabilidad, desarrollo y disminuir el estrés financiero en la mayoría de la población.

Sin embargo, las políticas de salud en la Argentina van en sentido contrario a estas recomendaciones. El Estado nacional, a través del PAMI o desde el Ministerio de Salud de la Nación, han recortado programas de cobertura y recursos. Lamentablemente, las provincias no han podido compensar estos recursos como así tampoco las obras sociales, siendo que la inversión total disminuye (en dinero invertido y en cobertura efectiva).

En resumen, el estrés financiero es un problema creciente en el contexto económico actual que afecta tanto a la salud individual como a la salud poblacional. Su impacto negativo en el sistema de salud resalta la necesidad de políticas económicas y sanitarias integradas que aborden de manera efectiva las causas subyacentes del estrés financiero y promuevan el bienestar general de la sociedad. La pregunta es ¿cómo lo vamos a enfrentar? ■

(*) Profesor universitario.

A close-up portrait of a young woman with brown hair, freckles, and a warm smile. Her eyes are looking directly at the camera. The background is dark and out of focus.

Acompañarte
es siempre
el mejor plan

GALENO

NUESTRO DORIAN GRAY

VERSO Y REVERSO EN SALUD



Por el Dr. Mario Glanc (*)

En 1890, Oscar Wilde publicó una de sus novelas más conocidas: El retrato de Dorian Gray, más tarde llevada incluso al cine. Como es conocido, el argumento central gira alrededor del narcisismo del protagonista cuyo ideal estético lo lleva a sostener inmaculado su retrato en su apariencia, mientras que, en su dorso, sus acciones y sus fallas muestran su rostro en ruinas.

La reciente reconfiguración de nuestro sistema de salud establece normas y procedimientos que, habida cuenta del desorden y la desarticulación precedente, aparecen como racionales y en algunos casos deseables. El problema es que, al igual que el aquel retrato del relato de Wilde, aunque la pintura resulte seductora y el lienzo en el que se inscribe haya estado plagado de imperfecciones y defectos, la auto celebrada libertad de la apariencia esconde, en su reverso un semblante de inequidad e injusticia.

Veamos...

Decisión Administrativa 76/2024. "Transfírase la Dirección Nacional de Asistencia Directa Compensatoria y su dependiente Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales ... a la órbita del Ministerio de Salud". Centralización razonable, pero...

Elba F. 58 años. Argentina. Empleada doméstica Sin aportes previsionales. Diagnóstico: Ca. Lobulillar Invasivo de Mama, HER2 (+), estadio III. Tras la cirugía realizada en Htal. Provincial requiere tratamiento hormonal + pembrolizumab. Inicia gestión solicitando primero la prescripción del médico actuante, la ratificación ulterior de la dirección del hospital y su no disponibilidad en el mismo. Tras ello acuden al Ministerio de Salud provincial, para obtener el rechazo expreso de su provisión firmado por el ministro, preparan la documentación necesaria para la elevación final a la DINADIC, que, tras asistencia técnica de la Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología, evalúa la solicitud y dispone el mecanismo de compra primero, y de provisión ulterior. Cuando unos meses más tarde el tratamiento llega a destino, el diagnóstico cambió. Es estadio IV. Elba no llegó a tiempo.

Comunicado de prensa 06/02/25. Nueva web de Medicamentos: más información para elegir con más libertad. "La nueva página web permitirá a los ciudadanos ver el listado completo de precios de los medicamentos que hay en el mercado. Es la primera vez que los argentinos podrán acceder a esta información y elegir con libertad". Un paso adelante, aunque...

Juan Carlos F. 62 años. Empleado. Con aportes previsionales y seguridad social. Diagnóstico: Síndrome metabólico. Prescripción: Losartán + Atorvastatina + Hidroclorotiazida + Metformina. En la farmacia, Juan Carlos recuerda que puede consultar la web que le permitirá una elección racional y por ende conveniente. Tipea Metformina: encuentra 146 presentaciones y concentraciones. Algo desconcertado pasa a Losartán: los resultados son 143. Y finalmente, Rosuvastatina: 153. Con sus 442 posibilidades de elección llega al mostrador de la farmacia. Consulta. El farmacéutico no conoce a la mayoría de las marcas listadas. Juan Carlos, mientras piensa que la libertad de elegir debería operar sobre conocimientos simétricos, responde; "y bueno... deme la de siempre".

Resolución 1/2025 y Comunicado de prensa 31/01/25: "A partir de hoy, los aportes de beneficiarios -de quienes aún no hayan realizado el trámite- pasarán de manera directa a la Empresa de Medicina Prepaga que le brinda las prestaciones de salud". Se acaba la intermediación y el peaje, sin embargo....

Rosa G. Diagnóstico: Diabetes insulino dependiente. Afrontando el costo del Plan Superador, deriva aportes a una OO.SS que mantiene convenio con EMP. La noticia la entusiasma. Consulta en la Obra Social cuándo va a recibir el descuento por cese de la intermediación y obtiene como respuesta una sonrisa compasiva. En su prestadora le anticipan que hasta que el tema no esté adecuadamente reglamentado, la provisión de insulina, y muy particularmente, la del dispositivo que viene gestionando hace ya unos meses, queda en suspenso hasta nuevo aviso.

Decreto 955/2024 y Comunicado de Prensa 28/10/24 Nuevo registro de agentes de seguro para pequeños contribuyentes y monotributistas. Explicitación de cobertura, aunque...

Esteban L. 32 años. Diseñador Gráfico. Diagnóstico: Escoliosis. Después de varios años en la actividad, factura regularmente a pequeños emprendimientos. Por su condición de monotributista busca cobertura en alguna de las OO.SS del listado vigente. Recibe respuestas dilatorias, argumentos diversos, pero todavía no pudo ingresar a ninguna de ellas. Actualmente intenta hacerlo a través de alguna de las EMP en forma directa. Tampoco lo logra dado que los aranceles resultan inalcanzables. Sigue sin cobertura, mientras cumple puntualmente con su pago como monotributista.

Resolución 1926/2024, las entidades comprendidas en la Ley N° 23.660 (incluyendo Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga) pueden fijar libremente los aranceles en concepto de coseguros para las prestaciones médico-asistenciales contempladas en el PMO y sus normas complementarias. Bienvenida la competencia, pero hay un detalle...

Elda R. Empleada doméstica. Afiliada a OO.SS desde 2014. Diagnóstico: Artritis Reumatoidea. En los policlínicos de su OO.SS, el costo de una consulta con el médico derivador es de \$ 18.000, lo mismo que el del reumatólogo, quien prescribe ordenes de laboratorio cuyo coseguro asciende a \$ 32.000. Los \$ 68.000 resultantes, sin contar viáticos ni lucro cesante representan un 15% de sus ingresos. Y aún debe adquirir los medicamentos. Elda resuelve comprar ibuprofeno en el super.

"Empezamos pidiéndoles a las provincias que sean protagonistas de su gestión en la Salud Pública, así lo marca la Constitución Nacional. Son (ellas) las responsables de garantizar una salud de calidad y eficiente". Mtro. M. Lugones 12/12/24. Indiscutible, pero

Alberto H. 56 años. Sin cobertura explícita. Diagnóstico: Infarto Agudo de Miocardio. Asistido en el Hospital de referencia en su localidad, ingresa a las 23.00 Hs, a los 85 minutos de haber iniciado los síntomas. Se constata IAM anterior extenso. Tratamiento recibido: NTG + B. Bloqueantes. No se realiza perfusión coronaria con STK por falta de disponibilidad de medios. No Angioplastia por no contarse con servicio de hemodinamia. Fracción de eyección a los 60 días del alta: 28%.

Y así, las muchas pinceladas del retrato. Esas y demasiadas más que todos conocemos por experiencia cotidiana.

Mientras pareciera que la pintura se renueva y se perfecciona, en el reverso, un rostro envejece perdiendo lo más bello: valores que expresaban que toda enfermedad evitable es un sufrimiento injusto, y que toda muerte eludible es una indignidad intolerable.

El lienzo del retrato está gastado por años de ineficiencia, intereses corporativos, inadecuada asignación de prioridades, corrupción y desatinos. Pero ¿en serio vamos a sostener que libre elección y el libre mercado son capaces de resolver la inequidad y la injusticia del sistema? ¿En verdad vamos a naturalizar que el problema principal es sólo el mal uso de los recursos, la ineficiencia, o en definitiva la caja? ¿No hay nada que la intervención del Estado optimice, o corrija?

Si ciertamente creemos que la crisis sectorial requiere reformulaciones urgentes, y algunas de ellas están modificando ciertamente su estructura, es preciso que el consenso acompañe y sustente la política. No es ingenuidad. No es inocencia. Es la necesidad de sumar ideas y esfuerzos. Encontrar salidas. Prescindir de dogmatismos. Sumar voluntades críticas, en el mejor sentido de la palabra. ■

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



Omint

**SU AMOR ES LA
MEJOR COMPAÑÍA.**

**AHORA TUS MASCOTAS
TE PUEDEN VISITAR A TRAVÉS
DE NUESTRO PROGRAMA.**



**MEJORAN LA
FRECUENCIA
CARDÍACA**

**GENERAN
DISTRACCIÓN
POSITIVA**

**DISMINUYEN EL
NIVEL
DE ESTRÉS**



**Clínicas del
GrupoOmint**

CRISIS POLÍTICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

En coincidencia con una decisión similar de la Presidencia de EE. UU., el Gobierno argentino ha comunicado su decisión de retirar al país de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Posiblemente la decisión argentina no tenga significación operativa en el funcionamiento de la entidad, pero la cancelación del apoyo de los EE. UU., seguramente va a determinar una seria crisis de financiamiento de la OMS y, posiblemente a corto plazo, del sistema de relaciones y cooperación internacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). El país mantiene su pertenencia a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), institución creada en 1902 que, desde 1949 asumió además las funciones de Oficina Regional para las Américas de la OMS, y desde 1959, las de organismo sectorial de salud de la Organización de Estados Americanos (OEA).⁽¹⁾

En este sentido, la vinculación del país con la OMS se sigue manteniendo indirectamente a través de la OPS, pero resignará su participación en reuniones internacionales de carácter científico y coordinación, organizadas por ese ente multilateral. Estas decisiones fueron claramente de carácter político, no técnico. Aludir a la gestión de la pandemia parece un argumento circunstancial.

La OMS forma parte del conjunto de organismos, establecidos al término de la 2ª Guerra Mundial, para consolidar la convivencia de las naciones en un marco global de equilibrio y colaboración. El punto de partida político, sobre el que se construyeron los organismos multilaterales, se inició con los acuerdos alcanzados en Yalta (URSS) en febrero de 1945 y en Potsdam (Alemania) en julio-agosto del mismo año. Previamente, los *Acuerdos de Bretton Woods* (EE. UU.) de 1944, habían determinado los términos en que se establecerían los vínculos económicos.⁽²⁾ Más tarde, entre 1945 y 1948, se constituyeron UNESCO, FAO, UNICEF -para responder a las necesidades más urgentes de los niños damnificados por la guerra-, y la OMS.⁽³⁾

Es notorio que el desarrollo cooperativo del sistema de la ONU comprometió gran cantidad de recursos y esfuerzos, en los que EE. UU. aportó una parte sustancial. La estructura organizativa se basa en Estados jurídicamente independientes, aunque sus dimensiones sean infinitamente diferentes: conviven pequeños archipiélagos oceánicos con EE. UU., Rusia, China e India, con teórica igualdad de derechos, por lo que actualmente están asociados 196 Estados, en esas entidades de carácter intergubernamental. La diferenciación en el poder de decisión de los miembros, sólo se instrumenta a través del Consejo de Seguridad de la ONU. La misma estructura decisoria intergubernamental mantienen tanto la OMS como la OPS, pero los aportes tienden a ser proporcionales a la magnitud de los países. A lo largo de las 8 décadas transcurridas, desde que el concierto de naciones emergentes de la 2ª Guerra Mundial construyó esta compleja estructura de relaciones político-económicas y sectoriales, los costos del funcionamiento se incrementaron precipitadamente en comunicaciones, edificios, personal y logística, sin que los resultados fueran satisfactorios para los Estados miembros.

El principio que inspiró esta convergencia multilateral de naciones puede remontarse al concepto de "estado de bienestar" o *welfare state*, acuñado por el Reino Unido en los '40, por oposición al de *warfare state*, en base al eje de relaciones entre Estados. Tras

el fin de la conflagración empleando armas nucleares, el propósito del sistema de la ONU fue supeditado a la "coexistencia pacífica" entre los bloques capitalista y socialista. Las estrategias de protección social, implementadas por los países entre las décadas del 50 y 80, posibilitaron condiciones aceptables de bienestar, sin que los resultados -vistos un cuarto de siglo después (1990 a 2015)⁽⁴⁾-, permitieran encontrar rasgos favorables en el desarrollo de las naciones: sólo mejoraron significativamente en salud, las que disponían de recursos socio-demográficos previos. En el marco de coexistencia entre los bloques políticos -expresado a través de un lenguaje neutro-predominaron orientaciones social-demócratas y socialistas, entre el personal permanente (no, entre los expertos convocados). Es visible cierta actitud de aprobación hacia los modelos de organización sanitaria de Inglaterra y Cuba, y, en cambio, marcadamente crítica ante el de EE. UU. Sus técnicos suelen atribuir la mayor parte de los rasgos inequitativos de los sistemas de salud, al que caracterizan como "modelo médico-hegemónico".⁽⁵⁾

Tras este apretado relato, cambiaron las circunstancias determinantes. La doctrina de *estado de bienestar* enfrentó una aguda crisis a principios de la década del 90. Nuevas opiniones políticas cobraron adhesiones desde los primeros años del Siglo XXI, alentando el crecimiento de corrientes liberal-conservadoras, que se creían desplazadas. El enorme presupuesto del sistema institucional de la ONU -donde está incluida la OMS- ha sufrido un marcado desgaste, en función de los resultados de su desempeño. Los fondos con que cuentan estas organizaciones sólo alcanzan para financiar su propio *metabolismo basal*, pero no para subsidiar las acciones que promueven. Los criterios de consenso a través de Estados han sido desplazados por alianzas comerciales, políticas y regionales más dinámicas. El principio de "coexistencia pacífica" entre bloques ideológicos, fue superado por la competencia tecnológica entre las grandes potencias (4ª Revolución Industrial), y el mundo asiste asombrado ante enfrentamientos político-religiosos ancestrales, que parecen extemporáneos. Parece necesario revisar el modelo de cooperación y coordinación internacional actual, basado en Estados, por otro más adecuado a los enunciados formulados a mediados del Siglo XX. ■

Bibliografía:

- 1) Conviene acotar como ilustración histórica que, Emilio Coni, principal organizador de los congresos sanitarios latinoamericanos en los primeros años del Siglo XX, que derivaron más tarde en la creación de la OPS, se oponía a la denominación "panamericana", porque implicaría el predominio de EE. UU. en la organización regional.
- 2) De Bretton Woods surgieron dos organismos permanentes: a) el Fondo Monetario Internacional (FMI), para financiar déficits eventuales de balanza de pagos, mediante préstamos a mediano plazo de fondos multilaterales, y b) el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), luego conocido como Banco Mundial (BM), para asistencias financieras de largo plazo.
- 3) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 1945, sede París; b) Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, Food and Agriculture Organization), 1945, sede París; c) Fondo de Emergencia Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, United Nations International Children's Emergency Fund), y d) Organización Mundial de la Salud (WHO, World Health Organization), 1948, sede París.
- 4) Healthcare Access and Quality Index in 195 countries and territories, 1990 -2015. The Lancet; 390: 231-66. Funded by Gates F., 2017.
- 5) OPS: Documento de Posición de OPS/OMS. Washington D.C., 2007.

(*) 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.

Nueva App UOCRA

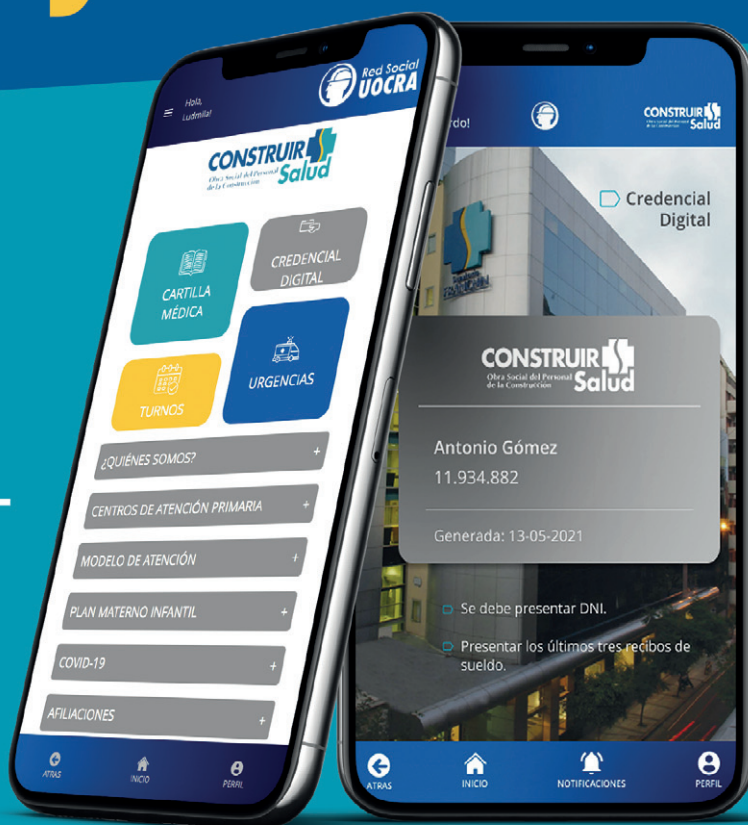
La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic de distancia!



Disponible en:



¡Ingresa al
mundo UOCRA
estés donde estés!

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



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

UN ESTADO PEQUEÑO Y EFICIENTE... ¿PARA QUÉ?



Por el Dr. Rubén Torres (*)

En la década del 90' se estableció la libre elección entre obras sociales u opción de cambio. Esto dio lugar a que las empresas de medicina prepaga (EMP) hicieran convenios con algunas obras sociales para que los afiliados de mayores ingresos deriven su aporte a ellas a cambio del pago de una comisión a la obra social derivadora. Esta "derivación de aportes", o "desregulación", como popularmente se conoce implicó también el "descreme", que acabó con la lógica solidaria básica del sistema de seguridad social.

El año pasado se habilitó el ingreso (previa inscripción) de las EMP como agentes del seguro de salud, pudiendo así recibir los aportes y contribuciones sin la intermediación de una obra social. Hace pocos días, y con un llamativo instrumento legal ⁽¹⁾ (Resolución 1/2025 de la Unidad Gabinete de Asesores del Ministerio de Salud) se dispuso que los afiliados que derivan aportes tienen que enviarlos directamente a la EMP, o bien, quedarse en la obra social derivadora y recibir de ella los servicios médicos.

Así, "asesores" del Ministerio de Salud prohíben hacer "derivación de aportes", pues si bien se otorga a los afiliados la posibilidad de manifestar su voluntad de permanencia, la falta de un procedimiento claro y la imposición de plazos vulneran el principio de razonabilidad y transparencia en la administración de derechos fundamentales. Esta acción de gobierno implica un cambio masivo con riesgos de generar serias disrupciones en el funcionamiento de la seguridad social, y aun en la medicina privada, y resulta muy sugerente que tanto el Ministro como el Superintendente de Servicios de Salud, este último responsable del control y regulación de las obras sociales y EMP, se excusaran de firmar la norma.

Más allá de estas improvisaciones que seguramente cuestionarán su legalidad, quisiera profundizar en los efectos reales de estas medidas, no sin antes hacer la salvedad de que personalmente he propiciado y sostengo estas medidas, he plasmado esta convicción en un libro de mi autoría ⁽²⁾, en el cual ya se estimaba el monto de fondos retenido en la intermediación. ⁽³⁾

El objetivo central de la medida debiera ser, a mi entender, mejorar la posibilidad de pago de bolsillo del afiliado, y a su vez mejorar la condición de pago a los prestadores (profesionales de la salud, etc.). ¿Se ha previsto garantizar estos efectos? ¿Y a cuánta gente afecta esta nueva disposición? Unos 4 millones derivan sus aportes a una medicina prepaga (aunque solo una parte de ellos lo hace a través de una obra social intermediaria; en otros casos reciben los servicios de la prepaga como red prestadora contratada), pero en las obras sociales nacionales hay unos 14 millones de afiliados, es decir que 10 millones no derivan aportes, y de ellos solo el 24% está cubierto por una obra social que con sus aportes, contribuciones más subsidios del Fondo Solidario de Redistribución logra recaudar lo suficiente para cubrir el costo del PMO. ⁽⁴⁾

Se dispuso a terminar con la intermediación en la derivación de aportes, y coincido absolutamente con ello (aun cuando sus beneficios sobre la población comprendida están en duda), pero una lógica de priorización de políticas pasa por alto que un problema mayor es la gran cantidad de personas que con sus aportes no cubren el costo del PMO.

Posiblemente sea de mayor prioridad, y una política mucho más consistente con la solidaridad y la libertad, focalizar el 100% del subsidio SUMA según algunas características de riesgo (como edad y sexo); terminar con la falacia de cobertura de monotributistas con aportes que son un tercio del promedio de los trabajadores en relación de dependencia (y no confinarlos en unas pocas obras sociales que no podrán garantizarles los servicios); u ordenar el PMO eliminando prestaciones que no son de atención médica, como los servicios sociales para la discapacidad, prestaciones que deberían estar a cargo de otras agencias del Estado como ocurre en los países serios.

Reitero, creo que una política mucho más consistente con la solidaridad y la libertad no consiste solamente en permitir a las familias con ingresos suficientes acceder a una prepaga, sino que muchas familias no queden en obras sociales sub-financiadas con un acceso parcial al PMO y muchas veces atendidas en hospitales públicos sobrecargados, con una capacidad profesional impecable y en la mayoría de los casos serias ineficiencias de gestión.

La política sanitaria del gobierno nacional viene derivando responsabilidades hacia las provincias, fortaleciendo a las prepagas y desfinanciando el gasto en salud. En enero de este año el gobierno nacional apeló un fallo que le obligaba a la entrega inmediata de medicamentos a pacientes con enfermedades raras y oncológicas. Con la excusa de auditorías, dejaron de entregar la medicación de alto costo a aquellos que la venían recibiendo. Esto tuvo como consecuencia la discontinuidad de tratamientos o no poder comenzarlos en patologías que tienen fechas límites si no se realizan.

A raíz de esta actitud gubernamental, asociaciones de defensa de los pacientes han realizado nuevos reclamos, y afirman que se produjeron más de 60 muertes en el año 2024. Una situación similar parece acontecer con la medicación postransplante.

Junto a la salida de la OMS, parecen señales de que se está pensando, y en avance, hacia una sociedad más individualista en donde cada uno se salva por sus propios medios y donde el Estado estaría relevado de funciones básicas. Coincido también en la idea de un Estado pequeño y eficiente, tal vez la diferencia estribe en para que necesitamos ese Estado.

Universalidad en el acceso a la salud y equidad en los tiempos de acceso, calidad de la atención y resultados, son en mi humilde opinión, algunas de las condiciones a garantizar. ¿Están entre las previsiones de ese Estado pequeño y eficiente; o hay absoluta confianza en la eficiencia de un pequeño mercado para lograrlos? ■

Bibliografía:

1) La resolución es firmada por un funcionario que no contaría con la debida legitimación, pues la delegación de competencias en el excedería las facultades establecidas por la ley de ministerios y la ley nacional de procedimientos administrativos, constituyendo una usurpación de funciones que competen exclusivamente a funcionarios jerárquicos del Ministerio y la SSSalud. Además, la resolución contradice normas de mayor jerarquía (ley 23.660 y 61, decreto 504/98).

2) Mitos y realidades de las obras sociales, en coautoría con N. Jorgensen y M. Robba, Ediciones ISALUD, 2020, páginas 151 a 159.

3) Páginas 157 y 159.

4) Van der Kooy, Torres, Pezzella y otros. Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura del PMO, 2024. Prosanity, IPEGSA, U. del Salvador.

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



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

¿CRISIS U OPORTUNIDAD? EL DESAFÍO DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EL MUNDO



Por el Dr. David Aruachan (*)

Introducción: un mercado global en tensión

El sector salud en todo el mundo enfrenta desafíos estructurales sin precedentes. Con costos en ascenso, regulaciones cada vez más complejas y una demanda creciente impulsada por el envejecimiento poblacional, el sistema se encuentra al borde de la insostenibilidad. No es solo un problema argentino; en países con sistemas más robustos, como Estados Unidos y Europa, los costos de la salud han superado el crecimiento del PBI durante décadas.

La pandemia de Covid-19 aceleró esta crisis, exponiendo vulnerabilidades en infraestructura, financiamiento y acceso. La digitalización y la inteligencia artificial aparecen como soluciones prometedoras, pero también generan tensiones con los modelos de negocio tradicionales. En este contexto, la Argentina enfrenta un desafío doble: resolver sus problemas internos mientras se adapta a las nuevas dinámicas del mercado global.

El estado de situación en la Argentina: un sistema al límite

Si hay algo que caracteriza al sistema de salud argentino es su complejidad. Con una fragmentación histórica entre los sectores público, privado y de seguridad social, y una regulación errática que ha oscilado entre congelamientos tarifarios y liberaciones abruptas, la salud en la Argentina se ha convertido en un campo de batalla económico y político.

Los prestadores privados, actores clave del sistema, han sido particularmente golpeados. Luego de sobrevivir a una pandemia que los dejó financieramente exhaustos, enfrentan ahora una nueva crisis derivada de la inflación, la litigiosidad laboral y los costos impositivos asfixiantes. ¿El resultado? Un sector con ingresos insuficientes para cubrir sus costos y una brecha cada vez mayor entre lo que pagan los financiadores y lo que realmente cuesta brindar atención médica de calidad.

Según datos de ADECRA+CEDIM, los costos de los insumos médicos y laborales han crecido incluso por encima del Índice de Precios al Consumidor (IPC). A esto se suman deudas impositivas arrastradas por décadas y una litigiosidad laboral que genera fallos impredecibles y financieramente inviables.

El círculo vicioso del financiamiento en salud

El sistema argentino de salud privada opera en un esquema de financiación que se ha vuelto insostenible. La cadena de presión es clara:

1. El prestador (clínicas, hospitales privados, centros médicos) no puede trasladar el aumento de costos directamente a sus ingresos.
2. El financiador (obras sociales y prepagas) no logra aumentar sus cuotas al ritmo de la inflación.
3. El usuario final (particular o empresas que contratan planes de salud) resiste cualquier incremento tarifario.

El resultado es un círculo vicioso donde todos los actores trasladan la presión al siguiente eslabón, pero nadie encuentra una solución real. Mientras tanto, la calidad de la atención se resiente, los profesionales de la salud ven deterioradas sus condiciones salariales y la inversión en innovación queda relegada a un segundo plano.

Regulación y políticas: ¿Se avecina un cambio?

Los recientes movimientos regulatorios en la Argentina reflejan una intención de ordenar las finanzas del sector, pero aún persisten dudas sobre su efectividad. Se han planteado medidas como la eliminación de distorsiones impositivas, el saneamiento de deudas y la revisión de los convenios laborales, pero su implementación sigue siendo incierta.

Algunos puntos clave que deben abordarse en la agenda de reformas incluyen:

- **Sinceramiento de costos:** se necesita un esquema de financiamiento más transparente, donde los costos reales sean reflejados en los ingresos del sistema sin transferencias encubiertas ni subsidios que distorsionan el mercado.
- **Modernización de la legislación laboral:** la salud sigue regulada por convenios colectivos de hace más de 50 años. Es urgente una revisión que contemple la realidad actual, permitiendo negociaciones más flexibles y modelos de contratación adaptados a la nueva economía.
- **Reducción de la litigiosidad:** la judicialización excesiva de las relaciones laborales y comerciales en salud genera costos exorbitantes y pone en jaque la sostenibilidad de las instituciones.
- **Política impositiva racional:** no se puede sostener un sistema donde más del 50% del costo de un empleado se lo lleva el Estado en impuestos y cargas sociales.

La batalla contra los costos: ¿cuál es el camino?

Más allá de la regulación, la clave para la sostenibilidad del sistema está en la eficiencia. La digitalización, la automatización de procesos y la integración de herramientas de inteligencia artificial pueden marcar la diferencia en la reducción de costos sin sacrificar calidad.

Los prestadores que logren adaptarse a este nuevo paradigma, optimizando la ocupación de sus instalaciones, digitalizando la gestión y estableciendo modelos de contratación más eficientes, serán los que logren sobrevivir y crecer en el nuevo contexto.

No menos importante, el diálogo entre los actores del sector es esencial. La negociación individual puede ofrecer soluciones parciales, pero sin un acuerdo sectorial que contemple la realidad de todos los jugadores, cualquier cambio será simplemente un parche temporal.

Conclusión: entre la crisis y la oportunidad

El sector salud argentino enfrenta el que probablemente sea su mayor desafío en décadas. Pero, como bien dice el dicho, en toda crisis hay una oportunidad.

Si se logran implementar reformas estructurales en el financiamiento, la regulación laboral y la carga impositiva, sumadas a la adopción de tecnología para mejorar la eficiencia operativa, el sector tiene la oportunidad de reinventarse y fortalecerse.

De lo contrario, seguiremos viendo clínicas que cierran, profesionales que migran y pacientes que pagan cada vez más por un servicio cada vez peor.

La pregunta no es si el sistema puede seguir como está, sino hasta cuándo puede sostenerse sin cambios profundos. ¿Estamos listos para enfrentar el desafío o seguiremos apostando a la improvisación? ■

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

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

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



ASOCIACIÓN DE
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



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

Nº de inscripción en SSN
0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

LA PROMESA DE LAS TERAPIAS BASADAS EN TELÓMEROS: CIENCIA Y FUTURO EN MEDICINA REGENERATIVA Y ANTIENVEJECIMIENTO



Por el Dr. Carlos Felice (*)

Los telómeros, estructuras protectoras ubicadas en los extremos de los cromosomas, han capturado la atención de la ciencia moderna por su papel fundamental en el envejecimiento celular y la aparición de enfermedades. A medida que las células se dividen, los telómeros se acortan, lo que limita su capacidad de regenerarse y lleva al envejecimiento y a trastornos asociados. Esta realidad ha inspirado una ola de investigaciones enfocadas en terapias que buscan manipular los telómeros y la enzima telomerasa, con la esperanza de retrasar el envejecimiento, prevenir enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida.

Telómeros y telomerasa: un breve contexto

Los telómeros están compuestos por secuencias repetitivas de ADN que actúan como “capuchones” que protegen a los cromosomas de la degradación. Sin ellos, los extremos cromosómicos se fusionarían, causando inestabilidad genética. Sin embargo, cada división celular reduce la longitud de los telómeros debido a las limitaciones de la replicación del ADN. Este fenómeno, conocido como el límite de Hayflick, marca el número máximo de divisiones celulares antes de que una célula entre en senescencia o apoptosis.

La enzima telomerasa, responsable de extender los telómeros al añadir secuencias de ADN repetitivo, está activa en células germinales, células madre y, desafortunadamente, en muchas células cancerosas. Esta dualidad de la telomerasa -como promotora de regeneración celular y facilitadora de cáncer- plantea tanto oportunidades como desafíos para su aplicación terapéutica.

Terapias en desarrollo

1. Activación de la telomerasa: la puerta al rejuvenecimiento

Investigadores están desarrollando tratamientos que buscan activar la telomerasa en células envejecidas. Un ejemplo destacado es el compuesto TA-65, derivado de la planta *Astragalus membranaceus*, que ha mostrado resultados prometedores en la extensión de la vida celular en estudios preclínicos. Adicionalmente, tecnologías de ARN terapéutico están siendo exploradas para reactivar la telomerasa de forma controlada en tejidos específicos.

Sin embargo, el uso de la telomerasa plantea riesgos, ya que su activación podría favorecer el crecimiento descontrolado de células precancerosas. Los estudios actuales buscan equilibrar la regeneración celular sin aumentar la incidencia de tumores.

2. Terapias génicas: redefiniendo el envejecimiento

La edición genética mediante herramientas como CRISPR-Cas9 y los vectores virales está siendo investigada para insertar genes que reactiven la telomerasa en células específicas. Esta tecnología ha mostrado potencial para tratar enfermedades como la fibrosis pulmonar idiopática, causada por un acortamiento prematuro de los telómeros.

Ensayos clínicos preliminares han demostrado que es posible restaurar la longitud telomérica en modelos animales, mejorando la función celular. No obstante, los efectos a largo plazo y la seguridad de estas terapias aún están bajo análisis.

3. Terapias antienviejecimiento sistémico

Más allá de la telomerasa, se están investigando compuestos como los senolíticos, que eliminan células senescentes, y antioxidantes como el resveratrol, que protegen los telómeros del daño oxidativo. Estas estrategias complementan la manipulación de la telomerasa al mitigar el impacto ambiental sobre el acortamiento telomérico.

4. Inhibición de la telomerasa en cáncer

En contraste con las terapias antienviejecimiento, las investigaciones oncológicas buscan inhibir la actividad de la telomerasa para frenar el crecimiento de células tumorales. Compuestos como Imetelstat (GRN163L) están siendo evaluados en ensayos clínicos para diversos tipos de cáncer. Además, las vacunas anti-telomerasa están diseñadas para entrenar al sistema inmunológico para atacar células cancerosas con actividad telomerasa aberrante.

Retos y consideraciones éticas

A pesar del entusiasmo, las terapias basadas en telómeros enfrentan desafíos significativos:

- **Riesgos oncológicos:** la activación de la telomerasa debe ser estrictamente controlada para evitar promover el desarrollo de cáncer.
- **Costo y accesibilidad:** las terapias génicas y basadas en telomerasa podrían ser prohibitivamente costosas, limitando su acceso a la población general.
- **Efectos a largo plazo:** aunque las investigaciones preclínicas son prometedoras, se necesitan estudios longitudinales para evaluar la seguridad y eficacia a largo plazo.

Desde un punto de vista ético, también surgen preguntas sobre la equidad en el acceso a estas tecnologías, así como las implicaciones de extender significativamente la vida humana en un mundo con recursos limitados.

Corolario

La investigación sobre los telómeros y la telomerasa está en la vanguardia de la ciencia biomédica, prometiendo revolucionar el tratamiento del envejecimiento y enfermedades relacionadas. Aunque los desafíos son considerables, los avances recientes en terapias génicas, compuestos farmacológicos y estrategias de prevención ofrecen una esperanza tangible para mejorar la calidad y la duración de la vida humana.

Como dijo el genetista Elizabeth Blackburn, ganadora del Premio Nobel por sus descubrimientos en telómeros: “Entender los telómeros es como entender una llave maestra que puede abrir las puertas del envejecimiento y la regeneración”. El futuro de la medicina regenerativa podría estar literalmente escrito en los extremos de nuestros cromosomas. ■

Fuentes:

- 1) Blackburn, E., & Epel, E. (2017). *The Telomere Effect: A Revolutionary Approach to Living Younger, Healthier, Longer*. Grand Central Publishing.
- 2) Harley, C. B., Liu, W., & Basco, M. A. (2020). Telomerase-based therapeutic strategies for aging and age-related diseases. *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, 21(10), 599-617.
- 3) Shay, J. W., & Wright, W. E. (2019). Role of telomeres and telomerase in cancer. *Seminars in Cancer Biology*, 58, 1-10.
- 4) Jaskeloff, M., et al. (2011). Telomerase reactivation reverses tissue degeneration in aged telomerase-deficient mice. *Nature*, 469(7328), 102-106.

(*) **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).**



ExpomEDICAL 2025

20.ª Feria Internacional de Productos
Equipos y Servicios para la Salud



24.25.26 | SEPTIEMBRE

Centro Costa Salguero. Buenos Aires, Argentina



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

EN CONJUNTO CON

21.ª JORNADAS

DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA

ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN:

► MERCOFERIAS S.R.L.



(54-9-11) 3692-5890



info@expomedical.com.ar



expomedical

www.expomedical.com.ar

UNA REFORMA POSIBLE



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Una de las políticas centrales de esta nueva gestión en el ámbito de la salud nacional es la descentralización de las políticas públicas hacia las provincias. Esta política puede convertirse en una verdadera reforma sanitaria si tanto la Nación como las provincias cumplieren con algunos aspectos a mi entender importantes.

En primer lugar, debe existir inexorablemente una decisión política y presupuestaria de las provincias de asumir el rol rector de la salud pública en cada una de sus jurisdicciones. En la actualidad existe un límite borroso sobre las responsabilidades de cada jurisdicción. Si sumamos a los municipios que en muchas provincias tienen funciones importantes en salud tenemos un mapa fragmentado, segmentado y con reglas de juego muy difusas.

Si bien el sistema público siempre fue federal, hoy está claro que la Nación ve con buenos ojos la asunción por parte de las provincias del rol rector, no solo de los efectores públicos, sino también de una rectoría provincial sobre todo el sector. Estas decisiones políticas deben ser las primeras en tomarse desde cada provincia.

Una segunda instancia debe ser imperiosamente la creación de un espacio de diálogo y acuerdos Nación – Provincia. Hace ya más de 12 años un grupo de sanitaristas propusimos la concreción de un Pacto de Salud entre estas jurisdicciones. Allí nació el Grupo PAIS el cual tengo el honor de presidir en estos momentos. Desde allí bregamos por una reforma con eje en la salud pública en acuerdo de la Nación con las provincias.

En estos acuerdos interjurisdiccionales se deben establecer pautas mínimas para el desarrollo de Sistemas Provinciales de salud o Seguros Públicos Provinciales según sea el modelo que quiera adoptar cada provincia. La iniciativa fallida de Seguro Público de Jujuy es un claro ejemplo de la necesidad de coordinación entre las jurisdicciones. La decisión política de avanzar debe partir de las provincias, pero la rectoría del diseño general del sistema debe estar coordinada con la Nación.

El tercer aspecto debe ser la descentralización total desde Nación hacia la provincia. En este sentido la gestión de los programas financiados desde Nación debería ser transferida a las provincias. En este punto resultará clave para la consolidación de este modelo la transferencia del PAMI a las provincias. La suma de los presupuestos públicos, de las obras sociales provinciales y del PAMI darían sustento financiero a la reforma, además de una gestión coherente y menos fragmentada y segmentada.

Un cuarto aspecto tiene que ver con la cuestión regulatoria. Como bien dice el Dr. Hugo Arce en su artículo publicado en esta misma revista la edición pasada: “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”.

El marco regulatorio debería ser modificado en un contexto de federalización total. Las provincias deben asumir el rol regulatorio del sector de la seguridad social y del privado en sus provincias, caso contrario el sistema seguirá fragmentado y segmentado y esto seguirá afectando fuertemente a la eficacia, la eficiencia, la calidad del sistema y fundamentalmente a la equidad al acceso, tal como viene sucediendo crónicamente.

Se deberá establecer límites concretos sobre que hace cada jurisdicción y cuáles son los alcances. Mientras el sector de la seguridad social y el privado no respondan a la estrategia provincial será una descentralización sin poder sobre todo el sistema.

El quinto aspecto es la generación de gobernanza a nivel del Ministerio de Salud de la Nación. En la edición N° 110 de esta misma revista (Mayo 2019) publicamos un artículo junto al Profesor Carlos Vassallo Sella sobre la necesidad de generar gobernanza. Decíamos allí. “... se denomina gobernanza al conjunto de reglas, instituciones y políticas a través de las cuales se dirige su funcionamiento, se regula la participación de los diversos actores y se utilizan los recursos disponibles para garantizar a toda la población cuidados de salud de calidad.

“ Si bien el sistema público siempre fue federal, hoy está claro que la Nación ve con buenos ojos la asunción por parte de las provincias del rol rector, no solo de los efectores públicos, sino también de una rectoría provincial sobre todo el sector. Estas decisiones políticas deben ser las primeras en tomarse desde cada provincia. ”

A menudo la palabra gobernanza está vinculada con la rectoría. En este caso nos referimos a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. La construcción de gobernanza requiere como condición sine qua non de una rectoría que colabore para su construcción.

La descentralización, diversidad y pluralismo del sistema de salud argentino exige más que ningún otro la construcción de un esquema de gobernanza y rectoría por parte de las autoridades políticas. El sistema de salud fue perdiendo progresivamente su capacidad a nivel nacional como consecuencia de algunas carencias en materia de información y financiamiento que limitaron su accionar”.

Esta descentralización debería implicar una gobernanza nueva entre la Nación y las provincias en donde la primera deberá fortalecer algunas políticas centrales, entre ellas la política de medicamentos, con la generación de un verdadero mercado de genéricos, con un seguro de enfermedades catastróficas y una agencia de evaluación de tecnología. También la creación de un nuevo PMO que suscriban todas las provincias, una vigilancia epidemiológica fortalecida y un sistema de información acorde a las necesidades actuales y futuras.

Las condiciones están dadas. La reforma es posible. ■

(*) Médico Especialista en Salud Pública. Presidente Grupo PAIS

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

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

ACIERTOS, DESACIERTOS Y MITOS SOBRE LA “TRIANGULACIÓN” DE PREPAGAS CON OBRAS SOCIALES



Por el Lic. Patricio Pasman (*)

Ante la desinformación general tanto en redes sociales como en medios de comunicación sobre la mal llamada “triangulación”, intentaré contribuir al debate destacando lo que a mi saber y entender son los aciertos, errores y contradicciones de las medidas tomadas el último año.

En **diciembre de 2023 el DNU 70/23** habilitó a las prepagas para incorporarse al sistema de obras sociales en una categoría que se llamó “inciso i”. Eso les permitiría sumarse y obtener los aportes sin necesidad de contratar con una obra social.

Pese a no ser una prioridad en un sector tan necesitado de reformas estructurales, y en algunos aspectos considero que es muy discutible igualar derechos a entidades de distinta naturaleza como obras sociales y prepagas, considero que fue una decisión correcta tomando en cuenta el funcionamiento del sistema heredado. **Hubo una ampliación y un avance de las libertades.**

En **el 21 de febrero de 2024 mediante el decreto 171/24** se determina que la inscripción por parte de las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) en el REGISTRO NACIONAL DE AGENTES DEL SEGURO (R.N.A.S.) era voluntaria. Bienvenida nuevamente la libertad.

En **octubre de 2024 mediante la Resolución 3284/2024** (contradiciendo un decreto...) se obliga a que con vigencia 1/12/24 todas las prepagas estén inscriptas en el R.N.A.S. Vale aclarar que hasta ese momento muy pocas se habían anotado, entre otras razones porque muchas tienen acuerdos de complementación de coberturas con obras sociales. En muchos casos la obra social cubre la alta complejidad, cumpliendo un rol de “reasegurador”. Las prepagas llegan de esta manera a ofrecer planes más competitivos en coberturas y precios a sus afiliados. Esta obligación de inscripción fue un **claro retroceso en las libertades.**

Pese a que desde **el 1 de diciembre de 2024** las prepagas libremente podían comercializar sus planes a empleados en

relación de dependencia de manera directa o a través de una obra social, inesperadamente **el 31 de enero de 2025 mediante la Resolución 1/2025** el gobierno interviene y pasa “de prepo” a más de un millón de titulares a la prepaga. El cambio se realiza de manera retroactiva al 1 de enero. A las obras sociales que durante el mes de enero otorgaron coberturas de alta complejidad como trasplantes, medicación oncológica, hemofilia, discapacidad, etc., se les quita los recursos para poder hacer frente a esas prestaciones. Un claro atropello a la libertad.

La **Resolución 1/2025 publicada el 31 de enero de 2025** tiene groseros errores técnicos y su implementación está trayendo muchas dificultades a los beneficiarios del sistema, especialmente en los casos donde prepaga y obra social complementan la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO). Durante febrero miles de beneficiarios con patologías complejas no encontraban respuesta a sus urgencias ni en la prepaga ni en su obra social.

Impensada y contradictoria medida de un gobierno que se auto proclama liberal. Doctrina que abracé de joven leyendo a Ludwig von Mises, Guy Sorman y Alberto Benegas Lynch (h).

Me trajo el recuerdo de lo sucedido en el año 2008. Pese a que se podía optar libremente entre el sistema de jubilación privada de las AFJP o el sistema estatal de reparto, la expresidenta Cristina Fernández de Kirchner y su ministro de economía Amado Boudou decidieron intervenir y pasar “de prepo” a todos los argentinos al sistema estatal. Con una salvedad, el instrumento utilizado fue una ley y no una resolución “floja de papeles” firmada por un funcionario de medio rango...

Uno de los principales argumentos de las medidas tomadas es quitar privilegios a la “casta sindical”. Esto no es cierto. Ninguno de los principales dirigentes sindicales “triangula” aportes y contribuciones con empresas de medicina prepaga.

Quien realmente hizo un cambio significativo en este aspecto fue el expresidente Menem en el año 1997 cuando terminó con el sistema de afiliados cautivos que tenían las obras sociales sindicales y decreta la libre elección.

Esa “desregulación” del sistema dio una mayor libertad y mejoró lo anterior, pero tuvo errores que requieren cambios estructurales. Es necesario incorporar al sistema un mayor componente solidario, como realizan los países desarrollados (a excepción de EE. UU.) y varios países de la región.

Otro argumento utilizado es que van a bajar las cuotas. Salvo que sean obligadas a hacerlo, lamentablemente no va a ocurrir. Por un lado, se ha generado una expectativa en la población de que así será y este cambio no rige para aquellos afiliados que contratan una prepaga de manera directa. Mi madre de 83 años me llamó contenta hace unos días que había leído en el diario que le iban a bajar la cuota...

Por el otro, en muchos casos las prepagas van a tener que absorber coberturas de alta complejidad que brindaba la obra social y que le cuesta más caro darla, especialmente a las pequeñas y medianas. También habrá un mayor costo por la anti-selección que se espera.

Como me dijeron hace poco: “si era tan bueno el cambio, ¿por qué tuvieron que hacerlo por obligación?”. Volviendo al ejemplo de la jubilación, si el sistema de reparto era tanto mejor que el de las AFJP, ¿por qué fue necesario hacerlo “por obligación?”.

“ Me trajo el recuerdo de lo sucedido en el año 2008. Pese a que se podía optar libremente entre el sistema de jubilación privada de las AFJP o el sistema estatal de reparto, la expresidenta Cristina Fernandez de Kirchner y su ministro de economía Amado Boudou decidieron intervenir y pasar “de prepo” a todos los argentinos al sistema estatal. ”

En el mercado de seguros de salud privado o de empresas de medicina prepaga rige la libre competencia. Las empresas intentan captar afiliados con las mejores ofertas de planes y precios posibles. Solo es cuestión de mirar las agresivas promociones que muchas de estas realizan.

Ninguna empresa de medicina prepaga va a perder competitividad dejando dinero que no agregue valor en un intermediario.

Tampoco existe un nivel de concentración de mercado que requiera de este tipo de intervención. La concentración actual es muy similar al que tienen otras industrias de servicios como seguros, bancos y ART. Aunque lamentablemente estas medidas van a acelerar el proceso de concentración.

El sistema actual de libre elección requiere ser corregido.

El valor por cápita que reciben obras sociales y prepagas no debiera ser individual dependiendo del valor del salario del trabajador y la composición de su grupo familiar. Como en otros sistemas de salud de la región y de los países desarrollados, a excepción de EE. UU., es imprescindible que contemple un esquema mayor de solidaridad. Una opción es que el valor recibido por cápita sea el mismo para todos con un ajuste de riesgo por edad, sexo y localidad.

No muy distinto fue lo sucedido con la libertad de precios de las cuotas. En diciembre de 2023 en cadena nacional el presidente anunció que los precios serían libres. Se ejecuta la medida mediante el DNU 70/23.

Poco tiempo después, utilizando el argumento de la cartelización se vuelve para atrás y nuevamente se implementan controles de precios.

Los cambios de reglas de juego y regulaciones de los últimos años, especialmente en materia de libertad de precios, coberturas y contrataciones, no hacen más que ahuyentar inversiones en un sector dinámico de la economía. Los servicios que prestan las prepagas se deterioran año a año. No ingresan nuevas empresas y las existentes se concentran cada vez más intentando cumplir como pueden con las obligaciones comprometidas con afiliados, prestadores y empleados.

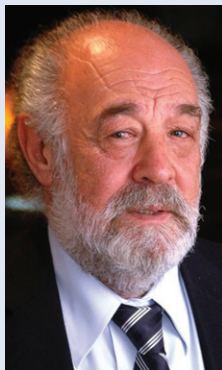
Esperemos que puedan revisarse y retrotraer las últimas medidas tomadas y como dice el actual presidente volver a abrazar las ideas de la libertad. ■

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



www.sanidad.org.ar

LA SALUD EN TIEMPOS DE TRANSICIÓN: PARA REVERTIR EL DETERIORO INSTITUCIONAL



"La justicia es la primera virtud de las instituciones sociales, como la verdad lo es de los sistemas de pensamiento".

John Rawls

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

Decía John Rawls, el pensador que reactivó la filosofía política con su libro clásico de 1971 *Una teoría de la justicia*, que la justicia como equidad es la característica más importante de una sociedad democrática. Que sus formas institucionales de gobierno debieran tenerla como pilar fundamental para legitimar sus funciones. Si partimos de la base de que cada individuo debe ser considerado, respetado y tratado con iguales derechos, no puede permitirse desigualdades acuciantes en materia de salud que mutilan el potencial vital de los ciudadanos.

Una gobernanza responsable que guíe a una gestión eficiente es la condición *sine qua non* para enmendar un rumbo extraviado en materia sanitaria desde hace décadas. En un contexto social, económico y político, cuanto menos errático y francamente decadente. Definitivamente, las problemáticas son más complejas de lo que a veces se pretende. La situación social de lo que llamamos "pobreza", por caso, incluye una variedad y amplitud de problemas sociales estructurales que en absoluto se revierten con una mejora en el índice de inflación. No se trata de un simple poder de compra, sino de una estabilidad socioeconómica, de una *pertenencia comunitaria*, de una proyección de futuro de progreso, de contención familiar, de integración social, de adscripción ciudadana a un país; de acceso a infraestructura básica, de rutinas de cuidado propio y ajenos, de cultural laboral.

El contexto más amplio, global y epocal, se caracteriza por profundas e inciertas modificaciones en los procesos productivos y de consumo, en definitiva, en el *hacer* y el *ser*, al que le cabe el mote de Cuarta Revolución Industrial. No importa tanto aquí precisar estos tópicos, pero sí aclarar que nunca se trata de alteraciones unilaterales a partir de una tecnología específica (por caso, la Inteligencia Artificial), sino de una amalgama de tecnologías diversas que hacen *sinergia* en un espíritu cultural y una dirección económica determinada.

El desafío, a mediano plazo, pero de manera crecientemente perentoria, es **diseñar y sostener modificaciones institucionales** que ni busquen contener estos cambios de frente en un choque que fatalmente termina en frustración, ni levantar las barreras para dar rienda suelta a un cambio que nunca es espontáneo ni libre. Se trata de dar un cauce adecuado y acompañado, monitoreado, con directrices amplias pero claras con objetivos y alarmas.

Ya se observan múltiples efectos y reacciones como nacionalismos extremos, enfrentamientos internacionales de distinta escala, deterioro social, decadencia cívica y política. Desde la Dirección de la división de las Américas de Human Rights Watch, se han señalado recientemente los retrocesos en calidad democráticas en el mundo y en la región. Frente a ello, hay bastiones que deben servirnos de *bollas civilizatorias*, *anclas de humanidad* y de *institucionalidad* para navegar estas aguas tormentosas. Los derechos humanos, ni más ni menos, los pilares democráticos o republicanos, la solidaridad o fraternidad y una proyección, cuanto menos, de desarrollo económico.

En materia de salud, se sabe que el área padece una dispersión ineficaz que requiere una reforma profunda, pero más que impulsar unilateralmente una reforma que carezca de la *negociación suficiente*, más valdría comenzar por plantar bandera con organismos que sin grandilocuencia, pero con respaldo político, labren y despejen el terreno para una eventual siembra nueva.

Se impone reconocer aspectos de la realidad, generar ámbitos que los aborden de manera sistemática y profesional, y designar un ente responsable -Gabinete Estratégico de Gestión Operacional- que rinda cuentas (*accountability*) para guiar *políticas públicas* de salud. Desde allí, se podrá ir exigiendo mayores cuotas de participación e integración a los actores fundamentales del campo sanitario. Podemos disentir sobre organigramas, atribuciones y alcances del sector público y privado, disputas jurisdiccionales, y hasta, se ve, adscripciones internacionales a la institucionalidad sanitaria global. Pero quién puede negar la importancia vertebradora de un Observatorio Nacional de Salud que compute y analice la realidad de la salud pública, *entendida como la salud de la población, y no la administración estatal de una parte de ella*.

El deterioro institucional no se soluciona recordando dependencias ni limitando atribuciones o liberalizando ventas. La mejora en la calidad institucional se revierte con trabajo y constancia. En esta materia, nuestro país debe mejorar en calidad institucional. Según el ranking de calidad de administración pública de la Universidad de Oxford, nuestro país presenta un pobre desempeño. En nuestra región, Uruguay lidera el ranking con un envidiable puesto 20 entre 120 naciones en el índice anual de la Blavatnik School of Government de la Universidad británica, que analiza 82 métricas agrupadas en cuatro dominios: estrategia y liderazgo, políticas públicas, ejecución nacional y personas y procesos. Chile lo sigue en la región con el puesto 27, Brasil y Colombia en el puesto 32, y Argentina... en el 62.

La decisión de abandonar la Organización Mundial de la Salud (OMS) por parte del gobierno nacional parece apuntar a un chivo expiatorio externo que evita asumir las propias faltas pasadas y presentes en la gobernanza sanitaria. Que la OMS no haya estado a la altura que le correspondía en el manejo de la pandemia del Covid-19 es parte de un debate más amplio, pero la participación en dicho organismo forma parte de adscripciones a tratados internacionales con jerarquía constitucional, por lo que mal puede leerse como imposiciones ajenas a la soberanía nacional.

El concepto de salud global constituye una parte de la salud pública, por lo cual debemos *trabajar sobre la realidad y no teorizar sobre la verdad*. Resulta infantil, por no decir peligroso, pretender darle la espalda a la columna vertebral de la red internacional sanitaria, que será mejor o peor, pero es la realmente existente. No se puede desertar de la realidad. En tiempos en que además de *pos-verdad* se ha empezado a hablar de *pos-confianza*, hagamos lo posible para no caer en la *pos-salud*.

Para ello, el norte deben ser las prioridades planteadas con toda claridad: seguimos sin médicos (los hay en términos absolutos, pero no distribuidos de manera racional en espe-

“ El deterioro institucional no se soluciona recortando dependencias ni limitando atribuciones o liberalizando ventas. La mejora en la calidad institucional se revierte con trabajo y constancia. En esta materia, nuestro país debe mejorar en calidad institucional. Según el ranking de calidad de administración pública de la Universidad de Oxford, nuestro país presenta un pobre desempeño. ”

calidades y territorios y disponibilidad de atención equitativa), sin personal de enfermería suficiente y jerarquizado, sin la infraestructura adecuada, sin los equipos ejecutivos de gestión, y un largo etcétera.

La base indispensable para una adecuada gestión sanitaria a nivel nacional y federal, podemos graficarla como una **mesa sanitaria** que debe asentarse en cuatro patas:

- 1) Observatorio Nacional de Salud.
- 2) Ordenamiento Territorial sanitario según nivel de complejidad.
- 3) Articulación en red con criterios de sostenibilidad.
- 4) Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

Una *mesa de trabajo* sobre la cual, recuperando un pensamiento crítico, se sustente una planificación estratégica acorde a fines concretos, con administración responsable. Así se podría alcanzar un nuevo paradigma sanitario que conjugue la diversidad coordinando un sistema de salud dinámico en correspondencia con las pautas científico-técnicas y a una población en constante evolución.

Tal sería un aporte a la democracia del siglo XXI: *construir gobernabilidad al fortalecer instituciones* que se legitiman brindando soluciones a problemas acuciantes y permanentes. Solo así lograremos revertir el largo estancamiento argentino y proyectar una nación próspera. ■

(*) 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; Director de la Comisión de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Concepción del Uruguay - UCU. Coautor junto al Dr. Vicente Mazzafero 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" (2004-2018); "Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" (2012); "En búsqueda de la salud perdida" (2009); "La Fórmula Sanitaria" (2003).



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
- Ciclo de Licenciatura en Gestión de Servicios de Salud - **NUEVA**
- Ciclo de Licenciatura en Hemoterapia e Inmunohematología - **NUEVA**

MÁS
INFORMACIÓN



EL ZEITGEIST, DE LO COLECTIVO A LO INDIVIDUAL Y LA NECESIDAD DE TRANSITAR POR LOS GRISES



Zeitgeist es una palabra en alemán que puede traducirse al español como "espíritu del tiempo", "espíritu del momento" o "espíritu de la época". Hace referencia al clima, ambiente o atmósfera intelectual y cultural de una determinada era.

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

Es indudable que nos encontramos frente a un cambio de época. Los alemanes han encontrado una palabra que subsume todos los conceptos vinculados a esa circunstancia, y ese cambio se da en todos los ámbitos y a nivel mundial.

Basta la remisión a cualquier medio informativo o la lectura de reconocidos autores en nuestro planeta para comprender que somos protagonistas de un cambio que excede los límites del sistema de salud. Pero que lo incluye irremediablemente.

Los planes de los nuevos líderes políticos, los conflictos que se plantean a nivel global entre países, la irrupción de la inteligencia artificial en todos los ámbitos, también y muy especialmente en los de salud entre otros, justifican esta afirmación.

Esta introducción, a modo de advertencia de lo que aquí vamos a exponer, intenta hacer notar que lejos estamos de sostener una nostalgia de tiempos pasados ni creer que lo que estaba mejor.

Hemos sido críticos sobre el sistema argentino de salud en general y basta repasar algunos de nuestros artículos anteriores en esta misma *Revista* para evidenciarlo.

En estos últimos tiempos, los cambios en el Sistema Nacional del Seguro de Salud se han acelerado. La tendencia de esas modificaciones pareciera estar dirigida a un segmento de la población cubierta⁽¹⁾ pero sin analizar cuáles son los principales inconvenientes que hoy padece el sistema y sus usuarios.

Como lo sostuvimos en el número del mes de marzo de 2024, hay varios problemas que no han sido resueltos hasta ahora como la situación de los exiguos recursos que las obras sociales perciben para la atención médico asistencial de los monotributistas y los jubilados, el mecanismo de financiamiento contributivo, un Programa Médico Obligatorio como techo y no como piso establecido por ley, el financiamiento de la discapacidad, la necesidad de generar recursos para atender la cobertura del muy alto costo, etc.

Reiteramos que todos estos problemas ya descriptos se han sostenido en el tiempo desde larga data y tampoco han tenido tratamiento durante el año pasado.

Nos parece oportuno destacar que estas medidas deben estar dirigidas de modo directo a la prestación de servicios de salud a los beneficiarios y no a engrosar las arcas de las obras sociales, con su respectivo control; y, eventualmente, sanción a quien no canalizare los fondos a este fin.

La incorporación de la medicina prepa como receptora obligatoria de aportes y contribuciones ha sido una novedad a partir del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023 y las normas dictadas en su consecuencia.

Originariamente como una facultad de las empresas (ver decreto N° 171/2024) que, ante la falta de uso, se transformó en una obligación que operó a modo de sanción.⁽²⁾

Esta medida conlleva implícita una velada tendencia de reemplazo de la protección en salud de las obras sociales hacia fomentar la cobertura de la medicina prepa.

Ya lo expusimos también en otro de nuestros artículos⁽³⁾ donde señalamos que las condiciones de existencia, funcionamiento y consecuencias prestacionales y económicas sobre la población cubierta son muy diferentes en la seguridad social que en la lógica de la medicina privada.

Para utilizar un ejemplo deportivo, dijimos que no se puede jugar al fútbol con las reglas del rugby. Incluye también una mirada prejuiciosa sobre la seguridad social y la valoración superior que, en esa comparación, obtiene el sector privado sobre las obras sociales. Insistimos, no defendemos a las obras sociales, muchas de ellas debieran ser liquidadas o dadas de baja.

Pero lo que hoy se observa es que se ha avanzado en ese sentido (baja o liquidación) en un número acotado de agentes del seguro, preferentemente de origen sindical, no más de 10 entidades, mientras que por la vía de la obligatoriedad ya se han inscripto más de 30 empresas de medicina prepa y solicitaron su inscripción aproximadamente unas 400 entidades en el inciso i) del artículo 1 de la ley de obras sociales.

Lo que observamos es una tendencia, en general, del reemplazo de la protección colectiva para priorizar la individual. Esta directriz se ve en varios aspectos, sobre todo en el mundo laboral, pero también en lo que hace a las organizaciones que representan a distintos grupos de la industria (agropecuaria, por ejemplo) lo que refleja que no sólo se aplica en lo que podemos denominar cobertura de derechos de los trabajadores, sino también en lo que hace a los reclamos de colectivos empresarios.

En materia de salud, específicamente, esa "velada tendencia" a la que nos referimos algunos párrafos arriba en este artículo tiene variadas consecuencias y, en general, de carácter negativo.

La seguridad social, entendida en su más amplio concepto (solidaridad, universalidad, equidad), no sólo se aplica en el ámbito de la salud, sino también en lo que respecta a los restantes rubros de la protección social (jubilaciones, pensiones, enfermedad y accidente de trabajo, aseguramiento del grupo familiar, seguro de desempleo, etc.).

Este pasaje de lo colectivo a lo individual supone que la regla de la solidaridad, aplicada tanto en el financiamiento como en la prestación de salud efectiva, tiende a reducirse a su mínima expresión o, en un futuro no muy lejano, a desaparecer. Los medios han reflejado esta tendencia como un objetivo del Ministerio de Salud de la Nación.⁽⁴⁾

La seguridad social está muy lejos de regirse por las reglas del mercado. Para eso, y en un segmento muy bien ganado, está la medicina privada. Pero la tendencia ya aludida de reemplazo de

obras sociales como financiadores de la salud por las empresas de medicina prepaga, va sin prisa, pero sin pausa, hacia una aplicación irrestricta de las leyes del mercado en esta materia.

Podremos tener la salud que podamos pagar. La condición que mantiene la seguridad social sobre la no exclusión (que supone no excluir a nadie por su capacidad de pago), además de las características ya descritas sobre solidaridad, universalidad y equidad no pueden ni deben aplicarse en la medicina prepaga.

Esta premisa está muy bien descrita en las modificaciones introducidas por el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 600/2024 cuando le permite a dichas empresas establecer condiciones para con el usuario que no tienen las obras sociales a su favor.

Ejemplo de ello es la modificación al artículo 1 del Anexo II del decreto 576/93 en cuanto permite a las empresas de medicina prepaga aplicar cuotas por enfermedades preexistentes, exigir examen físico y declaración jurada para el ingreso de cualquier afiliado que opta por ellas, poder dar de baja a cualquier beneficiario por falseamiento de la declaración jurada o por falta de pago.

La exclusión de los jubilados de poder elegir conforme a todas las normativas que permitieron la incorporación de las empresas de medicina prepaga al Sistema es otro ejemplo. Y estas señales vienen de la mano con otra consecuencia de la tendencia de pasar de lo colectivo a lo individual cual es la de provocar la falta de recursos en el sistema.

El fomento de la incorporación de trabajadores por cuenta propia al mundo laboral conllevará, sin prisa, pero sin pausa, hacia el desfinanciamiento de todo el sistema de la seguridad social. No escapará al lector el diferente tratamiento que tiene el trabajador en relación de dependencia con el llamado “monotributista”.

Basta un solo ejemplo para justificar ese diferente tratamiento: en un salario de un millón de pesos (\$ 1.000.000), un trabajador en relación de dependencia aporta noventa mil pesos (\$ 90.000) al sistema, mientras que frente a un ingreso similar por parte de un monotributista (categorías B o C) el aporte al sistema asciende a dieciséis mil setecientos dieciséis con treinta y dos centavos.⁵

Es importante señalar, a esta altura, que a partir del decreto N° 955/2024⁶ se dispuso la creación del Registro de Agentes del Seguro de Salud para la cobertura médico asistencial de los Pequeños Contribuyentes adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes en el que no se ha inscripto ninguna de las empresas de medicina prepaga, lo que en la práctica significa que esos beneficiarios no pueden acceder a la medicina prepaga por la vía de la opción de cambio.

Ya aclaramos también que los jubilados no se encuentran alcanzados por estas normativas. En otras palabras, tampoco pueden acceder a la medicina prepaga por vía de la opción de cambio.

Entonces, la pregunta que pretendemos formularnos es: lo que está ocurriendo en el contexto descripto, ¿es el cambio que necesitan tanto los usuarios, como un Sistema de Salud sustentable? Por las consecuencias que intentamos explicitar en este artículo, pareciera que no. Por este camino, se evidenciarán las desigualdades que ya vienen arrastrándose en este sistema desde hace mucho tiempo.

Como dijimos antes, es probable que este camino nos conduzca a un sistema en el que cada uno acceda a la salud que pueda solventar.

Los mejores sistemas de seguridad social están desarrollados en países de economía capitalista. Justo antes de los que suscribimos esta nota, estamos absolutamente convencidos que la mejor sociedad es la que se desarrolla en un modelo capitalista. Aun así, la salud es un mercado imperfecto que no permite aplicar sus reglas con estrictez.

*“En el sistema de salud argentino las grandes diferencias de oferta entre jurisdicciones, la informalidad laboral y un régimen mixto, condicionado por normativas no siempre eficaces para su cometido, dificultan la existencia de un acceso a la salud equitativo e igualitario”.*⁷

Esta afirmación de la Oficina de Presupuesto del Congreso de la Nación de 2021 mantiene actualidad. Basta analizar la profusa intervención normativa de esta Administración, desde diciembre de 2023 en adelante, pasando por la promoción de acciones administrativas y judiciales (recordar la promoción de un amparo contra las empresas de medicina prepaga por el valor de las cuotas que había sido liberado por el DNU 70/2023), para justificar la imperfección del mercado de la salud.

En este sentido, cabe recordar que Kenneth Arrow, premio Nobel de Economía en 1972, afirmaba que la sola aplicación de las fuerzas de mercado hace a los enfermos y grupos más desfavorecidos, aún más enfermos y vulnerables.

Lo que existía antes de estas modificaciones no cubría las expectativas prestacionales de la población beneficiaria y mantenía demasiadas grietas como para ser valorado como un sistema a defender. Pero los cambios introducidos por las nuevas normas van a incrementar las desigualdades, el desfinanciamiento del sistema; y, consecuentemente, la calidad de la prestación que reciban los beneficiarios.

Se habla de terminar con privilegios, de terminar con la intermediación, de transparentar el sistema. Todos conceptos generales con los que es imposible no coincidir. Y entonces, volvemos a formular la pregunta: ¿estamos transitando el camino correcto?

Como decían nuestros abuelos, *ni tan calvo ni tan peludo*. ¿No será tiempo de transitar los grises? ■

Bibliografía:

- 1) https://revistamedicos.ar/numero139/opinion_bustos_cochlar.htm
- 2) Que, habiendo transcurrido un plazo razonable desde la publicación del Decreto N° 70/23, la Resolución SSS N° 232/24 y el Decreto N° 600/24, sin que las entidades involucradas hayan dado cumplimiento a la inscripción correspondiente, deviene necesario establecer un límite temporal para la inscripción. Es una transcripción literal de los considerandos de la Resolución N° 3284/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- 3) https://revistamedicos.ar/numero141/opinion_bustos_cochlar.htm
- 4) <https://www.infobae.com/salud/2024/11/12/invertir-en-salud-en-la-juventud-y-gastar-menos-cuando-se-llega-a-la-vejez-los-cambios-que-impulsa-la-cartera-sanitaria-nacional/>
- 5) En ambos casos, debe descontarse el aporte al Fondo Solidario de Redistribución, el 15% en el caso de los trabajadores en relación de dependencia y del 10% en los pequeños contribuyentes.
- 6) El decreto 955/2024 modificadorio del decreto 1/2010.
- 7) <https://opc.gob.ar/otros/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/> Informe de la Oficina de Presupuesto del Congreso de la Nación del año 2021.

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.



SALUD ¿QUÉ ES POSIBLE HACER HOY?



"La crisis de nuestro tiempo: saberes fragmentados frente a un mundo complejo".
Edgar Morin

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

En Thorn, Polonia ciudad pujante de comerciantes y académicos, mientras coloreaba un tímido sol de invierno en febrero de 1473, nace quien devendría el gran astrónomo, doctorado en derecho canónico, matemático, médico, economista, erudito polímata, humanista, representativo del *Renacimiento*, que daría lugar a la magnífica revolución científica, lo que se llama revolución copernicana, un cambio de 180° en la concepción del pensamiento científico: en ese entonces la vida del mundo occidental, estaba regida por el pensamiento ptolemaico, *el Geocentrismo que afirmaba que todo el universo giraba alrededor de la tierra y que el hombre era su dueño y señor...*

La demostración matemática de que en realidad es la Tierra y los planetas que giran alrededor del sol se la debemos a Nicolas Copérnico, quien retoma luego de 18 siglos la teoría del estudioso griego Aristarco de Samos.

Nicolas Copérnico crece en el seno de una acomodada familia de comerciantes y notables. Su padre lo inicia en el amor a las matemáticas y su madre le induce el amor a la vida, hasta sus 10 años cuando muere su progenitor, y un tío materno se hace cargo de su educación, asumiendo su patrocinio.

Lucas Watzenrode príncipe obispo de Warmia, se ocupa de que el talentoso joven estudie en las más prestigiosas universidades de la época: Cracovia, Bolonia, Padua y otras. ⁽¹⁾

Si la curiosidad les permitió llegar hasta aquí, los invito a navegar por la apasionante vida de este polímata, seguir con Galileo Galilei (*Eppur Si Muove*) y continuar con Thomas Kuhn ⁽²⁾ y su libro: La estructura de las revoluciones científicas...

Aurora Pérez, médica pediatra, psicoanalista luchó toda una vida por la niñez, la familia y su entorno, para transmitir el valor de los vínculos tempranos, la interdisciplina, la excelencia académica nos dejó esta frase luminosa: **"La familia es la matriz de humanización del ser humano"**.

¿Por qué traer estas referencias? ¿Qué relación tienen con el financiamiento de salud, la gestión de prestaciones, la asistencia en un consultorio, o el diseño de las políticas públicas?

El aquí y ahora

Hoy atravesamos un cambio de era antropológica digital inédita, crisis *planetarias superpuestas*, *cambio climático*, *geopolítica*, *tensiones sociales*, *económicas*: *policrisis*. ⁽³⁾

La Argentina padece situaciones inverosímiles, que destruyen una historia republicana emblemática, impactan en la sociedad y se replican como sismos no solo en el presente, ya están condenado a las generaciones actuales y a las futuras atrapándolas en una huella ecológica sin precedentes.

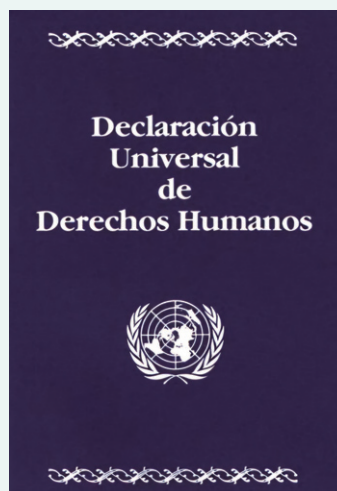
Nombrarlas excede el espacio de esta nota, pero no puedo dejar de señalar el cierre de instituciones imprescindibles para la vida, la desfinanciación de innumerables y prestigiosos espacios académicos, programas para mantener las interacciones sociales, una destrucción sistemática incomprensible a todo sentido común.

Sin embargo, es posible ir más allá del espanto y generar un sobreesfuerzo para salir de nuestras limitadas fronteras y encontrar con otros profesionales, espacios de intersección/acción que podrían aportar transformaciones significativas...

Es increíble que aun multitudes y gobiernos vivan en **la prisión del geocentrismo, el oscuro calabozo que nos condena a todos**.

La crisis también trae una oportunidad... *Eppur Si Move*.

En toda dimensión es posible crear. No a todos les importa, pero siempre contamos con mentes y corazones capaces de encender la fuerza ígnea del amor por la humanidad, la dignidad, la justicia, el conocimiento, el altruismo...



Un paradigma es un modelo que da lugar a los conceptos, actitudes y prácticas, compartido por una constelación de científicos que generan material académico, ensayos, investigaciones, evaluaciones, sobre la naturaleza de los problemas y su propuesta de resolución, universalmente aceptados. ⁽²⁾

Edgar Morin señala que, hoy más que nunca tenemos acceso a múltiples conocimientos, sin embargo, la fragmentación de esa infinidad de información no logra asociarlos, por lo que necesitamos integrar esos conocimientos en un **universo conceptual** que nos facilite definir mejor los problemas para abordarlos sin caer en la trampa de la ilusión o del error. ⁽³⁾

La transdisciplina es un esquema cognitivo que permite atravesar diferentes disciplinas y acceder a trabajar junto a otros en la resolución de problemas. No llegaremos a formar polímatas, ni eruditos, pero si a despertar la necesidad de estudiar, de leer y escribir.

Tenemos severas interferencias con las diversas generaciones de estudiantes universitarios y egresados aquí y en otros países con dificultades de lecto escritura...

La medicina familiar reto fundacional

La medicina familiar es un eje de transformación, se ocupa de las personas en sistemas durante todo el ciclo vital. Se puede implementar en todos los sectores.

Médicos de familia bien formados pueden desarrollar las alertas tempranas, ocuparse de las oportunidades perdidas prematuramente, evitar el extraordinario gasto de estudios complementarios no necesarios. Evitar la sobremedicación y derivar lo realmente justificado y disminuir las tensiones en los otros niveles de complejidad.

Este contacto humano no lo puede reemplazar la I.A. pero si es una ayuda excelente.

Para esto es imprescindible sensibilizar y trabajar integrados por una remuneración digna a médicos y equipo de salud.

Esta grave situación de profesionales pauperizados que abandonan sus trabajos por malas condiciones y lamentables salarios genera un tsunami estructural en toda la sociedad.

Los diferentes sistemas de salud sufren aquí y otros países la sobrecarga de errores en cada nivel de complejidad, que exigen tratarlos.

Esto define un campo de conocimiento complejo sobre los procesos de salud /enfermedad en el seno de la familia, la comunidad, la sociedad, todo atravesado por la historia, el ambiente, los patrones de comportamiento emocionales, los sistemas de creencias, los territorios geográficos, culturales, políticos, etc.

Desafío que exige un **reto fundacional** que tenga la capacidad de recrear la formación académica extendida a todo el ámbito

universitario. Para esto es necesario definir campos de trabajo que logren integrar necesidades e intereses. ⁽⁴⁾

Cuando nombramos los derechos fundamentales del ser humano, cada uno remite a las memorias emotivas de su singularidad, desconociendo que es una de las grandes conquistas de la humanidad su declaración por las Naciones Unidas, a pesar de que las guerras continúan y los horrores de las injusticias y privaciones. ⁽⁵⁾

La idea es integrar diferentes herramientas metodológicas, sentido común, descubrir el conocimiento como fuerza emancipadora real tangible y eficaz en el aquí y ahora.

Bibliografía:

- 1) Carlos Mínguez Pérez / Universitat de València Quaderns de filosofia i ciència, 38, 2008, pp. 59-68 / COPERNICO Y EL HUMANISMO RENACENTISTA.
- 2) Kuhn "La estructura de las sociedades científicas" - 1995 - México / Ed. Fondo de cultura económica - 1995.
- 3) Morin E. / Pensar la complejidad. Valencia / Editorial Universidad; 2010.
- 4) Francisco J. León Correa, Pedro González Blasco / "El Reto de la Humanización de la Salud en Latinoamérica".
<https://dtoepidemiologia.wordpress.com/2018/11/26/distribucion-desigual-de-medicos-migracion-profesional-y-problemas-sanitarios-que-se-generan-en-el-contexto-regional-en-f-j-leon-correa-y-p-gonzalez-blasco-coords-la-humanizacion-de-la-salu/>
- 5) Piketty / "La economía de las desigualdades" - 2015 / Ed. Siglo XXI.

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



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



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

www.prosanity.com.ar

OBRAS SOCIALES EN CRISIS



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

El disparador de este artículo ha sido la reciente Resolución N° 102/2025, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud, que crea el Comité de Evaluación y Seguimiento del Procedimiento de Crisis y Liquidación de los Agentes del Seguro de Salud. La norma introduce modificaciones significativas en el control y fiscalización de los Agentes del Seguro de Salud.

Sin embargo, considero que es una oportunidad para reflexionar sobre la conveniencia de continuar con este esquema de control, entendiendo que a futuro la mirada debe estar direccionada prioritariamente hacia el aspecto prestacional, por sobre la viabilidad económica y financiera de las Entidades.

La evolución normativa encuentra sustento en el Decreto 1400/2001, que estableció criterios para determinar situaciones de crisis en las Obras Sociales y, luego de ello, garantizar la continuidad de la cobertura. Además, deben considerarse otros antecedentes normativos, como la Resolución 71/2010 SSSalud y la Resolución 501/2010 SSSalud, que incorporaron nuevos requisitos para la gestión financiera de los Agentes del Seguro de Salud.

Los mecanismos vigentes para evaluar la crisis de una obra social están principalmente centrados en indicadores contables (económico-financieros), dejando en un segundo plano la evaluación de la calidad y disponibilidad de las prestaciones de salud efectivas brindadas a los afiliados. Este artículo pretende analizar el marco normativo, el procedimiento vigente para determinar una situación de crisis y propone una modificación que priorice los indicadores prestacionales sobre los económico-financieros.

El Decreto 1400/2001 fue promulgado en un contexto de crisis económica y social en Argentina. Allí se estableció un sistema de diagnóstico basado en indicadores económicos, prestacionales y administrativos para determinar la situación de crisis de un Agente del Seguro de Salud.

A grandes rasgos, su objetivo central fue garantizar la continuidad de la cobertura recibida por los beneficiarios, reasignando a los afiliados a otros financiadores que se encontraran en condiciones de brindar un adecuado servicio de salud. Además, el decreto limitó el otorgamiento de subsidios financieros a entidades con déficit crónico, promoviendo la transparencia y eficiencia en la administración de los recursos del sistema.

El Anexo II del citado decreto, estableció que un agente del seguro de salud se encuentra en situación de crisis cuando el factor de criticidad -definido como el cociente entre la sumatoria de la

valorización de los criterios y el número 3,2 multiplicado por 100-sea superior a un determinado valor límite.

De los cuatro criterios que establece la norma como evaluables, tan solo uno es de índole prestacional / administrativo, mientras que los tres restantes son indicadores económico - financieros, capacidad de repago y dependencia de subsidios financieros.

Con relación al Criterio N° 4, la propia norma define en qué casos existe dependencia de las obras sociales de los subsidios: *“habrá dependencia de subsidios financieros toda vez que el agente hubiere percibido durante los últimos DOS (2) años calendario subsidios equivalentes a DOS (2) meses de recaudación. Se valorizará con CERO (0) a los Agentes que hubieran recibido subsidios financieros de la Administración de Programas Especiales, en una cantidad tal que el promedio mensual de los subsidios recibidos en los dos últimos años calendario, dividido por el importe informado como ingreso ordinario mensual en el último Estado de Origen y Aplicación de Fondos presentado ante la Superintendencia de Servicios de Salud, sea inferior a CIENTO SESENTA Y SIETE CENTESIMOS (0,167)”*.

Sin ánimo de poner tanto énfasis técnico en la norma, lo cierto es que se han ido modificando sustancialmente los apoyos o asistencia financiera a las obras sociales. De este modo se ha ido modificando el factor de criticidad vinculado con la dependencia de subsidios.

A modo de ejemplo podemos señalar que los subsidios otorgados por la ex Administración de Programas Especiales (APE) para las prestaciones de alto impacto económico y baja incidencia, luego se transformaron en “reintegros” del S.U.R. - hoy S.U.R.G.E.- dejando en consecuencia de ser una variable atendible a los efectos de determinar el criterio 4 de la norma.

Tampoco se ha considerado que formara parte de este criterio los recuperos de las prestaciones de discapacidad otorgados como apoyos financieros a través del Mecanismo de Integración.

Podemos concluir que hoy la interpretación de la norma es poco clara, que el factor de criticidad está dado por la dependencia de los subsidios automáticos (SANO, SUMA, SUMARTE y SUMA65); sin considerar los mencionados anteriormente, pese a que parecen tener una incidencia determinante en la vida financiera de las Obras Sociales.

Por su parte, la Resolución 71 del año 2010, estableció criterios específicos que los Agentes del Seguro de Salud deben cumplir cuando estén atravesando un concurso preventivo de acreedores. En este caso se les exige información detallada sobre su estado financiero y cumplimiento de obligaciones.

Cabe recordar que cuando un Agente del Seguro de Salud se encontrara en “crisis” por un proceso concursal, los únicos elementos tenidos en cuenta son los estrictamente económicos y financieros, desprendido de todo análisis de la Justicia Comercial acerca de la calidad de las prestaciones médicas.

Posteriormente, la Resolución 501/2010 SSSalud, procedió a readecuar los requisitos de gestión y sostenibilidad económica para analizar el grado de cumplimiento de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En síntesis, conforme el Decreto 1400/2001 y normativas complementarias, el procedimiento para determinar que una Obra Social se encuentra en crisis se basa en los siguientes pasos:

1. **Evaluación financiera:** análisis de balance, patrimonio neto, deuda con prestadores y liquidez. Se consideran en crisis aquellas entidades con patrimonio negativo o déficit estructural prolongado.
2. **Revisión administrativa:** verificación del cumplimiento de normativas regulatorias, capacidad de gestión y nivel de deuda con la AFIP y otros organismos.

3. **Indicadores prestacionales:** se revisa la continuidad de la atención médica, la disponibilidad de prestadores y el acceso efectivo a tratamientos. Sin embargo, este aspecto ha sido considerado de manera secundaria en comparación con los indicadores financieros.
4. **Dictamen de la Superintendencia de Servicios de Salud:** la Superintendencia analiza la información recolectada y emite una resolución que puede incluir medidas correctivas, plan de contingencia, intervención administrativa o liquidación.

La reciente Resolución 102/2025 busca fortalecer los mecanismos de control sobre los Agentes del Seguro de Salud. Entre sus principales modificaciones, crea el “Comité de Evaluación y Seguimiento del Procedimiento de Crisis y Liquidación”, un organismo técnico encargado de supervisar la situación de las Obras Sociales y tomar medidas correctivas cuando sea necesario.

La norma incorpora al universo de entidades que potencialmente podrían entrar en crisis, a las Entidades de Medicina Prepaga, que se encuentran dentro del inciso “i” de la Ley 23.660, ampliando el alcance de la fiscalización, lo que a mi criterio es lo más novedoso y sobre lo que habrá que prestar mayor atención a su evolución.

Si bien la normativa vigente ha “permitido” un control financiero de las Obras Sociales, la realidad es que quedó desactualizada y hoy resulta necesario modificar el enfoque del control, para priorizar la calidad del servicio brindado a los afiliados. En este sentido, sería valioso cambiar el enfoque que hasta el momento se le ha dado al tema, e ir hacia una revisión del marco regulatorio para incluir indicadores prestacionales como criterio central en la evaluación de la crisis de una obra social. Algunos de estos indicadores podrían ser:

- ✓ **Accesibilidad:** tiempo de espera para turnos en especialidades clave.
- ✓ **Cobertura de medicamentos:** porcentaje de medicamentos cubiertos y demora en autorizaciones.
- ✓ **Infraestructura y recursos humanos:** disponibilidad de profesionales y capacidad de atención.
- ✓ **Satisfacción del afiliado:** encuestas sobre calidad del servicio recibido y reclamos frente a la Superintendencia de Servicios de Salud.

El procedimiento de crisis debería contemplar estos factores de manera prioritaria, en lugar de centrarse exclusivamente en la viabilidad económica. Esto permitiría garantizar que una Obra Social sea intervenida no solo cuando su economía esté comprometida, sino también cuando no esté cumpliendo con los estándares mínimos de atención médico-prestacional.

La Resolución 102/2025 por sí sola, a mi criterio, no trae mejoras en la regulación del sistema de salud, al menos en lo que respecta a la fiscalización y corrección en el procedimiento de crisis de las Entidades. Entiendo que es necesario un cambio de paradigma que ponga el foco en la prestación efectiva de los servicios. La inclusión de indicadores de criticidad prestacionales en la evaluación permitiría proteger mejor a los beneficiarios / usuarios y garantizar un sistema de salud más equitativo y eficiente.

Es fundamental continuar debatiendo sobre la mirada que queremos darle a la normalización de la fiscalización y control de las Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga porque de ello depende el rumbo que queramos darle al Sistema. ■

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

u 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

Icons for Instagram, Facebook, X, and LinkedIn are shown at the bottom.

SALUD, COMPLEJIDAD Y EL CONTRATO SOCIAL



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

Cuatro décadas han pasado desde que surgió en el quehacer científico el paradigma de la complejidad, posicionamiento que manifiesta un distanciamiento de lo mecánico, de lo unidireccional, de la lógica tradicional y de las matemáticas convencionales; es una perspectiva fortalecedora que une disciplinas, se aleja del Cartesiano, así como de los paradigmas economicistas. ⁽¹⁾

El estado de salud-enfermedad de una población depende de varios factores, entre los que mencionaremos: las condiciones económicas del país, el nivel de ingreso de los individuos y sus familias, la genética, la alimentación, el nivel educativo, el estilo de vida, las características sociodemográficas, la ecología de cada región, los recursos gubernamentales y los programas destinados a la atención en salud. ⁽²⁾

Desde esta columna venimos hablando del sistema de salud argentino en ya reiteradas oportunidades. De hecho, analizamos las fortalezas y debilidades del “Sistema” al que llamamos prestacional y no sistema de salud dada la fragmentación creciente del mismo.

Fragmentación también en aumento en la sociedad argentina, como hace décadas que no se producía, alterando profundamente el **contrato social**.

Las prepotentes medidas tomadas por el Ejecutivo en salud y en otras esferas, como parte de un ataque a la sociedad para volverla cada vez más desigual, es una constante desde que asumió esta administración.

Se sigue insistiendo que la salud es parte del mercado, cosa que demostramos ampliamente en columnas anteriores acerca de la irrealidad de esta tesis. ⁽³⁾

La salud es un bien social y evidencia que cuanto más igualitaria es una sociedad más fácil es el acceso a los sistemas de salud.

El discurso, por ejemplo, del tratamiento de la pandemia y la cuarentena, ya es un **cuentito**

que todos sabemos falso y cansador como argumento, por la falacia de estupideces que se mencionan.

En el gráfico que acompaña este artículo se aprecia que EE. UU. tuvo más muertes por millón de habitantes que la India, país con una población que la cuadruplica.

Las cifras que dejó la Pandemia en Estados Unidos son dantescas. Hablamos de más de 1.200.000 muertes. Duplica la cantidad de muertos de la India, cuya base demográfica es la más grande del planeta, con más de 1.400 millones de seres humanos, es decir, cuatro veces la población de Estados Unidos. Claro, la India está entre los países que aplicaron “cuarentenas cavernícolas”. ⁽⁴⁾

Ni hablar del Brasil de Bolsonaro con su famosa Gripecita tuvo 3.303 casos fatales por millón de habitantes. Tanto EE. UU. como Brasil no hicieron una cuarentena seria como si se realizó en la Argentina y no distribuyeron rápidamente vacunas, pese a que en EE. UU. se producían en cantidad suficiente para toda la población. En la India se hizo una cuarentena posible y rápida y se distribuyeron vacunas velozmente.

En 2020, la población de Argentina se estimaba en 45.376.763 habitantes, según proyecciones del INDEC.

- ✓ Casos de coronavirus: **10.128.845**
- ✓ Fallecidos: **130.841**
- ✓ Recuperados: **9.064.882** ⁽⁵⁾
- ✓ **La cuarentena fue un éxito.**

Ahora para distraer la atención sobre el mal funcionamiento del falsamente llamado “mercado de la salud”; y, por otro, para aumentar aún más la tasa de ganancia y de plusvalor del sector privado se toman medidas, que atentan contra la accesibilidad, desfinanciando el subsector público y el subsector de Obras Sociales. *O acaso creemos que la merma del presupuesto Universitario, por ejemplo, no provocara menos egresados en las carreras de salud.*

Nuevamente la reducción del Ministerio de Salud a una Secretaría dependiente de un Ministerio gigantesco y cuasi fantasma, llamado “Capital Humano”. Nombre raro, si los hay, dentro de las modernas ciencias sociales.

El aumento exorbitante del precio de los medicamentos, tanto los producidos por los laboratorios locales, como los producidos por los laboratorios internacionales, absolutamente fuera de las cifras de la inflación.

El desmantelamiento de las políticas públicas que daban ayudas a pacientes y a sus familiares, en forma de medicamentos

All	Europe	North America	Asia	South America	Africa	Oceania	
#	Country, Other	Total Cases	Total Deaths	Total Recovered	Tot Cases/ 1M pop	Deaths/ 1M pop	Population
	World	704,753,890	7,010,681	675,619,811	90,413	899.4	
1	USA	111,820,082	1,219,487	109,814,428	333,985	3,642	334,805,269
2	India	45,035,393	533,570	N/A	32,016	379	1,406,631,776
3	France	40,138,560	167,642	39,970,918	612,013	2,556	65,584,518
4	Germany	38,828,995	183,027	38,240,600	462,891	2,182	83,883,596
5	Brazil	38,743,918	711,380	36,249,161	179,908	3,303	215,353,593
6	S. Korea	34,571,873	35,934	34,535,939	673,523	700	51,329,899
7	Japan	33,803,572	74,694	N/A	269,169	595	125,584,838

Fuente: www.worldometers.info/coronavirus.

oncológicos, oncopediátricos, o para portadores de HIV, o el no otorgamiento de pensiones por discapacidad-coartando derechos adquiridos por el artículo 14 y 14 bis de la Constitución-.

La disminución de la cobertura en el PAMI de medicamentos, y además el no aumentar los ingresos de la clase pasiva a niveles aceptables, provocando una enorme pauperización, de tal manera que no puedan ni comer.

A propósito de este tema: el encarecimiento de los alimentos en general, y los proteínicos en especial, tendrá consecuencias en el aumento de la obesidad por ingesta mayor de hidratos de carbono y de las enfermedades crónicas que se producirán, con la consiguiente sobrecarga sobre el sistema de salud.

Nos referimos en artículos anteriores, a las consecuencias de la subalimentación en la primera fase de la niñez, la infancia durísima llena de privaciones, un millón de chicos que se van a dormir sin cenar en la Argentina, en parte son causa de los problemas educativos y los malos resultados educativos. ⁽⁶⁾

¿Se les ocurre a las autoridades pensar en los trastornos en el desarrollo neurológico como consecuencia de la subalimentación proteínica? ⁽⁷⁾

El ataque sistemático a las obras sociales nacionales, con el argumento de eliminar los "sellos de goma", de los cuales hablamos en estas columnas y en foros públicos y los denominamos inaceptables, ya que invaden a un subsector solidario con empresas comerciales de relativa calidad-por lo menos sin estadísticas comprobables-... y con ese argumento se libera la afiliación no respetando la ley 18.610 y tergiversando el concepto de solidaridad mencionado.

La agresión a instituciones insignias de la atención pública en nombre de una poco creíble necesidad de auditoría -que la realiza la AGN tal como se aclaró-, sea que hablemos de hospitales escuelas (como el Hospital de Clínicas), o de hospitales psiquiátricos, como el Hospital Nacional Laura Bonaparte, o la cancelación de obras en curso en hospitales, mayormente en territorios esquivos para el Ejecutivo. El freno total de la obra pública no solo afecta al sector salud, sino que quita del trabajo registrado a amplios sectores de la población, con la consiguiente merma de aportes al sector de obras sociales.

El empobrecimiento de los trabajadores de la salud por los salarios que no se actualizan convenientemente, traerá consecuencias gravísimas a un sector que ya venía sufriendo desde hace años.

Parecería ser que la política de salud de esta **secretaría de salud desvincijada** es que hay que pagar muy caro los servicios de salud, incluso mucho más caro que en las economías centrales. Y desde ya, olvidarse de la trilogía necesidades, derechos y políticas públicas en salud que atiendan a esos derechos. En caso de una pandemia, nada de pedir el derecho a vacunas o a una cuarentena ordenada, como han hecho todos los países con cierto instinto de supervivencia.

No puedo dejar de mencionar la idiotez de anunciar la retirada de la OMS, con el falaz argumento de ganar en libertad de acción en materia de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es una agencia especializada en salud pública que opera como la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas... o sea que depende de la OMS... no como dijo el Secretario de Salud de la Nación que depende de la OEA... sería importante que se informe al respecto.

En 1948, el director de la OPS, Dr. Fred Soper firmó un convenio con la Organización Mundial de la Salud (OMS), con lo cual la OPS pasó a ser la Oficina Regional de la OMS para las Américas. Junto con la OMS, la OPS es miembro del sistema de las Naciones Unidas.

O sea que hay dejar morir personas de forma innecesaria durante una pandemia, para no tocar los privilegios de las corporaciones comerciales del sector salud... y además que sostener el equilibrio fiscal es el fin último de esta política. **Estos planes fueron denunciados precisamente por la OMS.**

Las preguntas que venimos haciendo reiteradamente siguen sin respuesta:

¿Cómo se distribuyen geográficamente los servicios de salud? ¿Continuaremos con hiper concentración de oferta y de tecnología en las zonas que son negocio? **¿Cuándo vamos a entender que la salud es un derecho humano?**

Debemos debatir la importancia de lo público y lo privado, en su medida e influencia en la sociedad como contrato social que afecta la vida de la gente.

¿Los costos impuestos por el sector privado a la salud son reales? ¿Son eficaces las prestaciones públicas y las privadas? Cuando tendremos en nuestro país estadísticas que no tengan visos de misterio y podamos saber de qué se enferman y mueren los argentinos.

Por último, volver a hablar sobre un sistema INTEGRADO hoy parecería una utopía, pero todos aquellos que pensamos en un país moderno, solidario y democrático sabemos que es posible.

Todos los subsectores trabajando éticamente, complementándose y con el norte en la preservación de la vida, que es el valor supremo...

Argentinos pongamos manos a la obra... n

Bibliografía:

- 1) MORIN, Edgar. El Método. Naturaleza de la naturaleza. Madrid, Edic. Cátedra, 1993.
- 2) El capital en el siglo XXI / Thomas Piketty, Arthur Goldhammer/(2013). Capital in the 21st Century, Harvard University Press.
- 3) La salud como bien social / Abrutsky, Rosana; Bramuglia, María Cristina /2017/ Editorial Instituto Argentino para el Desarrollo Económico.
- 4-5) www.worldmeters.info/coronavirus.
- 6-7) Dr. Carlos Regazzoni, médico y exdirector Ejecutivo del PAMI, reportaje realizado en los estudios de CNN Radio donde analizó la situación del país, especialmente en el sector salud.

(*) Docente Libre/Dto. De Salud Pública y Humanidades
Medicas/Fac. de Medicina /UBA.



LA POLÍTICA Y LA SALUD: “PERDIDOS EN EL ESPACIO”



Por Carlos Vassallo Sella
vassalloc@gmail.com

Las provincias argentinas siempre tuvieron la salud como una función subsidiaria del Estado respecto a la preeminencia de las organizaciones de la seguridad social y del privado. Ese contexto jurídico, político y social generó pocos incentivos a crear y sostener un seguro público o un servicio público estatal orientado a toda la población.

Siempre se consideró la salud como la alternativa de los pobres y los desocupados que no tenían la opción de la seguridad social o el privado y como consecuencia creció y se deformó como un ámbito de atención de pobres y desocupados sin ningún empoderamiento dado que “no pagan” para acceder.

El sesgo de pobreza en los servicios públicos argentinos es muy perjudicial para su funcionamiento por la falta de motivación de los prestadores de ese sistema. La voluntad y la dedicación solo dura un tiempo, luego inexorablemente el entusiasmo desaparece y la realidad de un sistema que no paga bien, que no protege y no contiene se vuelve una especie de proceso kafkiano del cual todos quieren escapar, pero no pueden.

Es allí cuando comienza a interactuar con el sistema utilizando aquello que les conviene y dejando pasar los compromisos mayores. Conste que solo estoy haciendo una descripción y no echándole la culpa a nadie por una actitud defensiva y protectora de sus propios intereses. Es una cuestión de supervivencia.

Pasan los años y las provincias no asumen el protagonismo sanitario que exige la circunstancia y el destino. No aparece ese instante donde todo se aclara y los actores políticos comprenden que la salud es una función que deben organizar y gestionar ellos desde el ámbito provincial y pensando en todos los habitantes y en como interactuar con los otros actores privados.

Con la degradación económica del país y procesos de reforma del Estado las provincias no solo han recibido la estructura hospitalaria pública nacional (finales de los 70 y los noventa) sino que la población que fue perdiendo empleo formal comienza a no poder pagar las obras sociales y prepagas y termina atendándose en los servicios públicos estatales de salud. Pero además las obras sociales provinciales se han ido convirtiendo en el asegurador más importante de la provincia de la mano del crecimiento del empleo público en la provincia y municipalidades.

Nos encontramos en este caso con un panorama diferente según la provincia. Podríamos ensayar una clasificación muy burda basada en la calidad y extensión de los servicios estatales de salud que tiene cada provincia y los servicios privados que ofrece.

En ese sentido provincias como Neuquén, San Luis o Misiones

cuentan con inversiones relevantes en lo público y un privado realmente lamentable que intenta sobrevivir, en tanto que provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe conviven con un robusto sistema público con un privado bien plantado y con posibilidades de brindar prestaciones de calidad.

Siempre sin excepción de cualquier provincia la estrategia de atención primaria está ausente o es muy deficiente. Obviamente el peor parado es lo estatal, porque en el privado mirado desde el punto de vista de rentabilidad le ha convenido siempre invertir en sistemas más complejos de diagnóstico, atención médica especializada e internación antes que en sistemas de atención primaria que son más intensivos en recursos humano médico.

Las provincias argentinas con sus gobernadores hoy son responsables directos de la atención de la salud de la mayoría de las personas que habitan las misma y siguen haciéndose los distraídos sin darle la relevancia que tienen sus acciones o mejor dichos sus inacciones o amateurismo en el abordaje de la problemática de salud de la población.

La política argentina ignoró durante más de 20 años de democracia el valor y la importancia de la inflación y el equilibrio fiscal como entorno básico para pensar en crecimiento económico y la competitividad.

Pero desde hace mucho más años la política ignoró la evidencia sobre los beneficios de una estrategia de atención primaria, que son sólidos como lo demostró Barbara Starfield. Como lo es también la evidencia que la inversión preferente en hospitales por encima de la AP supone mayor mortalidad.

A pesar de esta realidad los políticos se tiran de cabeza para inaugurar hospitales sin prestar demasiada atención al resto de los dispositivos: será por el ego de dejar algo para la posterioridad o por ignorancia popular sobre cuáles son las estrategias más efectivas para mejorar la cobertura de salud o simplemente se trata de algo más pedestre porque se pueden esconder y robar con la obra pública y la compra de equipamiento y no con el pago de salario a un equipo médico de atención primaria que trabaje motivado.

Es cierto que salud sigue siendo un factor que no mueve las encuestas y la opinión nuestra de los expertos tiene el sesgo de trabajar en el tema y ver la profundidad del problema de acceso y calidad de servicios según la cobertura. La población no tiene elementos para percatarse de estas diferencias acerca de contar con un médico de familia o no, con un centro de salud cercano donde poder concurrir y recibir una orientación solvente y de calidad.

Pero algo está cambiando. Nadie la tiene fácil, ni las obras sociales ni las prepagas y por supuesto mucho menos el sector público. O se comienza un abordaje profesional de la gestión o la crisis terminará arrasando con las consecuencias sociales y políticas que esto tiene. Personas que no reciben las medicaciones o las prestaciones necesarias porque no hay recursos suficientes para hacer frente a todo lo que se establece con derecho, personas que llegan tarde a identificar el cáncer y otras enfermedades y que no tienen los estudios diagnósticos preventivos en tiempo y forma.

Es cierto que la priorización no le gusta a nadie, pero lo que tenemos que saber es que es inevitable. Recursos escasos y demanda infinita solo puede resolverse explicitando las prioridades y construyendo un programa médico obligatorio que permita alcanzar la sustentabilidad de los sistemas.

Lo innovador sin resultados, sin evidencias quedará para que lo compre de su bolsillo el que quiera experimentar. No se puede seguir financiando prestaciones y medicaciones que no demuestren costo efectividad y que actúan como placebos para dejar contentos a los pacientes para beneplácito de los proveedores que logran colocar sus productos.

Pero si todo fuera tan fácil porque no lo hacen. Es que hoy la discusión más profunda es entre aquellos medicamentos que aumentan los gastos, pero también en diferente medida aumentan los beneficios

alcanzados. El objetivo será medir en cuanto aumentan los beneficios clínicos relativos de cada uno de ellos y cuales debemos financiar solidariamente y cuáles no.

La Argentina desde sus inicios no cuenta con un sistema de atención primaria que contenga y guíe a la población en la materia. Tenemos una historia sanitaria muy poco vinculada con la prevención y el cuidado y mantenimiento de la salud sino por el contrario de recuperación de la salud pérdida, siempre vamos detrás del acontecimiento modular y esto nos acompañó en todas las épocas las de bonanza y la de crisis.

Nuestros héroes sanitarios son los grandes cirujanos, los grandes médicos de los establecimientos sanitarios antes que los médicos de atención primaria que sostienen y contienen la salud poblacional. Y es cierto también que el comportamiento de los médicos de primaria no ha tenido la convicción ni la capacidad de convencimiento suficiente de la política para revertir esta situación.

Un párrafo aparte para los periodistas que solo ven todo lo que brilla y que están prendados por la fascinación tecnológica sin tener en cuenta el valor de la atención médica de base. El periodismo solo ayuda a distorsionar aún más el gap existente entre lo efectivo y lo superficial. Mostrando como grandes sistemas aquellos que más gastan cuando en realidad deberían ver los resultados sanitarios de la población.

Ni siquiera las crisis pudieron revertir esta tendencia a financiar hospitales, tecnologías, especialidades en desmedro de financiar centros de salud preparados para responder la mayoría de las patologías y con equipamiento y personal formado, además de las conexiones y digitalización necesarias.

Siempre las autoridades políticas se han visto influidas por la fascinación tecnológica que representa el hospital. Ahora esta situación puede estar matándonos. El hospital de excelencia necesita en primer lugar trabajar mucho (prueba y error) y aprendizaje del equipo médico; en segundo lugar, tener casos que sean compatibles con su nivel de complejidad y no llenarse de casos simples (resfriados, o falta de vitaminas o de hierro) que pueden atenderse tranquilamente en otros

centros de menor complejidad. Esto constituye una clara y flagrante ineficiencia del sistema.

Si el hospital es muy bueno y la atención primaria no funciona, no filtra, no selecciona la gente que llega, el éxito puede convertirse en fracaso por la presión innecesaria que recibe el hospital de toda aquella población que puede y debe atenderse en un centro de salud porque es lo recomendable. Incluso desde el punto de vista de evitar poner en contacto personas sanas con casos complejos como los que concurren al hospital.

En consecuencia, la atención primaria ayuda a equilibrar el flujo de personas que llega al hospital y fundamentalmente a segmentar y seleccionar quien debe ir. Pero el problema es el desprestigio y la baja capacidad de atención de los centros de salud que no suelen estar preparados para este desafío de filtrar, de priorizar los pacientes que ingresan al sistema.

Por supuesto que el centro de salud no puede ser autosuficiente y que requiere apoyarse en las especialidades y es por eso que en algunos ámbitos del país Rosario y CABA han surgido los denominados CEMAR que ayudan atender y contener la demanda de especialidades siempre logrando que la gente no vaya al hospital que está reservado para la mayor complejidad.

Hoy el eje de la gobernanza de los sistemas sanitarios provinciales es la construcción y mantenimiento de una red de atención primaria de primer nivel conectada con los centros de mayor complejidad, pero preparada y con capacidad para resolver la mayoría de los casos que le lleguen y derivar aquellos que no puede resolver y que exigen intervenciones de mayor complejidad.

Ojalá que nuestros gobernantes comiencen a visualizar, así como hicieron con la inflación y el déficit fiscal la relevancia de la atención primaria como el funcionamiento de base para poder pensar en mejorar el acceso y la calidad de los resultados en salud. ■

(*) Profesor Salud Pública UNL. 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

EN SALUD NO TODO ES DESREGULAR



Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)

Suele decirse que la dimensión territorial de la gestión sanitaria es el punto desde donde se logra visualizar mejor la congruencia entre demanda y oferta de servicios de salud. Por un lado, a partir de la mayor proximidad entre la prestación del servicio de salud y el paciente. Por el otro, dadas ciertas cuestiones políticas e institucionales vinculadas a la mayor eficiencia institucional inducida por la competencia.

Precisamente, cuestiones como la descentralización suelen ser respuestas adecuadas a la búsqueda de una mayor eficiencia en la asignación funcional del gasto sectorial, así como de la efectividad de las políticas públicas de salud. Siempre que se acompañen de una serie de instrumentos económicos que permitan acercar efectivamente las decisiones políticas a los usuarios del sistema de salud y a la vez mejoren ciertas cuestiones históricas como las diferencias de financiamiento territorial, asociando incentivos en la búsqueda de una mejor gestión sanitaria integral.

Cuando se analiza el mercado desde su visión tradicional, los resultados de una gestión eficiente se expresan como incremento de las ganancias privadas y no como mejoras complementarias de la eficacia social. En un mercado competitivo, la eficiencia implica no sólo reducir costos sino aumentar la calidad de los resultados, como objetivo para apropiarse de una mayor cuota de mercado. Cuando se trata de monopolios naturales (servicios estatales) u oligopolios artificiales o no naturales (ciertos servicios privados o privatizados), la cuestión de la eficiencia no puede ser apropiada por la competencia, sumado a que el precio resultante de prestar el servicio suele ser mucho más elevado que el costo marginal de producirlo (precio de monopolio).

En un mercado imperfecto como el sanitario, integrado por mono y oligopolios de proveedores del lado de la oferta, y oligopsonios de consumidores/pacientes vía aseguradores públicos, semipúblicos o privados del lado de la demanda -y en un entorno en el que domina la asimetría de información- ciertos mecanismos desregulatorios de uno u otro sector pueden afectar la eficiencia y la equidad, dejando a los ciudadanos inermes y enfrentados a barreras que condicionan desigualdades y erosionan la eficacia social del sistema de salud.

Tal el caso de la selección de riesgo sanitario o *descreme* (*cream skimming*) por la cual se elige a aquellos que menos probabilidades tienen de discriminar gastos en función del bajo riesgo de incidencia de enfermedad. O del descreme artificial de la demanda en base a desregulaciones sobre los financiadores del seguro social, creando nichos de negocio que mientras contribuyen a sobrefinanciar a algunos, desfinancian a otros y

distorsionan la solidaridad de un sistema complejo en cuanto a posibilidades efectivas de cobertura y oportunidad terapéutica.

¿Puede la economía en el campo sanitario ayudar al logro de mayor eficiencia y a partir de ella alcanzar la equidad que se diluye en otros campos de la esfera social? Ciertamente, la economía de la gestión sanitaria permite incorporar componentes normativos que buscan definir las intervenciones y sus consecuencias en relación con la forma de provisión más eficiente y equitativa entre las diversas alternativas posibles. Es sabido lo difícil de introducir en la medicina conceptos de racionalidad económica. Más aun cuando se entrecruzan juicios de valor y cuestiones éticas.

No obstante, ciertos esquemas de análisis económicos aplicados al sector sanitario han permitido delimitar conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos con que se cuenta y la efectividad de los resultados, así como analizar lo que configura la producción de los servicios de salud, identificar sus costos de producción y de transacción y evaluar costo-efectivamente los resultados, midiéndolos a su vez en términos de productos intermedios y finales.

Tanto los consumidores como quienes los aseguran, más los que prestan servicios de salud y los que proveen insumos (medicamentos y dispositivos médicos implantables entre otros) se integran en las funciones de financiación y provisión de los servicios, disponibilidad de información relevante acerca de costos y beneficios y conocimientos respecto de la calidad de los servicios o tratamientos otorgados.

En esta suerte de "triángulo funcional", se requiere que el Estado mantenga su poder de coerción basado en la regulación y el control, con el objeto de maximizar el bienestar de los ciudadanos y evitar exclusiones e inequidades. Mediante adecuados y precisos mecanismos regulatorios e incentivos, es posible definir y garantizar reglas de juego que permitan cierto equilibrio en el sistema, mejoren la equidad, garanticen calidad, disminuyan costos artificiales y satisfagan las necesidades reales de los beneficiarios.

Una buena política regulatoria -que no es lo mismo que el intervencionismo distorsivo- trasciende la concepción restrictiva de proveer sólo instrumentos adecuados para garantizar un óptimo de eficiencia dentro del libre juego de los actores del mercado sanitario, sino que se extiende a aspectos concretos de ciudadanía y derechos. No sólo permite resguardar intereses, sino que evita la exclusión de diferentes sectores sociales sin poder de renta a partir de la lógica del consumidor que posee el mercado.

En este marco, el Estado debe retener para sí la potestad de "gobernar" el mercado sanitario, transformándose en sostén básico y salvaguarda de la equidad social. De allí que el establecimiento de un adecuado poder regulador de la producción y distribución pluralista descentralizada de los bienes y servicios sanitarios de interés público deba ser el instrumento para corregir inequidades y preservar la eficacia social del sistema de salud.

En el campo de la justicia distributiva, si bien eficiencia y equidad son términos casi antagónicos y requieren ser tratados en forma separada, hay un aspecto central que los une y que tiene que ver con los distintos valores sociales que dan lugar a juicios respecto de uno y otro. Algunos se basan en preferencias individuales, mientras otros provienen de valores extrínsecos a lo individual; por ejemplo, criterios filosóficos de tipo moral vinculados con el derecho al resultado del propio esfuerzo, o al concepto *rawlsiano* de la justicia, hoy tan vapuleado. Quizá llegado este punto haya que dejar sentado que, frente al mercado sanitario, la intervención estatal adquiere sentido básicamente como regulación no sólo económica sino, lo más importante, social.

Aun el Estado mínimo debe disponer de regulaciones para establecer las condiciones también mínimas, así como los instrumentos y procedimientos de penalización para que puedan alcanzarse los objetivos sociales en salud, evitando las distorsiones

oportunísticas o las presiones corporativas. Sólo así es posible preservar un cierto orden en las relaciones de producción, comercialización y distribución de los recursos sanitarios (ejercicio profesional, parámetros de calidad institucional y prestacional, precios de medicamentos e insumos, transferencia tecnológica, investigación, etc.) en función de los principios básicos de solidaridad y equidad.

Planteado en términos de protección de los derechos de ciudadanía aplicados a la salud, la intervención regulatoria permite tratar efectivamente a ésta como un bien cuasi público -un “bien meritario”- a mitad de camino entre el concepto de lo público y lo privado. Al incorporarle “valor de naturaleza no comercial”, las regulaciones procuran -desde lo económico- generar un efecto redistributivo sobre la financiación disponible para otorgar coberturas sobre la base de los derechos sociales y constitucionales vigentes.

Y también por consideraciones de equidad evitando que la sola búsqueda de eficiencia se desentienda de la misma. Permite así al Estado preservar el carácter de “bien social” de la salud, independientemente del que adquieran los distintos submercados que conforman los servicios de salud y de cómo éstos se interrelacionen para dar respuesta a los efectos estocásticos del proceso salud - enfermedad.

¿Hasta dónde es posible desregular el mercado sanitario? Si la ecuación productos/procesos/resultados en la gestión sanitaria se expresa económicamente como un costo de oportunidad, tratar eficazmente la enfermedad no resulta un simple problema de bajar costos sino -por el contrario- una compleja combinación entre asignación y aplicación técnicamente eficiente y humanamente racional de los recursos disponibles, dejando de lado meras cuestiones contables.

La práctica de la medicina se ha caracterizado por la toma de decisiones en situaciones de permanente incertidumbre y bajo

condiciones clínicas que no poseen un marco de efectividad contrastada, cuestión que llevó muchas veces a aplicar tecnologías de muy alto costo y dudosa o nula efectividad. Ante la llamativa imposibilidad del propio mercado de la salud de regularse racionalmente, establecer una competencia eficiente entre sus agentes económicos y no comprometerse irracionalmente en una escalada creciente de costos, la Economía de la Salud procuró ofrecer cierto orden racional en un sistema descompensado en el tiempo y envuelto en una puja distributiva resultado de malas regulaciones, que solo profundizaron la distorsión del por sí complejo mercado de la atención médica.

Desregular la dinámica sanitaria solo posibilita un avance sostenido del complejo médico-industrial sobre la frontera de lo ético. En el último tiempo se ha hecho cada vez más evidente la controversia entre los criterios de eficiencia y de equidad, y los conflictos de interés en la microasignación de recursos. Básicamente, entre el ímpetu del desarrollo tecnológico y cierta “eficiencia utilitarista” de la cual no sólo se desconoce la efectividad de resultados sino los límites de expansión de sus costos.

En este contexto, los dilemas bioéticos y económicos entre máxima beneficencia y no maleficencia -en la práctica- son difíciles de establecer. Y más difíciles aun de controlar. Desregular solo como máxima económica y sin criterio de respeto por el derecho a la salud hace que el avance tecnológico, los dilemas éticos, los conflictos de interés, la cuestión económica y la responsabilidad profesional terminen difusamente y oportunísticamente entremezclados, frente a la equivocada percepción de la sociedad sobre las reales posibilidades de intervención que el complejo médico-industrial ofrece para recuperar la salud perdida. ■

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



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

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

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

Nuestras publicaciones

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

COMUNICACIÓN EN MEDICINA

¿UN PUENTE O UNA BARRERA?



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

Michael S. Woods en su libro “El poder de la comunicación” resalta que en cada intervención médica existe un resultado esperado. Pero también existe la posibilidad de consecuencias no deseadas. Si bien es reconfortante creer que la ciencia médica puede realizar milagros en la actualidad, la realidad es que los cuerpos humanos reaccionan en forma inesperada - incluso cuando el tratamiento está estandarizado y basado en las evidencias.

Por ello en el ejercicio diario de la profesión médica, se abordan situaciones tan gratificantes como desafiantes. Una de ellas, sin duda, es la comunicación con el paciente, especialmente al momento de transmitir noticias difíciles.

Esta tarea, que va más allá de lo técnico, requiere de una sensibilidad especial y de herramientas que les permitan construir un puente de confianza y empatía con quien acude a los médicos en busca de ayuda.

Al analizar por ejemplo las causas de los juicios de la llamada “*mala praxis médica*” se advierte que son derivadas de estas causas:

- Indiferencia.
- Falta de información.
- Falta de empatía.
- Explicación confusa.
- Ausencia del responsable principal.
- No abordar lo humano.
- Comentarios negativos acerca de superiores o responsables de áreas.
- Negativa a entregar la historia clínica; entrega tardía o con alteraciones.
- Intentos coercitivos de conciliación.
- Apariencia física y estado de agotamiento.

Lo que evidencia la centralidad que tiene en este aspecto una adecuada y efectiva comunicación.

La actitud escéptica que mantiene la medicina en relación con las ciencias más “blandas” -la psicología, la antropología cultural etc.; es parte y consecuencia de un modelo mental que construye barreras entre los médicos y las personas a las que atienden: los pacientes.

Es razonable que los datos medibles sean para los médicos un altar, pero la ciencia “dura” no habla sobre los aspectos humanísticos-interpersonales de la medicina, a pesar del hecho de que la mayoría de los médicos practicantes reconoce que la relación médico-paciente es un factor importante con relación al resultado.

Es en este contexto que tomar contacto con las herramientas de la mediación, disciplina enfocada en la comunicación y la resolución pacífica de conflictos, se erige como un aliado invaluable en el ámbito de la salud. Sus principios y técnicas nos brindan herramientas poderosas para mejorar la relación médico-paciente, optimizar la comunicación y, en definitiva, ofrecer una atención más humana e integral.

Aportes de la mediación en la comunicación con el paciente

- ✓ **Escucha activa:** la mediación nos enseña a escuchar al paciente desde una perspectiva diferente, prestando atención no solo a sus palabras, sino también a sus emociones, sus miedos y sus expectativas. Esto nos permite comprender mejor su situación y adaptar nuestro mensaje a sus necesidades.
- ✓ **Empatía:** de que se trata la verdadera empatía. De ponerse en el lugar del otro o de saber cómo el otro quiere ser tratado. En ambos casos es fundamental para construir una relación de confianza. La mediación nos invita a desarrollar la empatía, a reconocer y validar las emociones del paciente, lo que facilita la aceptación de noticias difíciles y el proceso de toma de decisiones.
- ✓ **Comunicación clara y honesta:** la mediación nos impulsa a comunicar las noticias difíciles de manera clara, directa y honesta, pero siempre con un lenguaje sensible y adaptado al paciente. Es importante brindar la información necesaria, pero también dejar espacio para las preguntas, las dudas y el diálogo.
- ✓ **Manejo de emociones:** tanto el paciente como el médico pueden experimentar emociones intensas ante una noticia difícil. La mediación nos ofrece herramientas para gestionar estas emociones de manera adecuada, facilitando la expresión y el acompañamiento emocional.
- ✓ **Toma de decisiones compartida:** la mediación promueve la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud. Esto le otorga un mayor control sobre su situación y fortalece su compromiso con el tratamiento.

¿Cómo aplicar la mediación al dar noticias difíciles?

- ✓ **Preparación:** antes de la conversación, es necesario tener toda la información sobre el paciente, su historia clínica y sus características personales. Planifique el encuentro en un ambiente tranquilo y privado.
- ✓ **Inicio:** se sugiere crear un clima de confianza, presentándose y explicando el propósito de la reunión.
- ✓ **Transmisión de la noticia:** sea claro, directo y honesto al comunicar la noticia, pero se trata de hacerlo con sensibilidad y empatía. Utilizar un lenguaje sencillo y evitar tecnicismos innecesarios.
- ✓ **Escucha activa:** prestar atención a las reacciones del paciente, tanto verbales como no verbales. Permitir expresar sus emociones y responder a sus preguntas con paciencia y honestidad.

“ La actitud escéptica que mantiene la medicina en relación con las ciencias más “blandas” -la psicología, la psicología, la antropología cultural etc.; es parte y consecuencia de un modelo mental que construye barreras entre los médicos y las personas a las que atienden: los pacientes.”

- ✓ **Apoyo emocional:** ofrecer apoyo y comprensión, valide sus emociones y transmita esperanza dentro de lo posible.
- ✓ **Toma de decisiones:** invite al paciente a participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud. Brindar información clara y objetiva sobre las opciones disponibles y acompañarlo en el proceso.
- ✓ **Cierre:** resuma lo conversado, responda a las últimas preguntas y ofrezca recursos de apoyo adicionales, como asociaciones de pacientes o grupos de terapia.

La mediación como herramienta para construir un sistema de salud más humano

Al incorporar los principios y técnicas de la mediación en la práctica médica, no solo mejorará la comunicación con el paciente, sino que también contribuirá a construir un sistema de salud más humano, empático y centrado en las personas.

Los invitamos a explorar esta disciplina y a descubrir el poder transformador que tiene en la relación médico-paciente.

La medicina del futuro nos exige una comunicación más humana, efectiva y centrada en el paciente. No podemos conformarnos con construir barreras, sino que debemos derribarlas y construir puentes sólidos que nos permitan conectar de manera profunda y significativa.

Esto implica un cambio de paradigma en la formación de los profesionales de la salud, incorporando habilidades de comunicación como parte fundamental de su desarrollo. También es necesario crear espacios y herramientas que faciliten la comunicación entre médicos y pacientes, fomentando un diálogo abierto y honesto.

El desafío es grande, pero la recompensa es aún mayor: una medicina más humana, efectiva y capaz de transformar vidas. Apostemos por construir puentes de comunicación que nos permitan alcanzar este futuro. ■

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

Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

“Con más de 26 años de trayectoria en el mercado es hoy la revista más leída, consultada y difundida en su segmento”.

Seguinos en:

✉ @RevistaMedicos 📷 @revista_medicos

in Revista Médicos f Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar



EL PMO: VALOR ACTUALIZADO LA NECESIDAD DE CAMBIOS

PROSANITY CONSULTING, IPEGSA y la USAL efectuaron el 4 de diciembre próximo pasado en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, la décimo quinta presentación anual consecutiva sobre la “Estimación del Gasto necesario para garantizar la cobertura médica del Plan Médico Obligatorio (PMO)”, o sea catorce actualizaciones, a partir del trabajo original del 2010.



La investigación cumple con dos objetivos 1) determinar el valor de la canasta prestacional conocida como PMO a una fecha definida (31 de julio) de cada año. 2) determinar a finales de julio 2024 en qué medida las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro. Se procede luego a su comparación con los años anteriores.

En esta actualización y como novedad, se ha comenzado, a partir de una iniciativa de la COSSPRA, un análisis del PMO actual sobre las O.S. Provinciales. Sus resultados se verán reflejados en próximas ediciones. Las O.S. P, aunque no están obligadas, dan prestaciones que superan las listadas en el PMO, y los graves problemas de financiamiento que tienen, como ocurre con las O.S. Nacionales, las ha llevado a abordar en conjunto, problemáticas comunes, analizar modelos de prestaciones y beneficios, acordes a sus posibilidades, y otras estrategias imprescindibles de implementar. Se en-

cuentran considerando diferentes proyectos de PMO, siendo interés de las mismas contar con un programa claro de beneficios, que además los posiciones respecto a los conflictos y litigios legales.

Antes de exponer los resultados de la investigación, aparece como sumamente importante explicitar algunos conceptos que son de sustancial importancia, y que deben ser considerados previamente.

Los componentes de los Sistemas de Salud son su modelo de financiamiento, su modelo de gestión y su modelo de atención. En general hay una tendencia sesgada a analizar el modelo de financiamiento, como si fuera el eje de un Sistema Sanitario. Y no es así. Por supuesto es un elemento esencial, pero a la par del de gestión y el de atención. No analizarlos en conjunto, ni modificarlos en conjunto, hace que cualquier medida paliativa de financiamiento, rápidamente lleve a situaciones similares a las actuales.

Analizar los modelos de gestión significa evaluar si se va a privilegiar o no la universalidad del acceso, la estrategia de abordaje, la definición de las políticas del modelo y definir las funciones del estado en el modelo (Normativas de regulación, de financiación, prestadoras de servicios, etc.).

Analizar los modelos de atención implica, desde nuestra perspectiva, definir si se prioriza un modelo bio-psico-social extendido a toda la población, con énfasis en los determinantes de la salud y la promoción y prevención de la salud, la planificación familiar, con una estrategia de atención primaria, con modelos de atención particulares para prevención y control de enfermedades crónicas, con acento en la eliminación de enfermedades transmisibles, y cuyas modalidades de atención estén claramente definidas y taxativamente delimitados los servicios y prestaciones cubiertas, los procedimientos técnicos de prestación de servicios, la estructuración de los diferentes recursos y servicios con formatos de integración de los conocimientos, la imprescindible participación comunitaria, con foco primordial en los recursos humanos, su calidad y su capacitación, etc. todo ello con el fin de lograr el mejor resultado en equidad y eficiencia, para toda la población que debe estar integralmente bajo cobertura.

El modelo de atención de la salud impacta sobremanera en la calidad de la atención y en los costos de la misma. El modelo debe asegurar similar calidad de atención a todos, cualquiera sea su origen de financiamiento, y con acceso al medicamento como bien social. Un modelo con base en la atención primaria de la salud debe acompañarse con población a cargo de los recursos humanos del primer nivel, sean médicos, enfermeras y asistentes sociales.

Ese modelo de atención debería ser único para toda la población a cubrir, salvo para aquellos que, contratando un seguro privado en forma directa (desregulado o no des-

regulado) paguen por un modelo abierto de acceso como es el que predomina en la actualidad en las Obras Sociales.

O sea, con el modelo de atención se regula el acceso a otros niveles (sobre todo de especialistas) cuyo salto dispara el gasto, y al que el paciente hoy accede libremente, sin una verificación de su necesidad.

Respecto al modelo de financiamiento, los Seguros de Salud Obligatorios no son pasibles de ser costeados ni en la actualidad ni a futuro exclusivamente con aportes y contribuciones, si se pretende brindar un PMO como el actual.

La realidad de las Obras Sociales Nacionales se replica en las Obras Sociales Provinciales, donde esta situación años atrás no ocurría. O sea que la problemática es transversal a todo el sistema de seguros de salud obligatorios y todas las Obras Sociales necesitan recursos adicionales, o de los sindicatos o de los gobiernos provinciales, según sea su origen.

Este PMO, canasta o listado de prestaciones, analizada en profundidad en el 2003, fue un mecanismo de avanzada en nuestro sistema, (todo modelo de atención debe definir taxativamente las prestaciones y beneficios que brinda a los beneficiarios), aunque nunca de alcance universal, y con el tiempo fue perdiendo esa legitimidad de origen al no estar protocolizada ni priorizada, incorporarse prestaciones no costo efectivas, o prestaciones por leyes especiales, sin financiamiento específico, y sentencias judiciales en muchos casos sin evidencia clínica de valor.

Es necesario modificarlo, debiendo poder acceder al mismo toda la población y no sólo los formalmente cubiertos. Y esa modificación hacerla sobre la base del formato actual (listado de prestaciones) estimando mecanismos de simplificación del PMO obligatorio a cubrir, como por ejemplo quitar de esa canasta, prestaciones de alto costo individual (Ej. Medicamentos de Alto Precios) o en el tiempo (discapacidad. Prestaciones SU), con financiamiento a definir, o bien cambiar su abordaje a futuro, yendo a un plan de beneficios de prestaciones y servicios por líneas de cuidados, por niveles, etc. con cobertura universal, como ha sido el análisis del proyecto PAISS con financiamiento del BID, realizado anteriormente. Ese plan de beneficios explicito debe poder ser financiado por la totalidad de los subsectores, y ser factible de implementación de acuerdo con infraestructura disponible tanto de RRHH como de equipamiento en todo el país.

Los tres componentes de los Sistemas de Salud, no están en el centro de la discusión de las autoridades sabemos de las diferentes responsabilidades constitucionales en materia de salud para la Nación y para las Provincias, pero la Argentina es un solo país que debe contar con modelos de integración tendientes a mejorar la fragmentación existente y los indicadores poblacionales, y teniendo en cuenta las disparidades en estructura, tecnología y recursos humanos, entre las provincias y regiones, ayudar a atenuar esas diferencias.

Sin dudas es necesario optimizar el subsector estatal (en todas sus jurisdicciones) responsable de la atención del 35 al 38% de la población del país, cuyo ordenamiento es imprescindible para trabajar coordinadamente en esquemas de articulación público-privada entre los sectores públicos provinciales y municipales y las Obras Sociales y prepagas. Quizás las diferentes jurisdicciones podrían analizar modelos de Seguros Provinciales integrando en la gestión y en sus redes a sus Obras Sociales Provinciales.

Lo que se nota en los análisis del gasto en salud, que el aporte del sector público se encuentra proporcionalmente en franca disminución desde el 2022, en relación con el gasto total.

Ahora bien, si bien, constitucionalmente, la gestión en la Salud es una responsabilidad jurisdiccional, y el aporte fi-

nanciero al sector público responsabilidad provincial. no se debe perder de vista que la Seguridad Social es una responsabilidad constitucional de la Nación y debería ser su responsabilidad aportar los recursos necesarios para que los Seguros Nacionales Obligatorios de Salud (Obras Sociales Nacionales, incluyendo al PAMI) sean viables, y hacer las correcciones al modelo para mantenerlos sustentable en el tiempo.

Ningún sector del estado puede hacerse el distraído en esta temática. Los gobiernos, en su conjunto, son los responsables de llevar adelante las acciones necesarias y hacerlo integrando en el análisis a todos los actores del Sistema de Salud. Esta es una antigua demanda que planteamos, que interpela a las diferentes administraciones de turno.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION PMO 2024

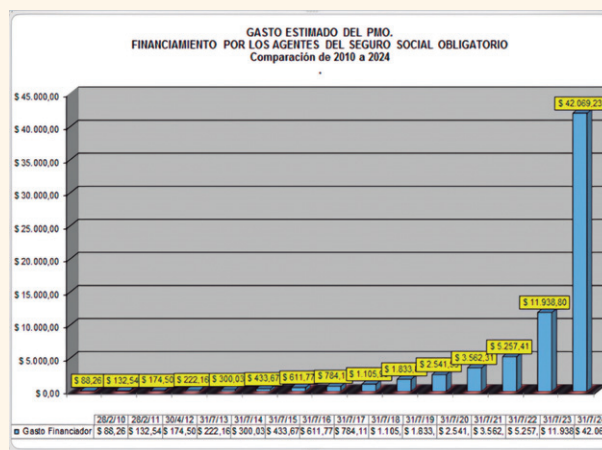
La metodología de investigación utilizada es la que usamos desde el inicio del estudio; los parámetros considerados son las tasas o indicadores de uso y los precios de mercado. El valor resultante es exclusivamente el de las prestaciones listadas en el PMO, por lo que no incluye otros elementos tales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

El Costo del PMO y sus indicadores han sido elaborados sobre la base exclusivamente de poblaciones activas, habiendo considerado como tales aquellas con rangos etarios entre 0 y 65 años, tanto para hombres como para mujeres. Los indicadores de uso y los precios considerados son de poblaciones de Obras Sociales Sindicales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Si bien la matriz elaborada es aplicable a todo el país, los indicadores y valores de mercado considerados corresponden a grandes poblaciones urbanas.

En los últimos años nos hemos encontrado en la investigación que realizamos, con dificultades de valorización por la alta inflación, y la pérdida de valores de referencia, para las Obras Sociales, prepagas y aún para el sector estatal. Más allá de este análisis y las dificultades que implica, hacemos correcciones con fórmulas polinómicas que acercan, aún con ciertos errores, los valores al momento en que lo finalizamos y presentamos. A posteriori vamos a explayarnos sobre los resultados obtenidos al 31 de julio del 2024, fechas en las que hacemos los cortes anuales.

En esta actualización (31 de julio 2024) el valor obtenido financiado por los Agentes de Salud es de \$ 42.069 (Gráfico 1) lo que significa un incremento interanual del 252%.

GRÁFICO 1



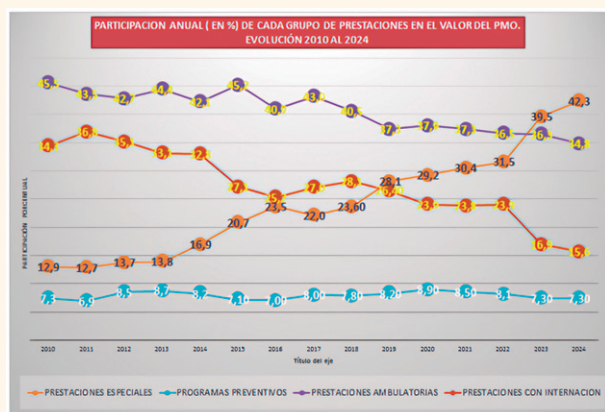
Si examinamos la totalidad del valor necesario para garantizar la cobertura (lo financiado por los Agentes de Salud y lo financiado por el beneficiario de bolsillo), el costo per cápita del PMO, al 31 de julio de 2024 fue estimado en \$ 48.550 con coseguros al 100% y de \$ 46.877 con coseguros al 50%. Los coseguros como mecanismos de regulación del sistema tienen actualmente un peso de alrededor del 10 al 13% según los considerados.

En este análisis de fines de julio del año 2024, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 6.480,90 por mes con coseguros del 100%, de los cuales un 48% del total corresponden a medicamentos ambulatorios. Si consideramos los coseguros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 4.807,43 de los cuales un 65% están representados por los medicamentos ambulatorios.

Si observamos la evolución de la participación porcentual de los diferentes grupos de prácticas financiadas por los Agentes de Salud, según la clasificación usada desde el inicio, se nota un incremento progresivo de las Prestaciones Especiales, (en especial Medicamentos especiales y discapacidad) acompañado de una importante caída en la participación porcentual de las prestaciones con internación, sobre todo en internación de pacientes agudos en establecimientos generales.

El Gráfico 2 muestra la evolución en el tiempo de los diferentes grupos de prácticas con una caída lenta de las prestaciones ambulatorias, un declive constante y muy marcado en internación, pasando del 34,3% en 2010 al 15,6% en 2024, una meseta en programas preventivos y un fuerte incremento en las prestaciones especiales que han pasado de un 12,9% en 2010 al 42,3% en 2024.

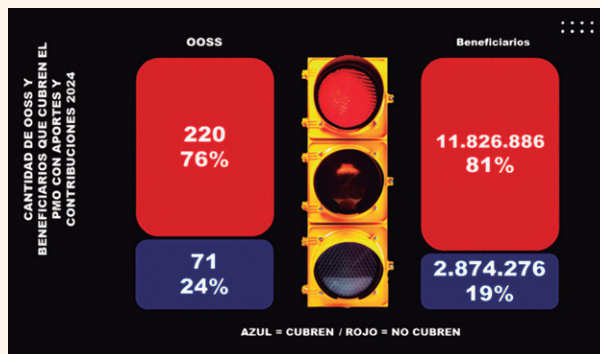
GRÁFICO 2



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

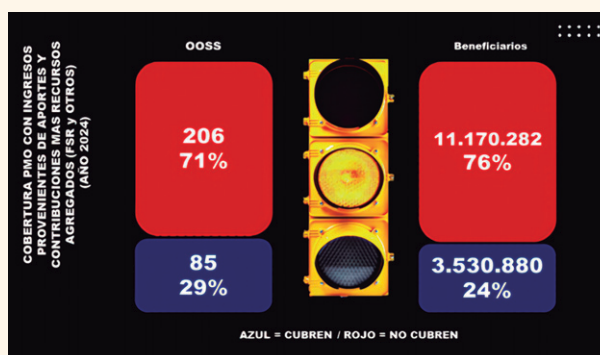
En este apartado cumplimos el segundo objetivo de estos trabajos de actualización. El mismo consiste en comparar el valor del PMO financiado por los Agentes de Salud, actualizado en este caso al 31 de julio de 2024 con la recaudación promedio por cada beneficiario del universo de OSN.

Dicho promedio, de acuerdo a los datos de SSSalud sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación por aportes y contribuciones es de \$ 32.816 (lo que representa el 78% del valor del PMO) debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones durante el mes de junio 2024. Tomando lo ingresado solo por aportes y contribuciones, (Sobre 291 OSN) al desagregar dicha información por OS vemos que solamente un 24% de dichas instituciones (71 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per



cápita, mientras que el 76% restante (220 OSN) no alcanza el valor del PMO.

Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, subsidios y reintegros, (Sobre 291 OSN) al desagregar dicha información por OS vemos que un 29% de dichas instituciones (85 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en

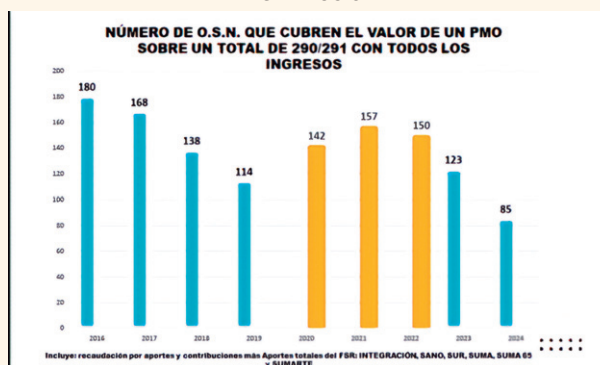


su recaudación per cápita, mientras que el 71% restante (206 OSN) no alcanza el valor del PMO.

38 obras sociales nacionales más no han podido cubrir el PMO respecto al 2023. En el Gráfico 3 los tres años con aportes extraordinarios se han destacado en un color diferente.

Debe hacerse notar que los mecanismos con que cuenta el FSR para lograr solidaridad interinstitucional son poco eficientes. En el rubro reintegros INTEGRACIÓN es prácticamente privativo, siendo muy exiguo y tardío el reintegro del SUR/SURGE. Si bien hubo cambios positivos en el subsidio SUMA, es imprescindible una corrección inmediata de los otros mecanismos. Con todos los problemas que tiene el Subsector, estos mecanismos agravan el financiamiento de los mismos.

GRÁFICO 3



Los Seguros de Salud Obligatorios, cuyos ingresos son un porcentaje de los salarios (aportes y contribuciones), se vienen deteriorando año a año con relación a la evolución del costo de las prestaciones y al aumento de la inflación. Es necesario reiterar, como lo venimos haciendo año a año, y lo

señalamos anteriormente, que es necesario tomar acciones de fondo, estructurales, en el Sistema de Salud Argentino y al mismo tiempo hacer viable al sector del Seguro Social que es la columna vertebral del mismo. Con los ingresos por aportes y contribuciones no se puede pretender seguir cubriendo las prestaciones SU de discapacidad ni el gasto catastrófico, sobretodo en medicamentos.

En el siguiente gráfico se observa claramente la evolución del Costo del PMO y de la inflación (considerando únicamente la Parte del PMO financiada por los Agentes de Salud). Este

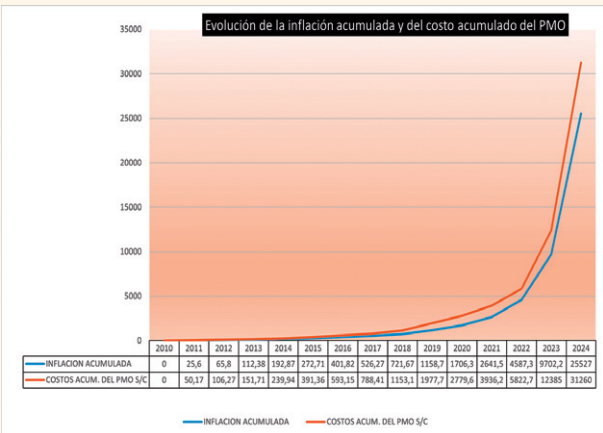


gráfico ha sido realizado consolidando todos los informes plasmados desde el 2010, en forma acumulada, tomando el año 2010 como base cero, en el caso del costo de las prestaciones y la inflación acumulada basada en los informes de consultoras y el Congreso de la Nación hasta 2016 y luego del IPC oficial.

Desde el 2010 hasta el 2024, para una inflación acumulada del 25.527% se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 31.260%. El valor del PMO ha superado holgadamente a la inflación.

En la mayoría de los países los Costos en Salud se incrementan año a año por encima del incremento de otros sectores de la economía. Ese incremento de los Costos se fue trasladando al costo del PMO cuyo resultado es el producto de los indicadores o tasas de uso, y de los precios de mercado.

Las Obras Sociales no han generado los ingresos suficientes para cubrirlos y por lo tanto la actualización de aranceles del sector privado prestador no han podido compensar el aumento de sus costos en salud, y han debido absorber parte del déficit. Y eso se marca sobremanera en los honorarios profesionales y en el sector privado prestador con internación, donde los costos superaron ampliamente la recomposición de aranceles logrados. Eso ha hecho que la situación del sector prestador haya empeorado con relación a como estaba en 2023. Todo el sistema se deteriora y con él la calidad del producto final.

Con la fórmula ponderada el valor actual del PMO (a fines de OCTUBRE 2024) financiado por los Agentes de Salud, a partir del valor obtenido a fin de julio 2024 en esta investigación, nos ha dado \$ 48.677,76.

Es importante remarcar que con una depuración de las obligaciones de Cobertura del PMO, un análisis de su composición o formato, una modificación de los mecanismos de subsidios interinstitucionales, revisar las Obras Sociales inviables por no cubrir el riesgo asegurador, y garantizar un ingreso razonable promedio por monotributistas, se puede armonizar el subsistema, desde el punto de vista exclusivo de su financiamiento y hacerlo más equitativo, por lo menos momentáneamente hasta que se realicen todas las acciones de fondo detalladas. ■

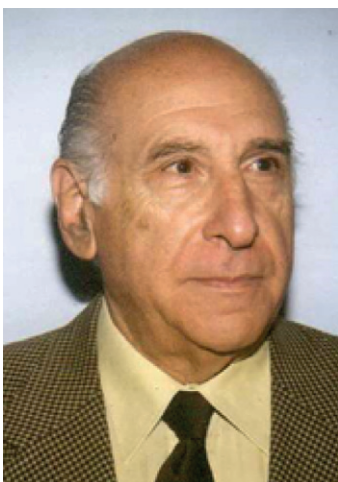


50 años de trayectoria y compromiso,
brindando salud de calidad

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

TOMA DE DECISIONES



"El riesgo de una decisión incorrecta es preferible al temor de la indecisión". Maimonides

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

La importancia radica en que la mayor parte del tiempo de un gerente está destinado a la Resolución de Problemas (RP) y a la Toma de Decisiones (TD). En la RP/TD lo que más interesa es la eficacia de las decisiones que se toman, es decir la resolución efectiva del o de los problemas. Desde el punto de vista metodológico cabe abrir este proceso en tres grandes etapas que implican un cierto orden secuencial. En principio es necesario partir de un objetivo para disparar el diagnóstico de situación.

La identificación del objetivo inicial y del diagnóstico de situación permiten especificar el problema a resolver, condición necesaria para abordar los cursos de acción a seguir para resolver el problema, condición necesaria para abordar los cursos de acción a seguir. Es conveniente considerar todos los cursos de acción posibles a los efectos de elegir el mejor.

La información es un complemento implícito en todas las etapas del proceso de decisión. El desglose del proceso RP/TD en etapas es conveniente toda vez que: 1) El diagnóstico de situación puede llevar a la revisión del objetivo inicial; 2) La evaluación de los cursos de acción pueden aportar elementos que justifiquen la revisión del objetivo; 3) La implementación puede encontrar inconvenientes no previstos que lleven a replantear la situación; 4) Cuando hay dudas sobre la necesidad de contar con información adicional.

La metodología no hay que aplicarla de manera rígida sino como un camino a recorrer dando lugar a múltiples alternativas cuya utilización efectiva requiera flexibilidad.

Existen diversos modelos para enfocar el problema, entre ellos, caben destacar: 1- el de la cadena de medios/fines; 2- El modelo de sistema; 3- Las ideas acerca del pensamiento crítico que ha tratado Peter Senge en la quinta disciplina.

Algunas de las ventajas de la cadena medios/fines son: 1) Ayuda a relacionar objetivos de distintos niveles contribuyendo al logro del objetivo fundamental; 2) Estimula el desarrollo de alternativas; 3) Ayuda a transformar objetivos en acciones específicas realizables; 4) Hace evidente las relaciones que deben ser consideradas. Sin perjuicio de las ventajas de la cadena medios/fines debe aclararse que sólo puede ayudar a la evaluación de los objetivos, en tanto, que el enlace con objetivos superiores puede complicarse ante la existencia de objetivos contradictorios. Ejemplo una inversión puede favorecer el crecimiento a largo plazo, pero reducir la rentabilidad en el corto plazo.

En un proceso RP/TD existe un sujeto que toma la decisión y

una unidad en donde se ubica el problema. Cabe enfocar la unidad objeto de análisis como un sistema, modelo que distingue: 1- Los recursos o insumos, el proceso y el producto; 2- Macrosistema o entorno en el que se desenvuelve la unidad.

El modelo de sistemas ayuda a clasificar los conceptos de eficacia y eficiencia. Un proceso es eficaz porque produce el efecto buscado en tanto que su eficiencia depende de los recursos utilizados, lo que contribuye al concepto de productividad.

Además de la eficacia y eficiencia está el de la efectividad incorporando los objetivos del macrosistema. Así por ejemplo una actividad educativa puede ser eficaz porque cumplió los objetivos de aprendizaje y sin embargo no ser efectiva porque no procuró una mejora en el rendimiento de la organización.

En un proceso de RP/TD pueden aparecer diversos y diferentes problemas o un problema desglosarse en varios problemas. Por ejemplo, la falta de motivación puede ser la sumatoria de una remuneración baja, una capacitación insuficiente, al tipo de tareas, al clima organizativo. Este listado plantea la posibilidad de establecer prioridades con el propósito de optar por el problema a atacar primero, cuál después y tal vez nunca. Los pasos para establecer prioridades son: 1) Urgente e importante; 2) Importante; 3) Ni urgente ni importante.

En cuanto a la importancia es interesante tener en cuenta la Ley de Pareto, también conocida como la regla del 80-20 por ejemplo: a) el 80% de las ventas provienen del 20% de los artículos; b) el 80% de los problemas del personal provienen del 20% de los empleados. Esta ley implica que la clave de la eficiencia es identificar ese 20% de factores que componen el 80% de los resultados.

Un desarrollo de la Ley de Pareto es el concepto de ABC que establece 3 niveles: Nivel a: unos pocos factores tienen gran impacto sobre el resultado; Nivel b: una cantidad mayor de factores tiene un impacto significativo sobre el resultado; Nivel c: gran cantidad de factores tienen un impacto poco significativo sobre los resultados.

Pueden distinguirse cuatro tipos de problemas: 1- El problema negativo; 2- El problema potencial; 3- El problema de la implementación; 4- El aprovechamiento de la oportunidad. El problema negativo existe cuando la situación actual ya no responde al objetivo prefijado. Para su estudio es útil el método de análisis del campo de fuerzas que consiste en identificar aquellas que tienden a mejorar la situación (factores positivos) y las fuerzas que tienden a empeorar la situación (factores negativos), asignándoles una puntuación a cada uno de ellos, representativa de su influencia.

El análisis de problemas potenciales comprende 4 pasos: 1) Identificación de las áreas críticas; 2) La identificación de problemas potenciales específicos; 3) La identificación de causas probables y de las medidas preventivas; 4) La identificación de acciones contingentes.

El aprovechamiento de oportunidades requiere, por una parte, la revisión del entorno o sea el análisis externo y por otra el diagnóstico del funcionamiento del sistema o análisis interno. A tal efecto conviene agruparlos en términos de oportunidades y amenazas y de fuerzas y debilidades (FODA). Sobre la base de este análisis luego se pueden encarar el desarrollo de los cursos de acción. En el caso de la planificación estratégica de una empresa, tal desarrollo implica decidirse, o sea, elegir y precisar objetivos y optar por las estrategias a seguir. ■

Bibliografía: Conceptos y Herramientas de Management. Cuaderno n° 1. Dirección Académica Santiago Lazzatti.

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



Tu tranquilidad es nuestro propósito

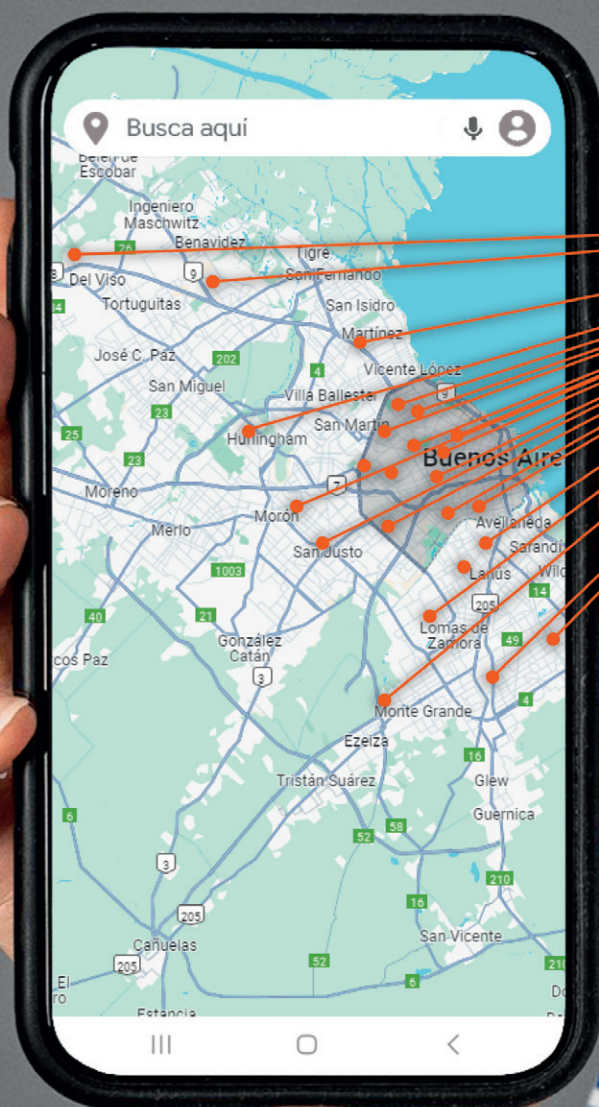
Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



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



La calidad es nuestra actitud.