

Medicina Global Médicos

La revista de salud y calidad de vida

26

Aniversario (1998 - 2024)



Columna

**UN DESTINO DE ESPERANZA Y
POSIBLE, SIN SOLUCIONES MÁGICAS**

Por el Dr. Rubén Torres



Opinión

**SALUD: EL RETO DE
LO UNIVERSAL**

Por la Dra. Liliana Chertkoff



Debate

**EL CAMINO SON LAS POLÍTICAS DE
ESTADO, PERO ¿CUÁLES LO SON?**

Por el Dr. Marcelo García Dieguez

GALENO

TUDO PARA VOS.

Cuidamos la pasión de quienes dan todo.



Sponsor oficial de
Las Leonas y Los Leones



SanCorSalud
Grupo de Medicina Privada



**CONFEDERACION
ARGENTINA DE HOCKEY**

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



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

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

Nueva App UOCRA

La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic
de distancia!



Disponible en:



¡Ingresá al
mundo UOCRA
estés donde estés!

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



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



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

CUIDAMOS TU SALUD

Obra Social con más
de 30 años de
trayectoria

+

COBERTURA TOTAL SIN COSTO

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

+

Afiliaciones por Whatsapp al 1151686167



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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCIÓN, REDACCIÓN,

ADMINISTRACIÓN

Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4682-0534

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

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

COLUMNA

PARECIERA QUE LOS PREPAGOS SON EL NÚCLEO CENTRAL DE SALUD
Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo País

8

DEBATE

LO CENTRAL Y LO SUBALTERNO

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

10

OPINIÓN

GASTO EN SALUD, EFICIENCIA Y RESULTADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario

12

COLUMNA

FORTALECER LA RECTORÍA EN SALUD: PRIORIDAD MÁXIMA EN LA ACTUALIDAD

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

14

COLUMNA

GESTIÓN DE QUEJAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

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

16

DEBATE

EL CAMINO SON LAS POLÍTICAS DE ESTADO, PERO ¿CUÁLES LO SON?

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

18

OPINIÓN

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

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

20

COLUMNA

UN DESTINO DE ESPERANZA Y POSIBLE, SIN SOLUCIONES MÁGICAS

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

22

VOCES

EL RÉGIMEN DE COBRO DEL HOSPITAL PÚBLICO. EL DECRETO 172/2024 Y LAS FACULTADES DE LAS PROVINCIAS

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

24

OPINIÓN

SALUD: EL RETO DE LO UNIVERSAL

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

28

COLUMNA

LA CONJUNCIÓN DE VARIAS PERSPECTIVAS PUEDE AYUDAR EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LA ARGENTINA

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

30

OPINIÓN

LA ACELERACIÓN DE LA HISTORIA

Por el Dr. Mauricio Klajman - dr.mklajman@gmail.com

32

COLUMNA

DESCIFRANDO EL LABERINTO SANITARIO: ENTRE LA VULNERABILIDAD Y LA INCOMPETENCIA

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

34

VOCES

MECANISMO INTEGRACIÓN - EL DESAFÍO DE OPTIMIZAR EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

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

36

DEBATE

SALUD: UN MERCADO ANORMAL

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

38

OPINIÓN

GASTO INTELIGENTE EN SALUD Y EL DESAFÍO DEL ALTO PRECIO

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

40

VOCES

NAVEGANDO EL CAMBIO: HABILIDADES ESENCIALES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

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

42

OPINIÓN

LA CONSTRUCCIÓN DE UN PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD COMO ALTERNATIVA AL ACTUAL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO: LA EXPERIENCIA DE PROYECTO P.A.I.S.S. (PLAN ARGENTINO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD)

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

44

COLUMNA

SALUD Y MERCADO II - RECALCULANDO... RECALCULANDO LOS DATOS

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

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.

- 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



PARECIERA QUE LOS PREPAGOS SON EL NÚCLEO CENTRAL DE SALUD



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Quienes adviertan en estos días las dificultades financieras del Sistema de Salud, observando los medios de difusión masiva, pueden llegar a suponer que las empresas de Medicina Prepaga (EMP's) ocupan el núcleo central de la organización sanitaria del país.

La realidad no es así: sólo unos 6,8 millones de habitantes tenían cobertura privada a través de estas empresas en 2021, y dos tercios de esos seguros provenían de la *tercerización* de los afiliados de mayores ingresos de las obras sociales (OS's) sindicales, pagando una cuota adicional.

En el resto del mundo -salvo en EE. UU., donde las HMO's (*Health Maintenance Organizations*) efectivamente son la base del sistema- a los prepagos se los denomina "seguros privados", porque en lugar de competir con la Seguridad Social (SeS) institucional, suelen complementar y/o perfeccionar la cobertura oficial.

Las primeras EMP's surgieron en la década del 60, en un escenario dominado por la creciente expansión de las OS's sindicales, que estaban adquiriendo un papel protagónico, a partir de su incorporación a los convenios colectivos de trabajo (Ley 14.250).

El modelo de cobertura que brindaban las aseguradoras gremiales, inspiradas en las antiguas mutuales de inmigrantes de inspiración solidaria, era el de "protección integral" de la salud, incluyendo los riesgos laborales. El predominio de la cobertura de riesgos, por encima de los recursos para financiarlos, determinó que se caracterizara la orientación de esta etapa, como "asistencialista".

En ese escenario de protección tan amplia, las EMP's, constituidas en base a inversores de origen médico -no aseguradores profesionales-, debieron abrirse espacio comprometiendo una cobertura igualmente amplia de "alta gama". En tales condiciones, los prepagos actuaban como OS's, ofreciendo servicios más "suntuarios" (hotelería, atención privada), junto con la protección integral.

La configuración descripta de los inicios de la Medicina Prepaga fue la causa principal de que los *especialistas* en seguros, los aseguradores de bienes *materiales* (automotores, viviendas, producción), declinaran la oportunidad de insertarse en ese naciente segmento de negocios.

Donde los riesgos actuariales quedaban subsumidos por la necesidad de competir en un mercado dominado por OS's corporativas, dominadas por sindicatos, con mayor poder político que en el resto de América. En efecto, a diferencia de Brasil, Colombia y EE. UU., en la Argentina las compañías aseguradoras se autoexcluyeron de cubrir servicios sociales.

En Brasil y EE. UU. las principales coberturas de salud provienen de seguros comerciales. En Argentina, salvo algunos planes menores (MAPFRE, entre otros) de compañías aseguradoras, los capitales de la Medicina Prepaga provienen de inversores del campo de la salud. Incluso algunos sindicalistas -devenidos empresarios-, aprovecharon las experiencias de las OS's corporativas, compartiendo como ca-

pitalistas la conducción de EMP's y de establecimientos asistenciales privados, con alta disponibilidad tecnológica.

Esta breve historia tuvo dos hitos significativos a principios de la década del 90. OSDE (Obra Social de Ejecutivos), que había sido fundada en 1971 como la OS de la UIA, fue creciendo durante dos décadas a expensas de *tercerizar* la administración de sus servicios -y también los riesgos-, a pequeñas EMP's, que pasaron a ser "OSDE-dependientes". En 1991 inició el programa "OSDE Binario" (Organización de Servicios Directos Empresarios), que en realidad implicaba emigrar a la modalidad de contrataciones directas.

En el mismo año se inauguró la Maternidad Suizo-Argentina, piedra fundamental del *Swiss Medical Group*, basado en inversiones externas. Este *holding*, a diferencia de OSDE, se expandió mediante contrataciones de *tercerización* con empresas, y la adquisición de EMP's con diversas dificultades financieras. Ambos fenómenos determinaron una abrupta concentración de capitales, por parte de las dos empresas que alcanzaron la mayor población cubierta.

Si admitimos que dos tercios de la población con cobertura privada proviene de la derivación de los afiliados de mayores ingresos de las OS's sindicales, resulta necesario explicar las razones de este proceso de acceso indirecto, en lugar de la afiliación directa a una EMP.

El propósito principal de los sindicatos fue no resignar la titularidad de la recaudación prevista por el Sistema Nacional del Seguro de Salud (Leyes 23.660 y 23.661), manteniendo su cartera sectorial cautiva (por tributación obligatoria), dado que forman parte de los privilegios adquiridos en sus primitivas negociaciones con el Gobierno Militar de 1970.

La libertad de elección de OS establecida por Carlos Menem (Decreto 9/93), no logró sin embargo disolver el principio de pertenencia gremial, defendido por el sindicalismo desde los orígenes de estas organizaciones sociales.

Excediendo los límites de legitimidad de sus facultades, muchos sindicatos lograron que todos los trabajadores de cada empresa aportaran "solidariamente" la cuota sindical (que es voluntaria), aunque no tuvieran interés en afiliarse. Para mantener el vínculo entre la OS del sector y la EMP, que el afiliado pretendía en función del poder adquisitivo de sus ingresos, se extendió la modalidad de acceder a servicios de "alta gama" por *tercerización*, sin que el sindicato sectorial perdiera entonces el poder de recaudación.

El objetivo del Gobierno actual de habilitar la afiliación directa a las EMP's, sin el paso intermedio de acceder a través de las OS's del respectivo sector, junto con la amenaza de impedir la adhesión compulsiva a la cuota sindical (DNU N° 70/2023), significaba un daño vital al núcleo de las fuentes de sostenimiento del poder sindical. Se explica así que aceleradamente la CGT respondiera con medidas de fuerza, respecto a agravios mayores que recibieron de gobiernos anteriores.

No parece que sean "ideológicas" las razones de estas decisiones. Tampoco tuvieron respuestas mayores en la década del 90, cuando el Gobierno suscribió un acuerdo con el FMI, para llevar a cabo un proceso que se caracterizó como "desregulación de OS's".

Simplemente fue demorándose esa decisión mediante presiones políticas, hasta que se sancionara una ley que regulara a las Medicinas Prepaga (Ley 26.682/11). De este modo ganaron tiempo y se prepararon para desarrollar el amplio proceso de "tercerización", que explica la acelerada expansión de las EMP's, una vez entrado el Siglo XXI.

En estas condiciones los prepagos quedaron en el centro de la escena, como responsables de la crisis del Sistema de Salud, aunque sólo se ocupan de la cobertura de menos de 7 millones de habitantes, pero los de mayores ingresos. Pero los restantes 40 millones de argentinos dependen de múltiples OS's -sindicales, provinciales, PAMI- y de servicios públicos. ■

(*) Médico sanitario. 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.



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

osde

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.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.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.

LO CENTRAL Y LO SUBALTERNO



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Como en tantos otros campos del debate público, se ha naturalizado la idea que la base de nuestros problemas es de índole económica. Una explicación totalizadora que supone que no existe relación entre el costo y el objeto del gasto, y que, corregida la macro, se rectificaría el rumbo en un entorno virtuoso.

Para esta mirada no existe axiología sino sólo asientos contables. No hay teleología, sino ordenamiento de cuentas. Pero para que esa idea se sostenga, es necesario que exista un relato que la sustente y la retroalimente. Un nuevo decir, que nos guíe en medio de la desesperanza. Esto, ya lo hemos visto. Se lo llama confundir. O simplemente mentir.

Así, pareciera que el problema más importante para nuestro sistema de salud es el aumento inclemente de las cuotas de las empresas de medicina prepaga. Es cierto. Fue despiadado, y agravado porque se trata de un mercado oligopólico, productor de bienes inelásticos no transables que factura predatadamente para afrontar costos posdatados en un entorno altamente inflacionario.

Pero no es menos cierto que afecta al 15% de nuestra sociedad, que corre el riesgo de no poder acceder a un seguro voluntario al que se volcó por deficiencias y omisiones que sufren -ciertamente en distinto grado- el 85% restante en un contexto de pauperización, desempleo creciente y deterioro de las condiciones de existencia.

El debate se centra en el precio de la prima de un seguro -insisto- voluntario-, como si de ello dependiera la salud del conjunto de la población, mientras se naturaliza el impacto de la pobreza del 58% o el 18.9% de indigencia (INDEC 27/04/24) como determinante de la salud de nuestros niños.

Todavía no hemos recuperado la expectativa de vida que precedió a la pandemia. La reemergencia de enfermedades infecto-contagiosas generan estragos aún no debidamente registrados. Las dificultades de acceso son cada vez mayores. El deterioro general del sistema ajusta por calidad, oportunidad y efectividad.

Atravesamos una epidemia que incomprensiblemente es calificada como "brote" apalancados en su (afortunadamente) baja letalidad para esconder la imprevisión, la impericia, y el abandono de las funciones esenciales de salud pública. Todo ello, en un sistema quebrado. ¿Y el centro del debate sectorial se centra en la cuota de la prepaga?

Se trata nuevamente, de posicionar a un enemigo, para así distraer al que no puede defenderse.

Contradiendo su palabrerío y su norma, tras haber definido al monopolio como creador de riqueza y liberado los precios a la

"fuerzas del mercado", ahora se presenta al empresario en salud como un abusador serial que, más allá de cuán justo le quepa el sayo, es ubicado en ese sitio para la orquestación de un relato capaz de quitar de escena el corrimiento del Estado en la salud de la población.

Lo que se presenta como central es subalterno y lo que omite es lo verdaderamente trascendente. De lo contrario, no se entiende que se excluya en aquella definición a la industria farmacéutica (171% de incremento desde noviembre/23 al presente. 57% por encima del IPC).

Casi en simultáneo, el vocero presidencial comunicó como un éxito la contracción de \$ 140.000 Millones en las partidas del Ministerio de Salud, a través de reducciones en planta política, subsidios y ajustes varios, y la finalización del Plan de Prevención del Embarazo Adolescente No Intencional (Plan ENIA).

Más allá del sesgo ideológico detrás de la supresión del ENIA a pesar de su impacto en la escolaridad adolescente y en la tasa de mortalidad infantil, cabe preguntarse por el destino de los recursos ahorrados. ¿Prevención de la próxima recurrencia del Dengue? ¿Provisión de drogas a pacientes oncológicos o HIV (+)? ¿De vacunas, tal vez? Esos 140.000 millones representan el 5,4 % del presupuesto ministerial. No existe análisis costo beneficio que contraponga motosierra al costo de oportunidad o al beneficio social del gasto.

En otras palabras: mientras se elimina un programa de efectividad comprobada e impacto cierto, se invoca la infalibilidad del mercado, para pasar a admitir una denostada falla de mercado (competencia imperfecta, asimetría de información, colusión, abuso de posición dominante) a partir de la fijación arbitraria de precios sin evaluación efectiva del coste cierto de los servicios ofrecidos.

Se pasa así de un castigo brutal al bolsillo de pagadores al riesgo cierto de quebranto de prestadores y financiadores, sin contemplar que tal medida incidirá necesariamente en la calidad y la oportunidad de las prestaciones. Es poner a jugar a Murray Rothbard y Guillermo Moreno en el mismo equipo. Biblia y Calefón. Péndulo y decadencia.

Mientras tanto, los actores sectoriales, en un entendible sálvese quien pueda seguimos defendiendo nuestra posición relativa, o incluso aguardando que el rumbo se corrija desde una rectoría inexistente. No será así.

Es imperioso tener presente que, junto con la irrenunciable defensa de nuestro sustento y nuestros derechos, es imprescindible defender y sostener los principios de solidaridad, equidad y justicia que impulsaron nuestra vocación como médicos.

Asegurar como principio irrenunciable la defensa de aquel sistema de salud que fue y todavía es motivo de orgullo por su integridad, su acceso y su gratuidad en el sitio de atención. Corregir sus inequidades a partir de la universalidad de su canasta prestacional, garantizar su sustentabilidad a través de la asignación eficiente de los recursos disponibles, incluyendo en ello la remuneración del equipo de salud. **Un sistema y una política de salud.**

Ello no será posible desde la defensa acrítica del declive que venimos transitando, ni desde la reivindicación de modelos que la historia dejó en el camino. Pero tampoco desde una lógica que en los hechos entiende a la salud como un privilegio para quienes pueden financiarla a través de su propio peculio, mientras condena a los más vulnerables a una enfermedad o una muerte evitable.

Estamos en medio de una disputa en la que lo que está en juego tiene que ver con nuestro proyecto de sociedad, nuestro futuro y el de quienes seguirán en el camino después. No se trata sólo de reivindicaciones. Es tiempo también, de retomar los sueños. ■

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



**Respirar.
Cuidar. Vivir.**

Medifé

cobertura médica

medife.com.ar

GASTO EN SALUD, EFICIENCIA Y RESULTADOS EPIDEMIOLÓGICOS



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

El gasto argentino en salud ha experimentado variaciones a lo largo de los años y ha enfrentado desafíos en términos de eficiencia y equidad en la distribución de recursos. En términos de gasto en salud como porcentaje del PIB, la Argentina ha mantenido cifras por encima de la línea del promedio de América Latina y el Caribe, que suele situarse alrededor del 6-7% del PIB, para ubicarse entre los 8 y 9.5%.

En comparación con otros países latinoamericanos, la Argentina ha realizado inversiones significativas en su sistema de salud, pero los resultados alcanzados no siempre reflejan un retorno proporcional a esta inversión.

El vínculo entre el gasto en salud y los resultados epidemiológicos, que ha sido objeto de debate en todo el mundo. Es indiscutible que un buen nivel de financiamiento en salud juega un papel crucial en la capacidad de un sistema de salud para proporcionar servicios efectivos y alcanzar resultados epidemiológicos positivos.

Sin embargo, y a pesar de la creencia común de que un mayor gasto en salud conduce a una mejor salud para la población, no hay una relación clara que demuestre una proporcionalidad entre ambos conceptos, presentándose muchos casos que desafían esta premisa.

Comparando nuevamente el caso argentino, algunos países latinoamericanos han logrado mejores resultados en salud con niveles de gasto similares o incluso menores. Por ejemplo, Costa Rica ha sido elogiada por su sistema de salud universal y accesible, a pesar de tener un gasto en salud más bajo que la Argentina como porcentaje del PIB.

Chile también ha logrado avances significativos en salud con un gasto relativamente moderado, especialmente en áreas como la reducción de la mortalidad infantil y el acceso a servicios de atención primaria. A continuación se introducen otros ejemplos adicionales que ilustran la desconexión entre gasto y resultados.

Estados Unidos, es un ejemplo claro de cómo un alto gasto en salud no garantiza mejores resultados epidemiológicos. A pesar de gastar más per cápita en atención médica que cualquier otro país del mundo, enfrenta desafíos significativos en términos de resultados epidemiológicos. Su alta inversión le permite tener buenos resultados comparativos, pero no los mejores. Según la OMS, la esperanza de vida al nacer es del 78,5 ubicándose en orden 40 a nivel mundial.

Cuba, es un ejemplo interesante que desafía la noción de que un alto gasto en salud es necesario para lograr resultados epidemiológicos positivos. A pesar de tener recursos limitados en comparación con países desarrollados, ha logrado importantes avances en salud pública.

La esperanza de vida (77,8) es comparable a la de países desarrollados y el país ha eliminado varias enfermedades infecciosas, como la poliomielitis y la transmisión vertical del VIH. El éxito de Cuba se atribuye en parte a su enfoque en la atención primaria de salud, la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables.

Japón, es otro ejemplo que cuestiona la relación entre el gasto en salud y los resultados epidemiológicos. A pesar de tener costos moderados en comparación con otros países desarrollados, cuenta con una de las poblaciones más longevas del mundo y bajos índices de mortalidad infantil y enfermedades crónicas. Este éxito se atribuye en parte a una dieta saludable, un estilo de vida activo y una sólida infraestructura de atención médica centrada en la prevención y la atención temprana de enfermedades.

Los ejemplos de Estados Unidos, Cuba y Japón ilustran la complejidad de la relación entre el gasto en salud y los resultados epidemiológicos. Si bien el gasto en salud es importante, no es el único determinante de la salud de una población. Es fundamental adoptar un enfoque integral que aborde no solo la atención médica curativa, sino también la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y la reducción de las desigualdades sociales.

Sin embargo, y a pesar de lo mencionado, hay tres aspectos de los sistemas de salud en los que el gasto en salud tiene una importancia crítica, y se ha demostrado que existe una relación directa entre el gasto y los resultados epidemiológicos.

Mortalidad Infantil y mortalidad materna: esto se debe a una mejor atención prenatal, acceso a servicios de salud durante el embarazo e institucionalización del parto con los recursos necesarios para emergencias y complicaciones.

Enfermedades crónicas: el financiamiento adecuado en salud puede ayudar a prevenir y controlar enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el cáncer a través de programas de detección temprana, educación para la salud y acceso a tratamientos efectivos.

Preparación para epidemias y pandemias: los sistemas de salud con una financiación adecuada están mejor equipados para hacer frente a brotes de enfermedades infecciosas, como la gripe, el ébola y Covid-19. Esto incluye la capacidad de realizar pruebas masivas, rastreo de contactos, y proporcionar tratamientos y/o vacunas a la población.

En resumen, si bien la Argentina ha realizado inversiones significativas en su sistema de salud, los resultados alcanzados aún no reflejan completamente el nivel de gasto invertido. La comparación con otros países latinoamericanos sugiere que se pueden lograr mejores resultados en salud con una gestión eficiente de los recursos y un enfoque integral que aborde las necesidades de la población en todas las etapas de la vida y en todas las regiones del país.

Los desafíos específicos que enfrenta el sistema de salud argentino incluyen la reducción de la fragmentación del sistema de salud, la disminución de las desigualdades regionales en el acceso a servicios de salud, la mejora en los resultados en los determinantes sociales (especialmente reducción pobreza y mejoras en educación) y la necesidad de mejorar la eficiencia de la atención médica trabajando sobre la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables. ■

(*) Profesor universitario.

Cobertura Médica Nacional

Omint

EXPERIENCIA PARA LO QUE SIGUE

FORTALECER LA RECTORÍA EN SALUD: PRIORIDAD MÁXIMA EN LA ACTUALIDAD



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Durante la campaña electoral el coordinador de los equipos de salud de la Libertad Avanza en aquel entonces, el Dr. Eduardo Filgueira Lima, anunció una serie de propuestas para el área salud entre las que se encontraba el impulso y desarrollo de Seguros Públicos de Salud provinciales. Gran conocedor de esta temática, el Dr. Filgueira Lima intentó desarrollar esta idea junto a otras como la introducción de contratos y programas con hospitales públicos cuando fue Secretario de Salud en la provincia de La Pampa a mediados de los 90.

Hubo otros intentos de desarrollar seguros públicos provinciales de salud como los casos de Río Negro, Santa Fe, Tucumán y Provincia de Buenos Aires en donde tuve la oportunidad de desarrollarlo e implementarlo desde el año 2000 al 2006 con la interrupción durante la crisis del 2001.

Si bien estos seguros fueron en realidad programas de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y no verdaderos seguros o sistemas que integran el financiamiento, dejaron muchísimas lecciones aprendidas y aspectos muy positivos en cuanto a resultados sanitarios, intervenciones costo efectivas, satisfacción de la población y otros.

Siempre se debe buscar la calidad y la eficiencia en salud, pero, es en épocas de crisis como la actual donde deben aflorar propuestas innovadoras y de reformas profundas.

Dadas las circunstancias actuales, un planteo de desarrollar seguros o sistemas provinciales de salud unificando financiadores y estableciendo una red prestacional pública/privada colaborativa con un fortalecimiento importante de un primer nivel y una transición adecuada por el resto de los niveles puede ser muy atractivo. Los modelos de atención pueden variar, pero conservando ciertos ejes comunes a todas las provincias.

La unificación de los presupuestos provinciales de salud con los de las obras sociales provinciales, e incluso sumando al PAMI, daría cobertura a más del 80% de la población en la gran mayoría de las provincias. Muchas obras sociales pequeñas adherirían a este fondo y sumarían cobertura.

La unificación de sistemas de compra de medicamentos e insumos médicos también tendría un efecto positivo al generar posibilidades de grandes ahorros. Por el lado de la demanda el contar con un padrón unificado y programas preventivos y protocolos de atención únicos, mejoraría la calidad de la atención y los niveles de salud.

Ahora bien, el desarrollo de esta política (o de cualquier otra política pública de salud) requiere de una gran rectoría del Ministerio de Salud de la Nación. Es cierto que alguna

provincia en forma unilateral puede realizar esta transformación, pero para que tenga impacto nacional es imprescindible la rectoría de la Nación.

Rectoría en salud

La rectoría en salud es un concepto fundamental en la gestión de los sistemas de salud. Se refiere a la capacidad del Ministerio de Salud o autoridad nacional para liderar, coordinar y regular las acciones relacionadas con la salud.

Implica conducir, guiar y dirigir el sistema de salud hacia la consecución de objetivos específicos y establecer políticas, normas y estrategias que promuevan la calidad, equidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud.

Existe coincidencia en el diagnóstico realizado por diferentes especialistas que la falta de rectoría en salud ha sido una característica en nuestro país desde hace muchos años. En un sistema altamente fragmentado y segmentado como el nuestro, esta característica no hace más que agravar la situación.

Si bien esta ha sido una característica que nuestro sistema arrastra desde hace mucho tiempo, resulta notoria la falta de rectoría actual incluso para temas de salud pública en donde el ministerio siempre, al menos, intentaba coordinar y conducir.

Ejemplos de esto son la ausencia del Ministerio de Salud de la Nación en la epidemia de dengue y en la discusión sobre los aumentos totalmente desmedidos de las prepagas médicas, ambos temas que obviamente cobraron gran notoriedad en la opinión pública por la preocupación que causan.

Nunca un Ministerio Nacional estuvo tan ausente durante una epidemia. Si bien mucha de la responsabilidad de la lucha contra el dengue es de las provincias y municipios, la autoridad nacional debiera ser rectora en estas circunstancias.

Generar y fortalecer rectoría resulta fundamental en estos momentos

Se puede y se debe generar rectoría desde muchos aspectos. Desde generar un marco legal y normativo, desarrollar un marco conceptual, definir políticas, establecer protocolos y procedimientos, pasando por lograr consensos, establecer un plan nacional, evaluar políticas y programas hasta empoderar a la población en diferentes aspectos.

En mayo de 2019 publicamos junto al profesor Carlos Vassallo un artículo en esta misma revista denominado "Diez instrumentos para afianzar la gobernanza del Sistema de Salud Argentino" donde justamente hacemos referencia que, además de la rectoría, se debe generar un sistema de gobernanza y para ellos proponíamos 10 herramientas a desarrollar o fortalecer en el Ministerio de Salud.

En resumen, la implementación de sistemas provinciales de salud u otras políticas referentes a los modelos de atención de la salud, así como la gestión de epidemias u otro tipo de políticas de salud pública requieren de un Ministerio fortalecido en cuanto a su rectoría y a su sistema de gobernanza. ■

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

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

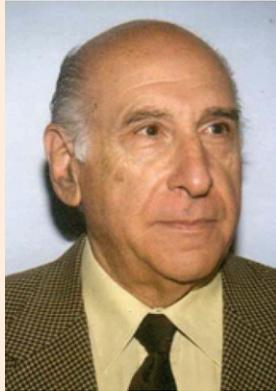
En el Sanatorio
de la Trinidad
nació Lucia y
nació un amor
que **durará**
para siempre.

TODO PARA ACOMPAÑAR TU PROPIA HISTORIA

GALENO

TODO PARA VOS

GESTIÓN DE QUEJAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD



"Una ausencia de respuesta es una respuesta.
Dice no nos importa mucho".

Jay Baer

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

Las quejas y reclamos de pacientes y familiares son inevitables en cualquier organización de atención médica. Su manejo rápido y oportuno tiene considerables beneficios al contribuir a la mejora de la calidad, a la reducción de los litigios, a la seguridad del paciente y a los ahorros derivados de reducir los eventos adversos.

El desafío está en ver cómo capturar y utilizar la información ya sea formal o verbal lo que representa una expresión de insatisfacción del paciente o de los familiares, con el propósito de detectar puntos de mejoras e intervención.

Una adecuada gestión de quejas y reclamos es una responsabilidad de las organizaciones de atención médica en cualquier sistema de salud. Sin embargo, suelen existir tendencia a ocultar y evadir los reclamos, en vez de dar en lo posible, una rápida respuesta por medio de un área específica de *atención al usuario*, que actúa como enlace entre el paciente, la familia y la organización.

A pesar de su importancia su utilización no está generalizada, en particular en los sistemas públicos sin diversidad de elección toda vez que el éxito en su implementación es de difícil alcance.

Es recomendable facilitar la formulación de las quejas y reclamos por parte del usuario ya que es frecuente que ellas no se presenten, porque no saben cómo hacerlo o por temor a represalias o porque supone que no las van a considerar. Este acceso a la presentación constituye una demostración del interés de la organización en conocerla, lo que se puede llevar a cabo por medio de avisos o por el mismo personal.

Toda organización de salud debe llevar a cabo un proceso de gestión de las quejas y reclamos con los siguientes objetivos: 1) Brindar un mecanismo eficiente y accesible para el manejo de las quejas; 2) Reconocer y proteger los derechos de los usuarios; 3) Recolectar datos con el propósito de mejorar la calidad.

El sistema de gestión de quejas es una función de la Dirección, si bien la operación es descentralizada, ordenada en tres grandes niveles: 1) Recepción; 2) Respuesta; 3) Análisis y seguimiento.

Las funciones del servicio de atención al usuario son:

1) Dirigir los reclamos al personal implicado; 2) Ayudar a la derivación de los pacientes a las áreas que pueden responder a su queja; 3) Buscar la información que contribuya a resolver el reclamo; 4) Valorar el grado de insatisfacción producida; 5) Hacer recomendaciones o cambios en los procedimientos que hayan producido insatisfacción en los pacientes o familiares; 6) Promocionar la comprensión de los derechos del paciente; 7) Participar en la evaluación de las respuestas a quejas y reclamos que puedan implicar problemas legales; 8) Explicar a los pacientes y acompañantes las normas y procedimientos de la institución.

El sistema de gestión de quejas y reclamos es similar al de reporte de incidentes y efectos adversos, toda vez que ambos, proveen información crítica que contribuye a introducir cambios positivos en la organización.

Todas las instituciones de atención médica deben tener como política reconocer y decir la verdad en relación con los eventos adversos y a las quejas sin perjuicio de su tratamiento confidencial, en tanto que la información obtenida debe ser usada para dar una respuesta adecuada.

Algunos elementos organizativos son esenciales para que un sistema de gestión de quejas funcione de manera efectiva: 1) Normas y procedimientos sobre el manejo de las quejas y reclamos; 2) Demostración por el interés en conocer la opinión de pacientes y familiares; 3) Entrenamiento del personal de las áreas de administración y asistencial a los efectos de contribuir a la efectividad del programa.

Todas las quejas y reclamos deben ser registradas de manera simple y sencilla, para facilitar su lectura, entendimiento y comprensión de esta base de datos que constituye la información esencial para: 1) El que presentó la queja; 2) Los responsables de la calidad y autoridades para introducir cambios e identificar puntos de información; 3) Al personal que pueda verse afectado por las modificaciones en las normas y procedimientos.

En términos generales las personas suelen quejarse por razones que la organización debe prever, entre ellas: 1) La información recibida por el paciente no fue suficiente u oportuna; 2) La atención recibida no fue la esperada; 3) La atención se produjo con demora; 4) El tratamiento recibido resultó inadecuado; 5) Los profesionales hablan poco y no responden a las preguntas.

Para facilitar su análisis conviene agruparlas en tres grandes categorías: 1) Las producidas en el punto de atención. Son aquellas directas que deben ser resueltas de manera inmediata y a satisfacción del paciente y familiares; 2) Las que requieran investigación del área de gestión para evaluar el caso, recopilar datos y proceder a la revisión de las normas; 3) Las presentadas a organismos externos como mejoras de la calidad de atención.

En el manejo de las quejas es importante y necesario la escucha activa. El sólo hecho de escuchar es la parte más trascendente en el manejo de una queja. Se continúa con preguntas abiertas lo que permite obtener detalles de la situación y luego pasar a las preguntas cerradas que suponen una respuesta específica.

En ocasiones se producen situaciones difíciles como consecuencia de la vehemencia del reclamo. En estos casos lo recomendable es escuchar y no perder la calma, esperar a que se serene el reclamante para luego hablar con un tono parejo, pero no condescendiente para disculparse o expresar empatía por la situación y abordar las posibles soluciones.

Siempre es conveniente contar con una forma de clasificación con la finalidad de distribuir el tipo de reclamo según las *unidades de organización*. Un ejemplo sería la siguiente:

- 1) Según ámbito hospitalario:
 - 1.1 Por áreas: urgencias, consultorios, servicios de diagnóstico, entre otros.
 - 1.2 Por motivos: espera, trato, accesibilidad, cambio de médicos, ambiente, privacidad.
- 2) Según el proceso de atención: actitud del personal, enfermería, habitación, sala de espera, comida, entre otros.
- 3) Falla asistencia: entorno y privacidad, accesibilidad a tratamientos farmacológicos. ■

Bibliografía:

- Dr. F. Vítolo. Noble S.A.
- Saturno P.J. Manual de Gestión de Calidad, Segunda edición. Universidad de Murcia. 2008. ISBN 978-84-8371-757-8

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



**Tecnología para una
gestión eficiente.**

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

Más información en
www.hms-tech.com



EL CAMINO SON LAS POLÍTICAS DE ESTADO, PERO ¿CUÁLES LO SON?



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

El concepto de “*Política de Estado*” ha sido controversial e incluso algunos ponen en duda su existencia, planteando la disyuntiva sobre si la política es la construcción de consensos o la resolución de conflictos producto de los disensos. Para algunos autores, una política es de Estado “*en la medida en que trasciende a los partidos y a las ideologías... debería ser producto del consenso o de un gran acuerdo nacional que ponga por delante el interés del conjunto de la Nación*”.⁽¹⁾

Una *Política de Estado*, por definición, trasciende los períodos gubernamentales individuales, manteniéndose más allá de los cambios políticos. Originada por una gestión específica, esta política es adoptada y continuada por sucesivos gobiernos, incluso aquellos con visiones políticas opuestas.

Este tipo de política no responde simplemente a una coyuntura, busca dar respuesta a problemas relevantes para la sociedad. Por ello, estas políticas deben encarnar valores fundamentales compartidos por la sociedad. Este concepto se hace particularmente relevante en épocas en las que todo parece estar en revisión.

En síntesis, una *Política de Estado* debe:

- **Tener continuidad a través de cambios políticos:** perdurar más allá de los distintos períodos gubernamentales, manteniendo su curso incluso bajo administraciones con visiones políticas diferentes.
- **Informarse en evidencias:** las políticas de estado deben tener fundamentos teóricos, científicos que las sustenten y hagan predecibles sus resultados.
- **Encarnar valores compartidos:** representar valores fundamentales de la sociedad.
- **Generar orientación normativa:** reflejar una dirección clara estableciendo principios y valores que guían la regulación y la toma de decisiones.
- **Influenciar de modo relevante:** establecer un curso de acción que define en el desarrollo en un área de impacto.
- **Consistencia a largo plazo:** ofrecer un marco sustentable en el tiempo.

Numerosos aspectos del sistema sanitario podrían mejorar si incrementáramos el número de políticas de estado, lo que implicaría la construcción de consensos. En el campo del capital humano en salud, existen ejemplos que demuestran que una política sostenida en el tiempo puede tener un impacto positivo en los resultados.

Un ejemplo es el examen único de ingreso a la residencia, que se ha mantenido desde 2011, atravesando diferentes administraciones con cuatro presidentes, siete ministros de salud y varios directores nacionales de área. A pesar de estos cambios, la herramienta sigue convocando a miles de graduados para acceder a su formación de postgrado.

En la misma línea, la normatización de marcos formativos, el

vínculo estrecho entre las regulaciones de salud y educación, así como la formación basada en competencias, se han establecido como pilares en la formación de postgrado.

Estas políticas y enfoques consistentes a lo largo del tiempo han contribuido a mejorar la calidad y la coherencia en la formación de los profesionales de la salud, lo que podría replicarse en otros aspectos del sistema sanitario mediante políticas de estado sostenidas y consensuadas.

En la Provincia de Buenos Aires, si evaluamos al gobierno actual en términos de salud, podemos señalar problemas en los hospitales, como la falta de cobertura de cargos, dificultades en las guardias y la ausencia de una red sanitaria provincial sólida que responda de manera efectiva a una mirada de regionalización.

Sin embargo, al analizar las políticas de capital humano, podemos observar que poco a poco se han ido construyendo políticas que cumplen los criterios de políticas de estado, con la formación de un equipo de trabajo que ha mantenido continuidad entre diferentes gestiones. En 2016 se puso en marcha el Programa Quiero Ser Residente (Resolución 690/2016). Este programa, que incluía apoyo a la radicación en áreas remotas, un enfoque en el desarrollo de la medicina general y familiar, y un programa de incorporación a la planta hospitalaria, entre otras medidas, buscaba revitalizar el interés por la residencia entre los graduados.

Simultáneamente, se llevó a cabo un extenso proceso de revisión de las normativas que regían las residencias, que en aquel momento no pudo salir a la luz y recién se concretó en este gobierno. Estas normativas, si bien mantienen varios de los principios originales, fueron mejoradas y enriquecidas para garantizar derechos para los residentes en términos previsionales y salariales, así como humanizar aspectos como la carga laboral y cuestiones de género.

Con base en la creación de la Escuela de Gobierno en Salud “Floreale Ferrara”, y una reflexión del impacto de la pandemia en el sistema de salud, se puso en marcha el plan de fortalecimiento de especialidades médicas estratégicas que impulsa, entre otros aspectos, el ingreso a la carrera hospitalaria una vez finalizada la residencia. Asimismo, incluye la incorporación de nuevos elementos como incentivos adicionales para especialidades con déficits de capital humano y la obtención del título universitario, fomentando el diálogo entre los ámbitos de formación de postgrado.

El programa de pre-residencia (Resolución 79/2024) es otra iniciativa innovadora que refuerza estas líneas de acción. Este programa, que se lleva a cabo en el período entre la graduación y el ingreso a la residencia (actualmente extendido debido a los retrasos, a partir de la pandemia, en la fecha anual de incorporación de residentes), brinda la oportunidad a graduados recientes de acercarse a especialidades clave, incluyendo la medicina general y los cuidados críticos, facilitando su ingreso posterior a esas residencias.

La generalización en la crítica política es una práctica común que, lamentablemente, nos sumerge en un enfoque de todo o nada, donde aceptamos o rechazamos automáticamente las acciones gubernamentales según su afiliación política. Estos prejuicios limitan nuestra capacidad de análisis crítico y nos impiden discernir entre las acciones positivas y aquellas que podrían ser cuestionables.

En este contexto, corremos el riesgo de perder de vista aquellas iniciativas valiosas que merecen ser celebradas y protegidas como políticas de estado, independientemente del partido en el poder, siempre y cuando estén alineadas con el interés público y promuevan el bienestar de la sociedad. Es esencial reconocer y respaldar estas iniciativas para asegurar que perduren a través de los cambios de gobierno y continúen avanzando en la dirección correcta. ■

Referencias:

(1) Cueto, Walter José, & Guardamagna, Melina. (2012). ¿Hay políticas de Estado en la Argentina?: Aproximaciones a un concepto. *Documentos y aportes en administración pública y gestión estatal*, (18), 7-26. Recuperado en 24 de abril de 2024, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37272012000100001&lng=es&tlng=es.

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

CA.DI.ME IMPULSA POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL MEJOR CUIDADO DE LA SALUD DE LOS * ARGENTINOS



Referenciando y representando al **SECTOR DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO** de todo el país continua:

- ✓ **Promocionando** la **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.**
- ✓ **Impulsando** el desarrollo de **LA TECNOLOGÍA NACIONAL, LA CALIDAD Y LA PRODUCTIVIDAD.**
- ✓ **Liderando** iniciativas para abordar las oportunidades y desafíos que surgen del cambio tecnológico en curso: **LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL, LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y LA BIOLOGÍA MOLECULAR.**
- ✓ **Promoviendo** herramientas para fomentar la **ASOCIATIVIDAD Y LA COOPERACIÓN** frente a un mercado asimétrico.
- ✓ **Conformando** conjuntamente con la Fundación DPT el **INSTITUTO PARA EL DESARROLLO PRODUCTIVO Y TECNOLÓGICO EMPRESARIAL DE LA ARGENTINA.**
- ✓ **Creando** el **CENTRO DE ESTUDIOS Y CAPACITACIÓN EN SALUD (CECS)**, con el fin de fortalecer los reclamos gremiales de las pymes prestadoras ambulatorias.



Trabajamos para mejorar la calidad, el acceso, la eficiencia y la satisfacción de quienes utilizan el sistema de salud, y el fortalecimiento de la posición de los prestadores de salud y sus aranceles.



PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE



Por la Dra. María Sofía Granillo Fernández (*)

MARCO GENERAL

De acuerdo con lo estipulado por los artículos 5° y 6° de la Ley N° 25.246, modificatoria del marco legal en materia penal en nuestro país, la **Unidad de Información Financiera**, en adelante UIF, es un organismo autónomo y con autonomía financiera encargado del análisis, tratamiento y transmisión de información con el fin de prevenir e impedir el “**Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo**”.

Dentro de las competencias que le han sido asignadas a través del artículo 14 de dicha ley, se le ha otorgado la facultad de emitir directivas e instrucciones dirigidas a los Sujetos Obligados, determinados en dicho cuerpo legal, para identificar la presencia de una **Persona Políticamente Expuesta**, en adelante **PEP**, de acuerdo con un “enfoque basado en riesgos”, según el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI).

La República Argentina es miembro pleno del GAFI desde el año 2000, un organismo intergubernamental cuyo propósito es el desarrollo y promoción de estándares internacionales para combatir el lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva. Como tal, nuestro país debe ajustar las normas legales y regulatorias a sus recomendaciones, las cuales constituyen los estándares internacionales más reconocidos para combatir dichos delitos.

En este sentido, el GAFI emitió en 2013 una Guía para detectar a las PEP, donde define que revisten tal carácter “**aquellas personas a quienes se les ha confiado una función pública prominente**”, terminología concordante con la utilizada en la Recomendación GAFI N° 12.

La normativa en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo presenta una clasificación de PEP que no se circunscribe solo a personas humanas que ejercen una función pública stricto sensu en calidad de funcionarios o agentes públicos en los distintos órdenes gubernamentales -nacional, provincial o municipal- sino que también la definición abarca a su vez a sujetos encargados de organizaciones o entidades con personería jurídica ajenas a la estructura estatal en la medida que manejen, dispongan o administren fondos públicos.

Para el dictado de la Resolución N° 35/2024 de la UIF de fecha 28/2/2023, se tuvieron en cuenta diversos instrumentos internacionales y normativas nacionales, como “Convención Interamericana contra la Corrupción” adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA); la “Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción” adoptada en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos de América, el 31 de octubre de 2003; la “Convención para Combatir el Cohecho de Funcionarios Públicos Extranjeros en Transacciones Comerciales Internacionales, en la ciudad de París y las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) emitidas en el mes de marzo de 2017, entre otras.

La resolución en análisis enumera a las personas expuestas políticamente (PEP); extranjeras, nacionales, provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ampliando el espectro a otras personas.

Dentro de esta última categoría, se destaca la inclusión de autoridades, representantes legales, miembros de órganos de administración o de la comisión directiva de las obras sociales contempladas en la Ley N° 23.660. El alcance comprende a las personas humanas de las mencionadas organizaciones con capacidad de decisión, administración, control o disposición del patrimonio de las mismas. Así lo establece el artículo 3 inc. c).

Las PEP por parentesco o cercanía mantendrán su condición por el mismo tiempo que el de la persona con la que tienen o hayan tenido el vínculo. La condición de PEP se mantendrá mientras ejerzan el cargo o desempeñen la función y hasta transcurridos 2 años desde el cese en los mismos.

El artículo 4 de la resolución detalla que las personas expuestas políticamente por parentesco o cercanía son “a) *Cónyuge o conviviente*; b) *Familiares en línea ascendente, descendente, y colateral hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad (abuelos/as, padres/madres, hermanos/as, hijos/as, nietos/as, suegros/as, yernos/nueras, cuñados/as)*; c) *Personas allegadas o cercanas: debe entenderse como tales a aquellas que mantengan relaciones jurídicas de negocios del tipo asociativas, aún de carácter informal, cualquiera fuese su naturaleza*; d) *Toda otra relación o vínculo que por sus características y en función de un análisis basado en riesgo, a criterio del Sujeto Obligado, pueda resultar relevante*”. Resulta menester destacar que se menciona al cónyuge o conviviente habiéndose eliminado la condición de “reconocido legalmente”, así como también se enuncian los parientes en línea ascendente o descendente: (abuelos/as, padres/madres, hermanos/as, hijos/as, nietos/as, suegros/as, yernos/nueras, cuñados/as), que antes no se mencionaban.

OBRAS SOCIALES

En el contexto de la resolución emitida por la UIF, los directores de las obras sociales revisten el carácter de PEP. El hecho de tener acceso a recursos financieros y ejercer influencia en decisiones relacionadas con el financiamiento y la administración de fondos en el sector, los coloca en una posición donde podrían representar un mayor riesgo en términos de lavado de activos.

Dentro de los recursos que sostienen la estructura del Seguro de Salud, debemos puntualizar, que el art. 21 de la Ley 23.661 prevé además de la cobertura brindada por los Agentes “el aporte del Tesoro Nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del seguro, determine el Presupuesto General de la Nación” (inc. c) y “las sumas que ingresen al Fondo Solidario de Redistribución” (inc. d).

En particular, cabe enfocarse en los recursos que la Ley 23.660 asigna al Fondo Solidario de Redistribución, por un lado, los aportes y contribuciones regulados por el art. 19 de la Ley 23.660 que deben ser transferidos por los empleadores a los Agentes del Seguro, los cuales en un porcentaje del 15% y 20% deben ingresar al Fondo Solidario de Redistribución según corresponda por las Obras Sociales Sindicales (15%) y Obras Sociales de Dirección (20%).

Por otro lado, las Empresas de Medicina Prepaga contempladas en el art. 1° de la Ley 26.682, ahora incluidas bajo el régimen de Obras Sociales deberán destinar el 20% de los aportes que reciban adicionalmente a las contribuciones y aportes de ley previstos en el art. 16, inc. a y b del cuerpo legal mencionado (art. 285 del DNU), debiendo decidir si incorporarse al registro y deberán evaluar si al recibir fondos que puedan ser considerados públicos deberían sus directores o responsables de administración ser considerados PEP, tema aun en estudio.

IMPLICANCIAS

Por último, ser considerado una PEP conlleva varias implicancias y consecuencias, tanto a nivel personal como profesional y financiero. Algunas de estas consecuencias incluyen:

Mayor escrutinio financiero: las instituciones financieras y otras entidades sujetas a regulaciones contra el lavado de dinero están obligadas a aplicar medidas de debida diligencia reforzadas cuando se trata de PEP. Esto puede significar una mayor supervisión de las transacciones financieras, solicitudes de información adicional sobre el origen de los fondos y otros procedimientos más rigurosos.

Restricciones en transacciones financieras: debido al mayor riesgo asociado con las PEP, algunas instituciones financieras pueden optar por limitar o restringir transacciones con estas personas o requerir aprobaciones adicionales para llevar a cabo operaciones financieras.

Mayor responsabilidad legal: las PEP pueden enfrentar una mayor responsabilidad legal y regulatoria en relación con sus actividades financieras y políticas. Esto podría incluir la necesidad de cumplir con regulaciones específicas, informar sobre transacciones financieras o someterse a investigaciones más exhaustivas en caso de sospecha de actividades ilícitas.

CONCLUSIÓN

Como corolario me parece menester destacar que normativa como la expuesta subraya la importancia de mantener la transparencia y la integridad en todas las actividades financieras, políticas y sociales y destaca la necesidad de cumplir con las regulaciones específicas establecidas para prevenir actividades ilícitas. ■

(*) Adscripta al Directorio de OSIM.



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

- Médicos, Investigadores, Odontólogos, Psicólogos y otros profesionales de la salud independientes o asociados a clínicas.
- Centros de Policonsultorios.
- Centros de Diagnóstico por Imágenes.
- Clínicas, Sanatorios y Empresas de Emergencias Médicas.
- Federaciones, Colegios y Círculos Médicos.
- Empresas de Medicina 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

UN DESTINO DE ESPERANZA Y POSIBLE, SIN SOLUCIONES MÁGICAS



Por el Dr. Rubén Torres (*)

La pobreza es un mal ya endémico en nuestro país, determinada por la incapacidad de alcanzar un nivel de ingresos, y expresada en la exclusión, la marginalidad, la desigualdad social en calidad de vida, acceso a la educación y la salud.

No existen dudas respecto de la necesidad de generar crecimiento económico y riqueza, pero eso no bastará para solucionar la incertidumbre laboral, los bajos salarios y la falta de perspectivas de futuro, si no se acompaña de acceso a educación de buena calidad y de salud de calidad homogénea para todos.

Las medidas contra la pobreza tomadas hasta ahora son expresión de una fracasada política social que administra planes que atacan las consecuencias, y no las causas de esta, y ha generado una burocracia que transformó a sus funcionarios en líderes de ejércitos de agentes públicos que viven de presupuestos destinados a su solución.

Políticas monetarias y fiscales responsables harían más para combatir la pobreza que esos ejércitos y que el conjunto de expertos que desde hace años discuten interminablemente como medirla, en reuniones en hoteles de 5 estrellas, con cenas bien pobladas, mientras sigue aumentando el número de aquellos que no pueden comer.

Este país fue durante muchos años un ejemplo de movilidad social ascendente, fundada en familias inmigrantes, humildes, educadas en el esfuerzo y el trabajo, que permitió a sus hijos estudiar, ser profesionales y estar en una posición social mejor que sus padres. Ese sendero meritocrático de trabajo, estudio, responsabilidad, esfuerzo y compromiso se apoyó también en servicios públicos, especialmente de educación y salud, accesibles y bastante más que aceptables para la época.

En ese mismo país, discute hoy enfervorizadamente el fuerte aumento de las cuotas de la medicina prepaga, que afecta a 6 millones de sus hijos y oculta e invisibiliza a los varios millones de ellos, que esperan pacientemente a altas horas de la madrugada la posibilidad de obtener un turno de atención, una fecha de operación, o un medicamento que alivie los efectos de una patología tardíamente diagnosticada.

El mismo país que permitió impunemente que los salarios de sus trabajadores de la salud (como el de la mayoría de sus servidores públicos) no guardara ninguna relación con sus responsabilidades. El mismo país que parece haber logrado mágicamente la solución para dilemas insolubles en el mundo desarrollado: el desafío de financiar la salud ante el avance de tecnologías y fármacos, que necesarios para enfrentar la prolongación de la vida se hacen imprescindibles para sostener la calidad de vida, e impulsan un gasto en salud cada vez mayor, superior al crecimiento de las economías.

Durante los gobiernos anteriores se les dio una mágica solución "política", creando distorsiones, como en las tarifas de energía y transporte, que ahora estallan a través de aumentos inexplicables, en lugar de encarar el problema, como lo hace el mundo desarrollado, transparentando costos, estableciendo prioridades y ejerciendo regulaciones inteligentes, e imprescindibles para un mercado con fallas innatas, como el sanitario.

Una sucesión de leyes y sentencias judiciales obligó a financiar tratamientos y medicamentos, sin considerar sus fuentes de financiamiento posibles, ni evidencia científica, o un análisis de costo-efectividad. Muchos legisladores impulsaron leyes que ampliaron el PMO, embanderados en una "ampliación de derechos", que nunca llegó a aquellos más desprotegidos, para los cuales el PMO no es de aplicación obligatoria.

Esos avances son propios de Estados modernos y realmente solidarios, que los financian con su presupuesto nacional, para que lleguen a todos

sus ciudadanos, sin diferencias de calidad, y no los imponen y cargan a la cuenta de las instituciones de seguridad social y privadas, mientras no las garantizan para los más desprotegidos.

El resultado, ahora a la vista, significó deterioro de financiadores y prestadores, quienes retrasaron inversiones, y especialmente salarios del personal y honorarios de los médicos, muchos de los cuales renunciaron o piden copagos para atender a los afiliados.

En comparación con la mayoría de los sistemas de salud de la región de las Américas, el argentino constituye un ejemplo de accesibilidad, gratuidad y cobertura, sin embargo, sus características de segmentación y fragmentación lo transforman en un paradigma de inequidad, y se requiere debatir el modelo de atención y los mecanismos de protección financiera ofrecidos a los ciudadanos.

Sin embargo, la problemática del sistema de salud no ha sido un objetivo prioritario de la agenda de política pública en la Argentina. Del mismo modo, la ampliación de derechos vinculados al acceso a la salud debe tener su correlato en un compromiso institucional que, si bien empodera a la población, también implica desafíos para asignar los recursos de un modo más eficaz, y no existe sistema sanitario que se encuentre plenamente preparado para abordar globalmente esta problemática.

El acceso universal, promovido desde foros globales desde hace más de una década muestra el desafío de repensar el sistema sanitario de la Argentina, y brinda un marco para analizar otras experiencias y enseñanzas en el diseño de un modelo de cobertura universal en salud.

Sin embargo, cómo implementar esta cobertura debe ser resultado de un debate de la sociedad, para establecer objetivos estratégicos y metas de mediano plazo, y tiene ineludibles aspectos culturales y de prioridad de los valores de nuestra sociedad. Si bien el país ha avanzado en reducir sus indicadores de morbimortalidad, ha aumentado su esperanza de vida y cuenta con uno de los gastos en salud más elevados de la región -y también de las naciones de ingresos similares-, las brechas entre grupos sociales constituyen aún una deuda.

El desempeño del sector se halla por debajo de las expectativas, y corregirlo exige incorporar en la agenda de política pública el tema del financiamiento y el modelo de atención de la salud. El sector debiera mantener la solidaridad del modelo actual, pero con una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

Ello exige, por ejemplo, contar con instituciones de la seguridad social, con una cantidad de afiliados suficiente para que sea viable, y reducir dificultades en los mecanismos de compras de medicamentos, insumos y contratación de prestadores.

Las garantías de derechos que integran el PMO, y deben ser respetados por seguros sociales y medicina prepaga es extremadamente amplio y se encuentra pobremente reglamentado para su aplicación, excluyendo intervenciones necesarias e incluyendo otras que no son prioritarias.

Se requeriría de una autoridad de evaluación que se expida sobre la efectividad de nuevas tecnologías y medicamentos, otorgando criterios técnicamente sólidos para su incorporación al grupo de garantías explícitas a ser cubiertas tanto en el subsistema de obras sociales como en el público, brindando pautas comunes para orientar no sólo el gasto y la evaluación y el uso de medicamentos y tecnologías, sino también para promover normas que impulsen cambios en el comportamiento prescriptivo y el consumo de bienes y servicios de salud.

Una asignatura pendiente en cualquier esquema de cambio sectorial es la definición del rol del PAMI, primera fuente de recursos del sistema, de la cual dependen la mayoría de los prestadores públicos y privados del país, y puede influir en la dirección a ser tomada por la organización del sistema de salud en su conjunto.

El protagonismo del sector privado, fundamentalmente en la prestación de servicios de salud a obras sociales y prepagas es particularmente importante, y cualquier diseño a futuro debe contemplar su participación, estableciendo un marco regulatorio que brinde señales claras para facilitar la inversión en tecnología y equipamiento, y generando espacios de colaboración interinstitucional.

La convergencia hacia un modelo más equitativo y eficaz en la asignación de recursos en nuestro país implica un esfuerzo de coordinación, pues se parte de un piso de recursos y garantías no equiparable, que supera en algunos casos las pautas establecidas en naciones desarrolladas.

La sociedad, y sus representantes, necesitan reconocer que aceptan el derecho a la protección de la salud como universal, aunque la capacidad de financiamiento no sea igualitaria, y que la declamación de derechos debe ser acompañada por políticas y financiamiento que los garanticen efectivamente.

Las estadísticas ratifican que no hay recetas mágicas. En un país donde pareciera ignorarse que el derecho constitucional a la salud implica una obligación del Estado y no de obras sociales o prepagas, cuyas fuentes de financiamiento no provienen del Tesoro nacional, la participación del gasto público del ministerio de Salud de la Nación es relativamente reducida (en comparación con las jurisdicciones provinciales), y el desafío de rectoría es muy elevado.

El ministerio nacional debería actuar como compensador y unificador del modelo en su conjunto, sirviendo de apoyatura técnica y financiador de última instancia, promoviendo la construcción de sistemas provinciales sustentables institucional y financieramente. Un marco regulatorio sólido, con protocolos que definan explícitamente derechos y prestaciones, constituye una herramienta imprescindible para la equidad sectorial y para la eficiencia asignativa.

No hay un solo modelo que garantice la salud de la población, y esta meta se puede alcanzar con estrategias muy diferenciadas. Lo que no puede faltar son instituciones eficientes, que tracen objetivos de largo plazo y sean rigurosas en su cumplimiento. Donde rigen la anomia, el desorden y la improvisación, el fracaso está garantizado. No existe una sola arquitectura para todos los países. El resultado de un sistema de salud no depende tanto de su arquitectura, sino de otras variables, como sus valores.

Por ejemplo, si el país realmente apuesta a tener equidad, independientemente del modelo que elija debe diferenciar el tema en términos del acceso a beneficios, de la calidad. Hasta hace algunos años parecía que bastaba con asegurar acceso a todos, pero ahora hay que pensar qué significa ese acceso y cobertura si no da acceso a servicios de calidad.

A pesar de ser de los que más invierte, de tener una amplia infraestructura y profesionales de calidad, el alto grado de desorganización hace que la prestación de servicios sea muy deficiente e ineficiente por la duplicación de funciones. Tenemos hospitales públicos nacionales, provinciales y municipales, privados y financiados por la seguridad social, y cada uno puede tener diferentes contratos, modelos de atención y pautas de gestión.

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud es una estructura social constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población. Incluye di-

ferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud, e incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación y reinserción.

Los objetivos de este sistema son contribuir a mejorar la salud de toda la población, ofrecer un acceso equitativo y de calidad a todos los usuarios y ser sostenible financieramente, otorgando protección financiera a los mismos. Los sistemas sanitarios como mecanismos de protección social se pueden observar desde dos alternativas opuestas: quienes opinan que la asistencia sanitaria es un bien privado frente a aquellos que reconocen el derecho a la salud.

Para los primeros, la financiación de la asistencia estará basada bien en el pago directo, o en la compra voluntaria de una póliza de seguros. Por el contrario, el entender la salud como un derecho implica una transformación del modo de financiación y, por ende, de la organización y la estructura del sistema sanitario.

Del equilibrio entre estas posiciones surge la estructura final del sistema. Ningún país tiene un modelo único y exclusivo. En general coexisten diferentes modelos en proporciones diferentes. Nuestro gran desafío lo constituye establecer esas proporciones en el marco de una mesa de acuerdos que preserve los derechos de los ciudadanos, y no de los sectores con intereses en ellos.

En conclusión, es clave continuar trabajando de manera mancomunada en la sustentabilidad del sistema de salud con criterios de equidad, federalismo y calidad, y reconocer que el derecho a la salud de todos los argentinos deberá ser brindado por prestadores y financiadores públicos y privados, optimizando y sincerando los recursos disponibles, estando mejor organizados, siendo más eficientes, estando vinculados tecnológicamente y ante todo, cualquier reforma debe poner en el centro a los pacientes ciudadanos, en un entorno de viabilidad económica y financiera. ■

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



CHK

Consultores de Salud



**Atención
especializada**

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

Contacto:

Teléfono + 54 11-3698-6400

**Correo electrónico a
chkconsultores@gmail.com**

EL RÉGIMEN DE COBRO DEL HOSPITAL PÚBLICO. EL DECRETO 172/2024 Y LAS FACULTADES DE LAS PROVINCIAS



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

El presente artículo se propone analizar los alcances del dictado del Decreto 172/2024 de fecha 20 de febrero del corriente año, especialmente en lo que se refiere a la vigencia de las facultades y atribuciones de las Provincias y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para promover esquemas y acciones de cobro de las prestaciones efectuadas en efectores públicos de esas jurisdicciones.

El Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) fue creado mediante el Decreto 939/2000, a través del cual se establecieron una serie de mecanismos que regulan el procedimiento de facturación y cobro de las prestaciones efectuadas en efectores públicos en favor de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Con anterioridad a dicha norma, en el año 1993 se había dictado el Decreto 578/93 que estableció el Sistema de Hospital de Autogestión y que fue derogado por esta nueva norma (Decreto 939/2000).

La creación de este régimen tuvo en mira mantener la gratuidad en la atención de la población en los efectores públicos (artículo 5 del Decreto 939/2000) evitando todo tipo de arancelamiento hacia los beneficiarios, estableciendo a su vez un mecanismo de cobro de las prestaciones en dos etapas: la primera de ellas, vinculada directamente con el financiador nacional (obra social), y una segunda -frente al fracaso del cobro- ante la Superintendencia de Servicios de Salud a fin que este Organismo debite de la cuenta de la obra social el importe facturado (arts. 17 y 18 del Decreto 939/2000).⁽¹⁾

A su vez, la normativa invitaba a los efectores de los ámbitos nacionales, provinciales y municipales a inscribirse en el Registro creado a tal efecto, y otorgaba a la autoridad de aplicación (Ministerio de Salud) la obligación de establecer los aranceles modulares.

Para vincular esa norma de 24 años atrás con la actualidad, ella invitaba a las instituciones (hospitales y obras sociales) a celebrar convenios entre partes sobre las prestaciones involucradas (arts. 8 y 15 del referido decreto), ya que en sus considerandos señalaba expresamente que “*el accionar del Gobierno Nacional se basa en el profundo respeto a la autonomía provincial y municipal en materia de salud*”.

Para finalizar con ese antecedente, mediante la Resolución n° 449/2001 del Ministerio de Salud de la Nación se estableció que la Secretaría de Atención Sanitaria sería la encargada de dictaminar en caso de discrepancia entre los sujetos involucrados en cuanto a los montos de facturación, y que sucesivas resoluciones del Ministerio de Salud establecieron los aranceles modulares a facturar por los hospitales, siendo la última de ellas la Resolución n° 897/2023-MS de fecha 4 de mayo de 2023 (B.O. 5/5/2023).

Es necesario a esta altura intercalar con el curso de normas

aplicables, el dictado de la ley 26.682. La creación del sistema de Hospital Público de Autogestión y su posterior sistema de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada era aplicable exclusivamente al Sistema Nacional del Seguro de Salud (leyes 23.660 y 23.661), hasta que la ley de medicina prepaga incluyó en su artículo 20 la obligación de abonar al hospital las prestaciones efectuadas en ellos para los usuarios del sistema de medicina prepaga.⁽²⁾

ARTICULO 20. - Hospitales Públicos. Aunque no mediare convenio previo, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, y las de la Seguridad Social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los Agentes del Seguro de Salud.

Las mismas deben contar con la correspondiente validación de acuerdo a lo establecido en la reglamentación.

Quedan expresamente exceptuadas de autorización o validación previa, las situaciones de urgencia o emergencia de salud de los usuarios, en que se procederá a la atención del paciente, teniendo un plazo de tres (3) días para su validación posterior.

En virtud de lo dispuesto por esta normativa, la aplicación de ese sistema también alcanzó a las empresas de medicina prepaga inscriptas en el Registro Nacional de Empresas de Medicina Prepaga (artículo 5, inciso b) de la ley 26.682).

En el año 2021 la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictó la Resolución N° 584/2021 (de fecha 19 de marzo de 2021 y publicada en el Boletín Oficial el 23 de ese mes y año) que estableció en su anexo las condiciones de funcionamiento de la plataforma para la carga de la información por parte de los efectores, la aceptación y pago de las facturas que acompañen, por parte de los agentes del seguro de salud.⁽³⁾

Siguiendo con el relato normativo, con fecha 6 de julio de 2023 se dictó el Decreto 343/2023 (B.O. del 7/7/2023) a través del cual se dispuso la creación del SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS), que en líneas generales sostiene las mismas competencias que hasta ese momento tenía el Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud en materia de débitos de hospitales públicos. En dicha normativa se dispone la creación del REGISTRO DE INSCRIPCIÓN Y MONITOREO DEL SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (RIMSICEPS) (artículo 3).

Si bien los objetivos del dictado de esta norma van más allá de una cuestión estrictamente económica, avanzando sobre la idea de integración de subsistemas y dando preeminencia a los efectores públicos por sobre los de la seguridad social o los privados⁽⁴⁾, llegando a disponer en su artículo 4to. que “*Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en las leyes nros. 23.660 y 23.661, el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (ley N° 19.032), la OBRA SOCIA DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN (Acordada CSJN N° 01/2022), la DIRECCIÓN DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN (ley N° 13.265), el INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS -IOSFA- (Decreto N° 637/2013), las OBRAS SOCIALES de las UNIVERSIDADES NACIONALES (ley N° 24.741), las OBRAS SOCIALES PROVINCIALES, las Entidades de MEDICINA PREPAGA (ley N° 26.682), las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ley N° 24.557), las Aseguradoras de Accidentes de Tránsito (Ley 24.449) y cualquier otro sistema de cobertura de salud (en adelante “Agentes*

Financiadores” estarán obligados a pagar las prestaciones que hayan brindado a sus afiliados y afiliadas los Establecimientos Públicos de Salud inscriptos en el citado “RIMSICEPS”, acogiéndose a los sistemas de facturación, evaluación y auditoría que a tal efecto se establezcan”, evidencia cierta confusión jurisdiccional respecto de las atribuciones del Estado Nacional para legislar en materia no delegada.

Al “obligar” a las obras sociales provinciales y a otras entidades no alcanzadas forzosamente por la normativa nacional a pagar las prestaciones, se excede en sus competencias, aunque luego el artículo 5 del mencionado decreto dispone que “El MINISTERIO DE SALUD integrará al SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS) a los “Agentes Financiantes” no regulados por las leyes Nros. 23.660, 23.661 y 26.682 y promoverá su incorporación a dicho Sistema a través de los instrumentos que considere pertinentes”. O sea, obligatorio ma non troppo.

Esta norma, finalmente, en su artículo 22 deroga el Decreto 939/2000.

Es importante analizar todo este *racconto* normativo para dar respuesta al interrogante inicial. Ello así, desde que las normativas nacionales han convivido con las dictadas por las jurisdicciones locales y esa realidad no cambia ni puede cambiar a partir del dictado del Decreto 172/2024.

Para poner un ejemplo de esa convivencia, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dictó la ley 5.622⁽⁵⁾ con fecha 8 de septiembre de 2016, a través de la cual dispuso la creación de la Sociedad del Estado “FACTURACIÓN Y COBRANZA DE LOS EFECTORES PÚBLICOS S.E.” (FACOEP SE), en el ámbito del Ministerio de Salud, cuyo objeto (entre otros) es el de “Gestionar y administrar la facturación y cobranza de las prestaciones brindadas a personas con cobertura pública, social o privada, por los efectores de la Red Integral de Cuidados Progresivos del Subsector Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (artículo 2, inciso b) de la ley 5.622). Ese sistema de facturación y cobro de las prestaciones ha convivido desde la vigencia de la ley, así como su antecesor Agrupación

Salud Integral, creado por la ley 2.808 (texto ordenado por la ley 5.454) con el dictado de las normas nacionales transcritas.

Otro ejemplo en la misma dirección está dado por la vigencia de la ley 8.373 de la Provincia de Córdoba que establece el Sistema de Recupero de Gastos Prestacionales, a favor de los establecimientos que dependen del gobierno provincial.⁽⁶⁾ Si bien es una ley del año 1994, ha tenido sucesivas modificaciones a lo largo de su vigencia siendo la última de ellas la reglamentación a través del Decreto 123/2024 del mes de marzo del corriente año, y en este sentido es importante resaltar un párrafo de los considerandos de la norma citada, en cuanto afirma “Que a su vez a través del Decreto Nacional N° 172/2024 se derogó el sistema establecido en el Decreto N° 343/2023, que establecía la gestión de los recuperos a través de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, lo que trae aparejada la posibilidad de una gestión más rápida y eficaz por parte de los efectores”. En el Anexo del decreto se establece el procedimiento de cobro.⁽⁷⁾

Estos dos ejemplos nos permiten concluir la coexistencia de ambos sistemas de cobro (el nacional y los provinciales) desde hace más de veinte años.

Como dijimos al inicio, en el mes de febrero el Poder Ejecutivo Nacional dictó el decreto 172/2024 a través del cual DEROGÓ el mencionado decreto 343/2023 (artículo 4to.) señalando expresamente en su artículo 1ro. que “Los agentes del seguro de salud comprendidos en las leyes 23.660 y 23.661 y sus respectivas modificatorias podrán celebrar convenios con los efectores del subsistema público, tendientes a establecer el mecanismo para implementar el pago de las prestaciones, ya sea a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente o en forma individual”. Dicho articulado parte del supuesto que existe una “autoridad jurisdiccional” con competencia sobre los efectores públicos distinta de la nacional.

A esta altura, se hace necesaria la cita a las competencias no delegadas por las Provincias a La Nación. Dice el artículo 121 de la Constitución Nacional:

Artículo 121.- Las provincias conservan todo el poder no dele-



www.sanidad.org.ar

gado por esta Constitución al Gobierno federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación.

La referencia al artículo citado encuentra fundamento en el sistema de gobierno establecido por la Constitución Nacional y, esencialmente, al FEDERALISMO como forma de instaurar las competencias entre las Provincias y la Nación. El núcleo del federalismo está dado por la existencia de una relación entre niveles jurisdiccionales. En, fundamentalmente la Nación y las Provincias, aunque también son niveles jurisdiccionales los municipios (artículo 123) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En este sentido la reforma de 1994 introduce como principio inspirador la máxima de fortalecer el federalismo, en cuyo cumplimiento, entre otras medidas, amplía la participación de las provincias a través del ejercicio de facultades concurrentes y compartidas. Así lo sostienen varios autores, especialmente en lo que atañe a la distribución de competencias en materia sanitaria. La pandemia ha sido un ejemplo de ello, y algunos autores lo señalan de ese modo: “Sin embargo, con el paso del tiempo, la evolución en materia de interpretación constitucional y el imperio de la Reforma Constitucional de 1994, la Nación ha legislado sobre diversos temas que atañen a aspectos sanitarios, apoyada en diversos títulos (v.g. distintos artículos de la Constitución Nacional) que la legitiman para hacerlo, tales como los actuales art. 75 incisos 12, 18, 19, 22 y 23; y arts. 33, 41 y 42 de la CN. Esto ha resultado en la coexistencia de facultades reservadas por la Provincias en materia de salud con las facultades concurrentes Nación-Provincias que se predicen para aspectos determinados, también referidos a lo sanitario”.⁽⁸⁾

Las competencias concurrentes aluden a la regla de distribución que otorga al Congreso competencia para tomar decisiones concernientes a los intereses del país como un todo y a las provincias para dictar leyes con imperio exclusivamente dentro de su territorio, lo que permite coexistencia legislativa manteniéndose en sus propias esferas jurisdiccionales. La interrelación entre estas atribuciones “interpretadas de buena fe” no debe plantear ningún tipo de conflicto normativo; el propio texto constitucional se encarga de brindar la respuesta para lograr que las competencias de cada esfera de gobierno se desarrollen con plenitud en la vida institucional de la Federación, sin anularse ni excluirse.

Así lo tiene dicho expresamente la Corte Suprema de Justicia de la Nación. En efecto, al dictar sentencia en los autos “Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires c/ Estado Nacional (Poder Ejecutivo Nacional) s/ acción declarativa de inconstitucionalidad” de fecha 4 de mayo de 2021, al sostener que “la asignación de competencias en el sistema federal “no implica, por cierto, subordinación de los estados particulares al gobierno central, pero sí coordinación de esfuerzos y funciones dirigidos al bien común general, tarea en la que ambos han de colaborar, para la consecución eficaz de aquel fin; no debe verse aquí enfrentamientos de poderes, sino unión de ellos en vista a metas comunes” (“Buenos Aires, Provincia de”, Fallos: 330:4564, considerando 11 in fine; “La Pampa, Provincia de”, Fallos: 340:1695, considerando 6°; “Buenos Aires, Provincia de c/ Santa Fe”, Fallos: 342:2136, considerando 10 y “Corrientes, Provincia de”, Fallos: 344:251, entre otros). Como lo expresó desde antiguo este Tribunal, la Constitución ha querido hacer un solo país para un solo pueblo. No habría Nación si cada provincia se condujera como una potencia independiente; pero tampoco la habría si fuese la Nación quien socavara las competencias locales (arg. Doct “Bressani”, Fallos: 178:9 y “La Pampa, Provincia de”, Fallos: 340:1695). 4°) Que, en el contexto referido, el sistema federal constitucional argentino se funda en el principio de “lealtad federal” o “buena fe federal”, conforme al cual en el juego armónico y dual de competencias debe evitarse el abuso de las competencias de un Estado en detrimento de los otros. De esta manera, el ideario federal en el que descansa nuestro sistema de gobierno parte de la base de que el Estado Nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios coordinan sus facultades “para ayudar y nunca para destruirse” (“Bazán”, Fallos: 342:509 y “Telefónica Móviles Argentina”, Fallos: 342:1061 voto de los jueces Maqueda y Rosatti, considerando 9°).

Continúa diciendo el Máximo Tribunal en ese fallo que “Al ser ello así, los actos de las legislaturas provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no pueden ser invalidados sino en los casos en que la Constitución concede al Congreso Nacional, en términos explícitos, un poder exclusivo, o en los supuestos en los que el ejercicio de idénticos

poderes ha sido expresamente prohibido a las provincias, o bien cuando existe una absoluta y directa incompatibilidad o repugnancia efectiva en el ejercicio de facultades concurrentes por estas últimas (Fallos: 3:131; 7:373; 51:349; 105:273; 114:282; 137:212; 150:419; 174:358; 235:571; 243:98; 302:1181; 320:619; 331:1412, entre otros). Por ello, todo análisis de las atribuciones federales invocadas debe partir del canónico principio de interpretación según el cual la determinación de qué poderes se han conferido a la Nación y, sobre todo, del carácter en que lo han sido, debe siempre ceñirse a la lectura más estricta. Tal mandato interpretativo emana de la premisa que ensayó Alberdi y se recita en la jurisprudencia históricamente, esto es, que los poderes de las provincias son originarios e indefinidos, en tanto que los correspondientes a la Nación son delegados y - 24 - definidos (arts. 75 y 121 de la Constitución Nacional; Juan Bautista Alberdi, Derecho Público Provincial Argentino, Buenos Aires, Ciudad Argentina, 1998, p. 146. Asimismo, causa “Blanco”, Fallos: 1:170, entre muchas otras hasta la más reciente “Cablevisión S.A.”, Fallos: 329:976”).

Por su parte, el Dr. Rosenkratz en su voto agrega “Que respecto de la salud y salubridad públicas, desde sus primeros precedentes esta Corte dejó sentado que el ejercicio del poder de policía en esa materia era una atribución propia de las provincias (Fallos: 7:150). Esta solución se sustentó en los arts. 104 y 105 de la Constitución Nacional (actuales arts. 121 y 122), según los cuales las provincias conservan todo el poder no delegado y se dan sus propias instituciones sin intervención del Gobierno federal. Con posterioridad, esta Corte reconoció al Estado Nacional facultades concurrentes en la materia, con sustento en el poder de policía que surge del art. 75, inc. 18, de la Constitución Nacional -ex artículo 67, inciso 16 - (conf. Fallos: 315:1013”).

Para finalizar, basta solamente citar los dos primeros párrafos de los considerandos del mentado Decreto 172/2024 en cuanto señalan: “que por la CONSTITUCIÓN NACIONAL se establece que las provincias conservan todo el poder no delegado a la Nación. Que en concordancia con ello, las actividades relacionadas con la gestión de la atención médica recaen sobre las autoridades jurisdiccionales”.

Entonces, lo que hace el decreto 172/2024 es derogar UN PROCEDIMIENTO de cobro a través del organismo rector nacional en materia del Sistema Nacional del Seguro de Salud, como lo es la Superintendencia de Servicios de Salud. Lo que no puede hacer una norma de carácter nacional es prohibir a las Provincias ejercer las facultades que le competen -en el caso de manera excluyente, más allá de la concurrencia de atribuciones en otras materias en salud- para promover y ejecutar el cobro de las prestaciones brindadas en efectores públicos (de su exclusiva jurisdicción). La convivencia entre sistemas de cobro que hemos explicitado con los ejemplos dados ut supra se mantiene y no puede entenderse limitativa de las atribuciones que legítimamente mantienen las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el sistema Federal que nos rige. ■

Referencias:

- 1) El Decreto 939/2000 tuvo algunas modificaciones introducidas por el Decreto 26/2017, fundamentalmente en lo que se refiere al uso de plataformas electrónicas y a la reducción de los plazos de pago.
- 2) Si bien mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia n° 70/23 se derogaron una serie de artículos de la ley 26.682, el 20 citado continúa vigente.
- 3) Es de señalar que, a pesar de lo previsto en la ley 26.682, no se asimilaron estos procedimientos de cobro para con las empresas de medicina prepaga.
- 4) Obsérvese que la norma no distingue entre jurisdicciones, refiriéndose al sector público nacional, provincial o municipal en un pie de igualdad de tratamiento.
- 5) <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2018/09/17/fe90a6d856e8573ca4a0278881b4c8bfcdf0cd5.pdf> en ese link se puede acceder a la ley 5622.
- 6) La ley 8.373 se promulgó en 1994, es decir el mismo año que se produjo la asamblea constituyente que reformó la Constitución Nacional.
- 7) [http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/36704c1158c3201032572340058a002/c9243a449aa3216903258ae10051928e/\\$FILE/8373%20DEC%20123-2024%20ANEXO.pdf](http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/36704c1158c3201032572340058a002/c9243a449aa3216903258ae10051928e/$FILE/8373%20DEC%20123-2024%20ANEXO.pdf) link con el procedimiento de cobro.
- 8) Federalismo sanitario en la reforma constitucional de 1994 Una mirada desde la gestión - Por Viviana Bonpland y Alberto Bozzolo <https://dpcuatico.com/sitio/wp-content/uploads/2015/07/Salud-Doctrina-2015-07-13.pdf>



VI CONGRESO DE SALUD

ADECRA+CEDIM 2024

21 y 22 de agosto
(medio día por la mañana)

— FORMATO VIRTUAL —

PRÓXIMAMENTE MÁS INFORMACIÓN

SALUD: EL RETO DE LO UNIVERSAL



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

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

¿Por qué la salud es un reto a lo universal? ¿Por qué se define a la salud como un bien social? ¿Un bien social de quién y para quién? ¿Qué grupo debe recibir todo y cuál grupo no tiene derecho a nada? ¿Por qué la educación debe ser universal, pública, gratuita y accesible?

En la entrada de la calle Paraguay de la Facultad de Medicina de la UBA, en la ciudad de Buenos Aires, si levantamos la vista sobre la puerta principal, muy arriba vemos seis esculturas custodiando esta casa del saber.

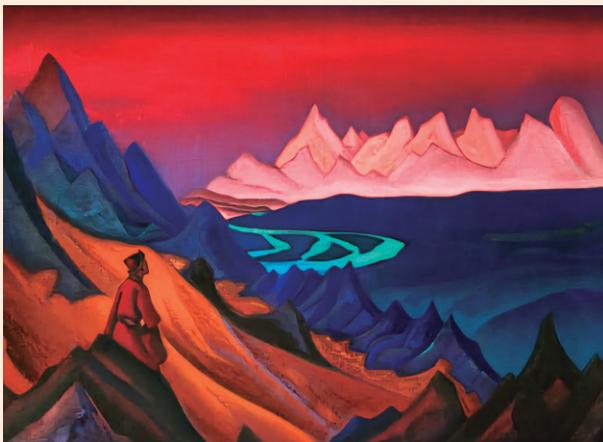
¿Quiénes son? ¿Por qué están emplazadas tan alto, tan distantes? ¿Quizás se decidió concederles ese espacio de presidir el ingreso a los estudiantes y profesores para que estos alcanzaran un horizonte más allá de sus propios puntos de mira?

Estas esculturas simbolizan valores de orden universal, permanentes en el tiempo de todas las generaciones. Estas emblemáticas figuras que nos hablan de izquierda a derecha representan: la primera *el Arte de Prevenir*, la segunda *el Arte de curar*.

Hipócrates⁽¹⁾, médico griego (460A.C./370 A.C), designado como "Padre de la Medicina", hasta el día de hoy su juramento inicia el compromiso de ejercer esta profesión.

Claude Bernad⁽²⁾, biólogo, fisiólogo, médico, (1813/1878 Paris- Francia) padre de la fisiología moderna, sus enormes descubrimientos como la fisiología del páncreas para solo nombrar alguno.

Paracelso⁽³⁾⁽⁴⁾, médico, astrónomo, alquimista, 1491/1541, padre de la toxicología y tanto más.



Das Lied von Shambhala - Nikolai Konstantinow Roerich.

Louis Pasteur⁽⁵⁾, matemático, doctor en ciencias químicas, microbiólogo, sus innumerables investigaciones sentaron las bases de la microbiología, además de la vacuna antirrábica.

Ellos cultivaron el amor por la humanidad toda, por el conocimiento más allá de sus propias disciplinas, por la evolución de todos los seres. Sus nombres nos acompañan desde siempre y es injusto reducirlos a esta síntesis.

Describir sus vidas generosas y lo que nos aun nos brindan es una necesidad para todos aquellos que sienten la vocación de servir, de tomar la posta de sus fuegos sagrados para ofrecerla a las próximas generaciones. Para citar al menos a Paracelso que nos dice "*La misericordia es la Maestra de los Médicos*".

Todos ellos signaron el valor inalterable de la prevención y la curación en los procesos de salud/enfermedad... Y también nos inspiran, cuando no dudaron ni claudicaron frente a las tensiones de su época.

La medicina, ciencia generosa, abarca un amplio espectro que brinda la oportunidad de para todas las inteligencias y vocaciones de encontrar su cauce, desde la gestión sanitaria, la sociología médica, la prevención, la asistencia, la política sanitaria, etc. Todas dependientes e interactuantes de la *investigación y la docencia* imprescindibles en la época actual.

Conceptos y prácticas que hoy más que nunca deberían ser estudiadas y reeditadas, la interdisciplina, la transdisciplina, la prevención y promoción /protección de la salud, la atención primaria de la salud, la medicina familiar como eje de transformación, en los primeros niveles de atención, la excelencia académica en todas las especialidades incluida la gestión sanitaria, la intersectorialidad etc.

Imposibles de plasmar sin un Estado presente, sin el trabajo con los poderes políticos y las agrupaciones y asociaciones de la comunidad. Todo esto parece una entelequia, una ficción frente a la tragedia que hoy asistimos, el culto a las singularidades, la fragmentación extrema, el desconocimiento de que la exclusión social reduce la oportunidad de toda economía. El costo de los servicios básicos, luz, gas, combustible, medicamentos, insumos... es inversamente proporcional a los ingresos de los médicos y de todo el equipo de salud.

En la Argentina de hoy asistimos con horror a eventos que jamás imaginamos presenciar: como la amenaza del cierre de las universidades públicas, o las instituciones que le dan sentido a la vida y contribuyen a toda la humanidad y no solo a los argentinos. El CONICET, el Instituto Nacional de Cine, instituciones de la música, el arte, el teatro, las bibliotecas populares, la ciencia... para citar solo algunas.

¿Cómo comprender el fenómeno que nos aqueja?

"¿Qué podemos hacer hoy desde nuestras dimensiones?".⁽⁶⁾

Patrick Boucheron erudito historiador medievalista en su libro *Conjurar el miedo*⁽⁷⁾ señala: "*El lugar de una antigua urgencia*" en el prólogo, refiriéndose como eje de su estudio sobre el fresco del Palacio Comunal de Siena que Ambrogio Lorenzetti pintó en 1338 por encargo del entonces Gobierno de los Nueve (los nueve magistrados que gobernaban en ese momento) ante *la oscura amenaza del tirano*, y que la cultura a través de los siglos banalizó hasta "*volverla invisible al sentido simbólico de su representación*"...

"*Miedo a la recesión, a la inflación, al desempleo, al espectro de la guerra... el miedo ha sido desde siempre y a lo largo de los siglos un arma política inigualable y un instrumento de represión ejemplar*"...⁽⁸⁾

La cultura de las singularidades, el adormecimiento de los sentidos, la pérdida de las "energías utópicas"⁽⁹⁾ además del espe-

jismo de la seducción del mercado que nos enajena de nuestra condición humana.

Es evidente que transitamos una de las crisis más abismales de los últimos tiempos, cuando emergen situaciones que atentan contra los principios básicos de la vida. No voy a enumerar todos los males que nos corroen, ubicando fuera del sistema social a miles de personas no solo en la Argentina, sucede también en los países más desarrollados de Europa.

Entonces es momento de recordar que la salud es imprescindible para la condición humana, **es un bien social**, ya que nada puede funcionar sin ella, ni la economía, ni la educación, y es la articuladora de toda interacción colectiva.

El mercado no tiene la capacidad de resolver sus propios problemas, ni la tragedia del cambio climático, la geopolítica^(*), las migraciones, la vivienda, la locura en los precios de insumos básicos, ni logra cubrir las vacantes para la formación de médicos, que con justicia no están dispuestos a ser esclavos del sistema.

Más allá de toda afinidad política, necesitamos ser honestos y encontrar respuestas a la altura de nuestras capacidades. La medicina dentro de la estructura del arte de prevenir y de curar, tiene la capacidad de gestionar mejores propuestas.

Esto exige la integración de todos los sectores, comprender que la desacralización de las instituciones lleva una larga data y necesita ser revertida, que todos los grupos son imprescindibles para recrear las estrategias de una transformación real. La reciente y multitudinaria marcha en defensa de la universidad pública y gratuita en toda la Argentina, es un clamor colectivo, pacífico e inteligente.

La salud patrimonio intangible de la humanidad, es una prioridad de ser tratada, enfocada y estudiada a nivel nacional e internacional. Toda transformación nació de un pensamiento, un sentimiento, una necesidad, una vocación. Según el diccionario de la Real Academia Española Universal: perteneciente o relativo al universo, comprende o es común a todos, sin excepción de ninguno.

Hoy más que nunca necesitamos recurrir una serenidad y templanza heroica, a una creatividad inspiradora, a una aceptación del otro y sus diferencias enriquecedoras. Una perseverancia intensa como rutas de acceso hacia un horizonte posible real, verdadero. ■

Bibliografía:

1. Hipócrates - Alianza Editorial - España 1996 - ISBN: 978 8420608150 - Pág. 248.
2. Martí Oriol - Claude Bernad y la Medicina Experimental - Editorial Intervención Cultural Barcelona 2007 - ISBN: 9788496356849 - Pág. 192.
3. Paracelso - Obras Completas - Creación Editorial - España - ISBN: 9788412159936 - Pág. 338.
4. Carl G. Jung - Estudios sobre representaciones alquímicas - Obra Completa Volumen 13 - Editorial Trotta. 2015 Madrid - ISBN: 978849879561 - Pág. 424.
5. Patrice Debré - Louis Pasteur - Una biografía - Editorial Debate - España ISBN 9788474449266 - Pág. 608.
6. Ce que peut l'histoire - College de France - Patrick Boucheron - diciembre 2015 Accesible en <https://youtu.be/SuhHnTwakp0?si=cAq680s1WbLQxE6M>
7. Patrick Boucheron - Conjurar el Miedo - Editorial Fondo de Cultura Económica. Bs As 2018 ISBN: 978987719135 - Pág. 289.
8. Patrick Boucheron - Corey Robin - El Miedo - Ed. Capital Intelectual. Argentina 2016 ISBN: 9789876145152 - Pág. 89.
9. Jürgen Habermas - Ed. Paidós - España 2012 - Pág. 144 - ISBN: 97884493280600.
10. <https://latina.tv5monde.com/es/guia-de-tv/noticias-y-sociedad/geopolitis/sud-global-peur-occidentale-1142718>

(*) Médica sanitarista - Epidemióloga



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2024

DIPLOMATURAS VIRTUALES

AREAS DE SALUD

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

DIPLOMATURAS DE MAYO

Diplomatura en Patología Forense
Diplomatura en Antropología Forense
Diplomatura en Cirugía de Catarata
Diplomatura en Cuidados Paliativos Calidad asistencial y ética del cuidado
Diplomatura en Economía de la salud y Gestión Sanitaria
Diplomatura en Hipertensión en el Embarazo
Diplomatura en Retina
Diplomatura en Oncoplastia Mamaria
Diplomatura en Enfermería Oncológica
Diplomatura en Dermatología Pediátrica
Diplomatura en Hepatitis Agudas y Crónicas

MÁS INFORMACIÓN



LA CONJUNCIÓN DE VARIAS PERSPECTIVAS PUEDE AYUDAR EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LA ARGENTINA



Por el Dr. Carlos Felice (*)

En el campo de la salud y la medicina, existen diversas perspectivas desde las cuales se pueden abordar los problemas de salud y bienestar. Aquí hay algunas:

Antropocentrismo: esta perspectiva se centra en el ser humano como el punto central de interés y considera la salud desde la óptica de cómo afecta al individuo en términos físicos, mentales y emocionales. Se preocupa principalmente por el bienestar humano y busca soluciones que mejoren la calidad de vida de las personas.

Biocentrismo: esta mirada amplía el enfoque del antropocentrismo al considerar no solo la salud humana, sino también la salud de otros seres vivos y los ecosistemas en general. Reconoce que la salud humana está intrínsecamente ligada a la salud de los ecosistemas en los que vivimos y a la biodiversidad en general. El biocentrismo promueve el respeto por todas las formas de vida y la necesidad de mantener la armonía entre los seres humanos, otras especies y el medio ambiente.

Ecocentrismo: esta perspectiva va un paso más allá del biocentrismo al poner énfasis en la interconexión y el equilibrio de todos los componentes de un ecosistema, incluidos los seres humanos, las plantas, los animales y el entorno físico. Considera que la salud humana está inseparablemente ligada a la salud del medio ambiente en su conjunto, y aboga por prácticas sostenibles que protejan y restauren los ecosistemas naturales.

Holismo: esta mirada considera a la persona en su totalidad, integrando aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales de la salud. Reconoce la interconexión entre estos diferentes aspectos y busca abordar los problemas de salud desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta tanto los factores individuales como los contextuales.

Estas son solo algunas de las perspectivas que existen en el campo de la salud y la medicina. Cada una ofrece un enfoque único para comprender y abordar los problemas de salud, y pueden complementarse entre sí para promover un enfoque más completo y equilibrado hacia el bien humano y ambiental.

Desde una perspectiva ecocéntrica, la salud humana se considera inseparablemente ligada a la salud del medio ambiente en su conjunto. Esto significa que la salud de las personas no puede entenderse plenamente sin considerar el estado de los ecosistemas naturales que nos rodean.

Aquí hay algunos principios y acciones que podrían ser parte de una visión de la salud desde el ecocentrismo:

- ✓ **Interdependencia:** reconocer que los seres humanos son parte de un sistema más amplio de interconexión y que nuestra salud está intrínsecamente ligada a la salud de los ecosistemas en los que vivimos. Las acciones humanas, como la contaminación del aire y del agua o la deforestación, pueden tener impactos directos en la salud de las personas y de otros seres vivos.
- ✓ **Respeto por la biodiversidad:** valorar la diversidad de formas de vida en la Tierra y reconocer que cada especie tiene un papel importante en el mantenimiento del equilibrio ecológico. Proteger la biodiversidad no solo es importante por su propio valor intrínseco, sino también porque contribuye a la estabilidad de los ecosistemas y, por lo tanto, a la salud humana.
- ✓ **Promoción de prácticas sostenibles:** adoptar prácticas que promuevan la sostenibilidad ambiental, como la agricultura orgánica, la conservación de recursos naturales, la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero y el uso de energías renovables. Estas acciones no solo benefician al medio ambiente, sino que también pueden tener impactos positivos en la salud humana al reducir la exposición a contaminantes y mejorar la calidad del aire, el agua y los alimentos.
- ✓ **Restauración de ecosistemas:** trabajar en la restauración y conservación de ecosistemas degradados para promover la salud tanto del medio ambiente como de las comunidades humanas que dependen de ellos. La restauración de hábitats naturales puede ayudar a proteger contra desastres naturales, mejorar la calidad del agua y del aire, y proporcionar espacios recreativos y de esparcimiento que promuevan el bienestar humano.
- ✓ **Educación ambiental:** fomentar la conciencia y comprensión de las interrelaciones entre los seres humanos y el medio ambiente a través de la educación ambiental. Esto puede incluir programas educativos en escuelas, campañas de sensibilización pública y oportunidades de participación comunitaria en proyectos de conservación y restauración ambiental.

En resumen, una visión de la salud desde el ecocentrismo reconoce la interdependencia entre los seres humanos y el medio ambiente, y aboga por acciones que promuevan la salud tanto de los ecosistemas naturales como de las comunidades humanas que dependen de ellos.

Varios países en todo el mundo han implementado políticas y prácticas que reflejan un enfoque en la intersección entre la salud humana y el medio ambiente.

Estos son solo algunos ejemplos de países que han adoptado enfoques integrales:

- **Suecia:** ha sido un líder en la promoción de políticas ambientales y de salud pública. Ha adoptado enfoques integrales para abordar la salud y el bienestar de sus ciudadanos, incluyendo políticas para reducir la contaminación, promover la actividad física y fomentar la alimentación saludable.
- **Canadá:** ha implementado políticas de salud ambiental que abordan una variedad de temas, desde la calidad del aire y del agua hasta la protección de la biodiversidad. También ha invertido en iniciativas para promover la salud comunitaria y reducir las disparidades sociales en el acceso a la atención médica.
- **Nueva Zelanda:** ha desarrollado políticas de salud que reconocen la importancia de un entorno saludable para el bienestar humano. Asimismo, ha implementado programas de conservación ambiental y promueve estilos de vida activos y sostenibles.
- **Noruega:** ha adoptado políticas que integran consideraciones ambientales en la planificación urbana, el transporte y la agricultura. También ha invertido en programas de conservación ambiental y promoción de estilos de vida saludables.

- **Costa Rica:** es conocida por su enfoque en la conservación ambiental y el desarrollo sostenible. Ha implementado políticas que protegen sus recursos naturales y promueven el ecoturismo. Además, ha invertido en programas de salud pública que abordan los impactos ambientales en la salud humana.

Muchos otros países también están trabajando para integrar consideraciones ambientales en sus políticas de salud y desarrollo.

REVERENCIANDO LA COMUNIDAD DE LA VIDA: UNA REFLEXIÓN BIOCÉNTRICA DESDE ALDO LEOPOLD

En el vasto escenario de la naturaleza, somos solo una parte de una comunidad de vida interconectada. Desde las cimas nevadas de las montañas hasta las profundidades sin fin de los océanos, cada forma de vida, cada ecosistema, es un hilo en el tejido complejo y hermoso del mundo natural. Desde la perspectiva de Aldo Leopold, nos aventuramos en una exploración de la ética de la tierra, donde la salud humana y el bienestar se entrelazan con la salud y la vitalidad del mundo natural que nos rodea.

En las páginas de sus escritos, Leopold nos invita a reconocer nuestra conexión intrínseca con el mundo natural. Desde las aves migratorias que surcan los cielos hasta los lobos que acechan en los bosques, cada ser vivo tiene un papel vital en el equilibrio y la armonía de la comunidad de vida. En este viaje de descubrimiento, aprendemos a ver el mundo con nuevos ojos, con una reverencia y un respeto renovados hacia todas las formas de vida que nos rodean.

Desde esta perspectiva biocéntrica, cada planta, cada animal, cada río, es un ser sagrado, merecedor de nuestra reverencia y protección. No somos los dueños de la tierra, sino sus custodios, encargados de preservar y proteger la belleza y la diversidad del mundo natural para las generaciones futuras. Reconocemos que

nuestra salud y bienestar están intrínsecamente ligados a la salud y la vitalidad del mundo natural que nos rodea.

Al adoptar una visión biocéntrica, nos comprometemos a vivir en armonía con la naturaleza. Nos convertimos en guardianes de la tierra, protectores de los ecosistemas frágiles que sustentan nuestra propia existencia. Reconocemos que nuestras acciones tienen consecuencias que reverberan a través de la tela de la vida, y nos comprometemos a tomar decisiones que promuevan la salud y el bienestar de toda la comunidad de vida.

En un mundo cada vez más dominado por la explotación y la destrucción de los recursos naturales, el mensaje de Leopold es más relevante que nunca. Nos insta a abandonar la mentalidad de dominación y a adoptar una actitud de respeto y gratitud hacia el mundo natural que nos sustenta. En lugar de ver la tierra como un recurso a ser explotado, la vemos como un santuario sagrado que merece nuestra protección y cuidado.

En conclusión, desde la perspectiva biocéntrica de Aldo Leopold, somos llamados a vivir en armonía con la naturaleza. Nos convertimos en miembros activos y respetuosos de la comunidad de vida, honrando y protegiendo la belleza y la diversidad del mundo natural que nos rodea. En nuestras manos y corazones yace el poder de sanar y preservar la tierra que llamamos hogar. ■

(* 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).



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

LA ACELERACIÓN DE LA HISTORIA



"La creación del mundo no ocurrió al principio de los tiempos, ocurre todos los días".
Marcel Proust

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

Según la mitología griega, Kronos hace al tiempo cronológico o secuencial, aquel que puede ser medido. Mientras que el tiempo Kairós representa un lapso, un momento indeterminado en el tiempo en que todo sucede, el tiempo de la oportunidad. ⁽¹⁾

Aquí contamos con elementos que se pueden asociar a las sociedades y a las civilizaciones.

La historia es algo más que una simple enumeración de hechos, nombres y fechas, cuidadosamente ordenados de acuerdo con su sucesión cronológica. "Tras el acontecer histórico, se desarrolla el drama más que milenario de la humanidad en brega constante por alcanzar su superación. La interpretación histórica no es otra cosa que un esfuerzo por descender el velo de ese drama. Es un estudio sistematizado del devenir de los hechos históricos, con objeto de arrancarles las leyes que presiden su sucesión". ⁽²⁾

Como no podía ser de otra manera, estas nuevas condiciones han tenido también un fuerte impacto sobre los consensos establecidos en el ámbito de la teoría y de la ciencia de las relaciones internacionales.

De acuerdo con la acepción empleada por Thomas Kuhn en su obra clásica "La estructura de las revoluciones científicas (1962)", el paradigma (es decir, el consenso) dominante hasta comienzos de los ochenta ha sido incapaz de sobrevivir al reto de explicar lo sucedido en las últimas cuatro décadas. La realidad ha demandado, como siempre, nuevas explicaciones.

Surgidas unas veces en la academia y otras en la propia esfera política, o a medio camino entre ambas, son muchas las propuestas que, con mayor o menor fortuna, han pretendido concitar el consenso necesario para ser reconocidas como paradigmas explicativos del tiempo presente.

La referencia al "progreso" ha sido desplazada como eje articulador del discurso por la mítica "globalización", aunque ambos conceptos comparten una misma connotación que hace referencia al carácter inevitable y potencialmente benéfico de los procesos que pretenden definir, concebidos como el resultado de tendencias naturales del desarrollo humano. ⁽³⁾

En distintas etapas históricas del mundo, el tiempo parece haberse acelerado y los cambios fueron mucho más rápidos que en otros.

Esto sucedió a principios del siglo XX, sobre todo en el marco de la primera conflagración mundial. Empujado por la necesidad de cambios tecnológicos rápidos.

La Argentina de entonces, si bien ocupaba un lugar preponderante en el ranking de los países del orbe, era solo en el sector económico.

La distribución de la renta nacional per cápita era claramente desigual. Las clases representadas por la oligarquía, se llevaban el porcentaje más grande y el mito de la vaca atada empezó en ese momento: viajaban a Europa con una vaca para tomar leche fresca.

Todavía la ubicación histórica de la Argentina no estaba tan separada de los países importantes del mundo.

Los cambios sociales y políticos a partir de la Ley Sáenz Peña nos llevaron a un cierto grado de igualdad social, por lo menos en el acceso a la elección de quienes nos gobernaban. No así en cuanto a la situación social que seguía siendo precaria e injusta.

El mundo empezaba a cambiar y las leyes sociales de redistribución tanto en derechos en países avanzados, como en lo económico nos empezaron a alejar del mundo.

Se producía una aceleración del tiempo que las clases dirigentes de nuestro país no comprendían.

El período de entreguerras nos halló en un ir y venir de políticas, entre desigualdad creciente y bajo desarrollo.

Luego aceleramos el tiempo -pero solo en lo social- con el advenimiento de las leyes impulsadas bajo los dos gobiernos peronistas.

Además de un incipiente desarrollo industrial y de sustitución de importaciones, pero que no alcanzó para ponernos a la par de los países que ya eran potencias tanto en lo social como en lo económico y vanguardia en la cultura y las artes.

Volvimos a caer en crisis de las crisis, alejándonos de la aceleración de los tiempos del resto del orbe. ⁽⁴⁾

Ni hablar de estos últimos años, con cambios drásticos entre las administraciones que se sucedieron.

Nunca pudimos armar un plan estratégico, de acuerdo con los intereses nacionales consensuados por todos los sectores. Como así lo hicieron muchos países después de la segunda guerra mundial.

La fragmentación generalizada fue una manifestación con mayúsculas en todos los sectores de nuestra sociedad.

¿Y con la salud?

El atraso en nuestro sistema es cada vez mayor, así como el avance de la fragmentación.

El mundo se acelera con el advenimiento de nuevas tecnologías, con el desarrollo de nuevas moléculas y con sistemas de salud más homogéneos, más humanitarios y sensibles a las necesidades de la gente.

Podrían responder los profetas de la fragmentación que no en todos los países... es verdad... sólo en aquellos a los cuales les importa la gente y no la ganancia extrema. Países que comprenden que el mercado no tiene que ver con la salud. Hay sobrados ejemplos de este modelo que todos conocemos.

Los que hemos trabajado en políticas de salud desde hace años, alcanzamos ciertos consensos, identificamos los problemas, hicimos diagnósticos bastante certeros y aportamos -con leves diferencias- las soluciones para llegar a un sistema integrado de salud. Este sistema no deja a nadie afuera, a ningún subsector.

También coincidimos en el papel de gobernanza y rectoría que debe tener el Ministerio de Salud de la Nación.

Llama la atención los dichos del actual ministro. Sobre todo, en su definición de acción e inacción. Parecería que sus ideas van a contramano del consenso de los especialistas en salud pública.

No comparto el criterio de que rectoría es solo con un COFESA: por lo general las decisiones de este organismo son erráticas y de implementación inequitativa según la zona geográfica donde se actúe.

Crear lo contrario es no conocer el país. No es lo mismo el área geográfica central que el norte grande o el sur patagónico. Es desconocer que el 60% de la capacidad instalada prestacional está ubicada en los primeros 50 km que rodean CABA. A medida que

nos alejamos de las grandes urbes la capacidad sanitaria es deficiente y esto aumenta directamente proporcional con la distancia. Además, si creemos que la capacidad de gestión de nuestras provincias es homogénea, es un enorme error.

La Argentina no necesita asesoramiento de la OPS. Nuestras universidades, así como la enorme cantidad de sanitarios formados en ellas, están entre los mejores de la región.

El Ministerio actual dice *“Con una mirada rectora muy clara, que el Ministerio había perdido. Es decir, nosotros creemos en la utilización de los datos, en bajar guías de estándares de calidad para todas las patologías. En este Ministerio tenemos que tomar las decisiones estratégicas de la salud de Argentina, fundamentalmente en el calendario de inmunizaciones y eso nada tiene que ver con la política”*.⁽⁵⁾

¿Quién controlará que las supuestas guías en el caso del dengue -que no son tan complejas- se cumplan? Ni decir que el calendario de inmunizaciones se decida según la epidemiología, también es una decisión política: una política de Estado.

Tendrá idea el Ministerio la enorme complejidad de la elaboración de guías para otras patologías, que necesitan referencias científicas incuestionables, además de enormes consensos entre universidades, ministerios provinciales y asociaciones profesionales.

¿Si esto no es política? ¿Qué es? Además del dengue, que ya sabíamos del ascenso de casos que se iba a producir.

Por otra parte, puso en tensión al sistema prestacional por no tener preparada -por ejemplo- una estrategia de elaboración nacional de repelentes a precios accesibles y dejarle al mercado que haga uso de una política de excesos en todos los aspectos, tanto en estrategias de elaboración y sobre todo en el precio del elemento (falta de regulación)... además de no reforzar la frontera geográfica del norte grande como barrera epidemiológica.

El Ministerio tendría que contarnos que estrategias tiene para con el resto de las políticas faltantes, si es que las posee...

Seguiremos con los mismos problemas que hace años, largamente enumerados en estas páginas en números anteriores.

La administración actual se ocupa de un solo subsector -por lo menos es lo que aparece en los medios- la medicina prepaga. Nada más inequitativo que ese subsector. El que paga tiene prestaciones: son empresas comerciales cuya finalidad es dar prestaciones de salud.

La inequidad debe ser compensada por el Estado: la salud es un derecho además de un bien social y no una dimensión social individual.⁽⁶⁾

El Estado debe regular, invariablemente, garantizando un piso de igualdad que en el sistema de medicina prepaga no existe.

La salud es un tema político que no se puede dejar al mercado, ya que los sistemas biológicos son caóticos y se comportan en forma caótica, las leyes del mercado no pueden actuar sobre políticas de prevención, ya que su forma economicista no comprende que la inversión en ese rubro hará que menos gente se enferme o que menos gente llegue con enfermedades crónicas a períodos más agravadas.

En los otros subsectores es el Estado quien debe corregir la inequidad, por ejemplo, entre obras sociales sindicales chicas y grandes. Es verdad que el padrón de las grandes representa que el 5% de ellas comprenda alrededor del 50% del total.

Lo que hace que cuando se toman definiciones políticas se “converse” con las 10 primeras: pero son más de 300. El número de beneficiarios no tiene que ver con la calidad prestacional, ya que las estadísticas de calidad y de epidemiología no son confiables.

El Ministerio de Salud debe controlar y regular estos temas. La realidad -por todos sabida- es que la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, no cuenta con personal suficiente ni con herramientas acordes a la enorme tarea que debe realizar.

El Estado entonces debería concentrarse en corregir las enormes asimetrías entre obras sociales, que por más que sean grandes, la calidad prestacional es otra cosa, ya que los ingresos de los trabajadores dependen del rubro y por lo tanto la financiación es directamente proporcional a dicho ingreso por el número de beneficiarios.

Otra de las asimetrías es en el sector público: no es lo mismo los hospitales en CABA y en los primeros cordones de la provincia de Buenos Aires, que en las zonas más alejadas de la República. La inversión en salud es irregular, por lo menos, cuanto más nos alejamos en la vasta geografía de la Argentina.

El tiempo es un bien escaso en este siglo XXI, la aceleración de las eras -que cada vez son más cortas- y los eventos que se suceden necesitan de líderes que posean pensamientos acordes y en paralelo con el devenir histórico de la Humanidad.⁽⁷⁾ ■

Bibliografía:

- (1) Los mitos griegos-Robert Graves/ Alianza Editorial/1995.
- (2) Una interpretación evolutiva de la historia/Roberto Lara Velado/Universidad Centroamericana/Costa Rica/2019.
- (3) El paradigma del choque de civilizaciones/Fundamentos científicos e históricos/Julio Pérez Serrano/Revista de la Escuela de historia/Año 2 Volumen1/Universidad Autónoma de México/2003.
- (4) Teoría cíclica sobre el desarrollo de las civilizaciones/Arnold Toynbee/Estudio de la Historia/ tomo 2/ Alianza Editorial/ Edic.1997.
- (5) <https://www.infobae.com/salud/2024/04/02/el-ministro-de-salud-respndio-las-criticas-ante-el-brote-historico-dengue-confunden-trabajar-con-perfil-bajo-con-inaccion/>
- (6) La salud como bien social Cristina Godio/ Rosana Abrutzky/ Cristina Bramuglia* CONICET Digital Nro.d0bb7a52-131.
- (7) La vida espectral/Eric Sadin/Édit. Caja Negra/2024.

(*) dr.mklajman@gmail.com

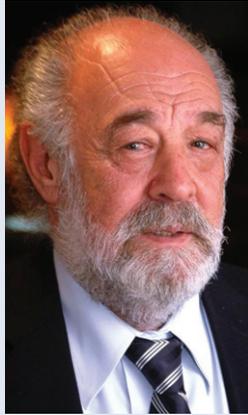


INSTITUTO ARGENTINO DE SALUD
Creado para cuidar la salud de las personas

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

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

DESCIFRANDO EL LABERINTO SANITARIO: ENTRE LA VULNERABILIDAD Y LA INCOMPETENCIA



"No hay estructura sin sistema, ni sistema sin función, ni función sin órgano, ni órgano sin finalidad".

Mario Bunge

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

La complejidad de la realidad crea una bruma en la verdad teñida de apariencias que oculta la puja entre los valores morales, por un lado, y los intereses particulares y corporativos, por el otro. Nos encontramos, más que una encrucijada, en un laberinto atezante. O más bien, en el entramado de dos laberintos: el configurado por la pandemia (Covid-19) y el recurrente de la epidemia del dengue (aunque en algunas provincias del norte ya constituya una endemia).

Con la pandemia, una figura apropiada es la de un avión con un piloto en absoluta *desorientación espacial*, mientras que en el actual brote de dengue se asemeja más a un barco averiado, como se encuentra nuestro país, y subsumido en este temporal epidémico. Su *línea de vida o línea de flotación máxima* (límite superior hasta el cual un barco puede ser cargado sin comprometer su seguridad) se ve desbordada.

Sobre todo, si comprobamos el impacto del actual nivel de pobreza e indigencia, al que se adiciona el incremento de la cantidad de villas miserias y población "sin hogar" (homeless). Claro diferencial con la pandemia, ya que se agudizó negativamente la *configuración social pospandémica*, sobre la que se instala la epidemia de dengue. Lo que recuerda la observación de la *Carrera de la Reina Roja* (de Lewis Carroll en *Alicia a través del espejo*), cuando afirma:

"-Hija mía, en este país hay que correr lo más rápido posible para quedar en tu sitio, en un entorno que cambia todo el tiempo".

Las fallas pueden apuntarse como una convergencia de tres pilares: la *vulnerabilidad* de la sociedad y del campo sanitario (mal podemos llamarlo sistema), la *indirección*, principio que señala cuando un agente racional se niega a hacer en dos pasos lo que es imposible de realizar en uno (por caso, elaborar una estrategia para paliar la pandemia sin conocer previamente la teoría epidémica) y la *teoría de Bayes* sobre la *probabilidad* de un suceso A, a partir de un suceso B, conociendo su tasa de correlación (con la situación endémica del dengue en Brasil, Paraguay y Bolivia, difícilmente nos tendría que sorprender el actual brote).

Repasemos los *antecedentes ignorados*. La Teoría epidémica de Reed y Frost (1928): agente patógeno-huésped susceptible-ambiente. La Convención de Ginebra (1960), con requisitos epidemiológicos para un control capacitado y efectivo. Y las alertas emitidas, especialmente la de la OMS en 2015, cuando su directora, Margaret Chan, alertó sin eufemismos y con indicaciones específicas la necesidad de los países de prepararse para una pandemia.

Como se ve, sólo con cinismo puede afirmarse que la pandemia fue algo desconocido, en todo caso, se trató de algo inesperado (aunque esperable), pero sobre todo de algo ignorado.

A propósito del dengue, existió una serie de antecedentes que en su falta de resultados indican el vacío operacional, reflejado en los titulares de los diarios:

- 2003 "Simposio internacional contra el dengue en Misiones".
- 2009 "Definen una estrategia regional (Argentina, Paraguay y Bolivia) para el dengue".
- 2022 "Paraguay y Brasil constituyeron un frente estratégico para eliminar criaderos de mosquitos". Aquí está ausente Argentina, que en este 2024 señala a la región noreste y noroeste cómo dengue de carácter endémico (no epidémico).

De ahí la necesidad de estar incorporado a este frente estratégico que obliga a una acción continua y conjunta, dado que los mosquitos no tienen pasaporte fronterizo.

En definitiva, con el dengue se evidencian brotes cíclicos cada vez más intensos y virulentos, con profundos desestabilizadores: cambio climático, deforestación, inmigración y turismo. Frente a un episodio caracterizado como **fenómeno socio-político-cultural**, existe la ausencia de un planteo sistémico sanitario y científico metodológico, pese a tener una serie de herramientas para la evaluación de políticas sanitarias (institutos existentes a la espera de coordinación). Y, como si fuera poco, podemos retrotraernos a 1945, cuando Carlos Alberto Alvarado, creó la LAMI, Lucha Antimosquito Integral, planteando que se trataba de "2 meses de lucha y 10 meses de trabajo activo". Se trata de *prevenir el próximo brote, y no de correr detrás de la catástrofe*.

Respecto a la *vulnerabilidad*, el politólogo colombiano Gustavo Wilches-Chaux la define en su libro *La vulnerabilidad global* como "la incapacidad de una comunidad para absorber, mediante autoajuste, los efectos de un determinado cambio en su medio ambiente, o sea, su inflexibilidad o incapacidad para adaptarse a ese cambio, que para la comunidad constituye un riesgo. La vulnerabilidad determina la intensidad de los daños que produzca la ocurrencia efectiva del riesgo sobre la comunidad". Así, los desastres son el producto del *riesgo* (probabilidad de materialización de una amenaza) y la *vulnerabilidad*. La pandemia fue la misma en todos los países y a la vez no lo fue, de acuerdo a su grado de vulnerabilidad.

En nuestro país, existen resistencias que impiden la flexibilidad e innovación que necesitamos. Desde antes que estuviera de moda hacerlo, hablaba ya de **castas**, preocupadas por la defensa de los *privilegios admitidos* más que por lograr, a través de iniciativas innovadoras, transformaciones evolutivas. Dando lugar (o conviviendo) con las **sectas**-casas de cristal- en las que predomina el interés constitutivo superior y todo se sacrifica a su cohesión, que posee una moral hecha de evasión para mantener la inmovilidad: *statu quo*. Al decir de Edgar Faure: "la inmovilidad

“La incapacidad de una comunidad para absorber, mediante autoajuste, los efectos de un determinado cambio en su medio ambiente, o sea, su inflexibilidad o incapacidad para adaptarse a ese cambio, que para la comunidad constituye un riesgo. La vulnerabilidad determina la intensidad de los daños que produzca la ocurrencia efectiva del riesgo sobre la comunidad”

se ha puesto en marcha y no sé cómo pararla”. Es el propio cinismo vestido de pragmatismo como una engañosa virtud. Para la secta, la sociedad no existe salvo como insumo, donde adquiere formas tales como es hoy la cartelización de las prepagas. Cómo bien dice Roger Caillois “para el hombre servil la humanidad nada tiene que ver con el mérito sino con la utilidad”.

Desde antes de la pandemia y hasta hoy, brilla por su ausencia en nuestro país una Gerencia Pública Contable, que transparente las asignaciones de dinero y recursos; una Agencia de Información y Comunicación, que centralice de manera sistemática, cauta y responsable el conocimiento de la situación y de las recomendaciones a la población; el establecimiento meridiano de las prioridades, que pasan por mitigar el sufrimiento; y finalmente, pero no menos importante, un Registro de Fallas y Éxitos para *desaprender y aprender*, la verdadera esencia del oficio médico: conocimiento científico + práctica clínica = experiencia.

Todo lo anterior se puede sintetizar en la falta de *gobernanza* de un Estado que debe asumir su rol en el área sanitaria y su responsabilidad de **garante intransferible en la aplicación de la ecuación sanitaria**: salud pública y gobernanza sanitaria. Máxime con un actual ministro que deslinda la responsabilidad del órgano nacional de salud pública en descentralizaciones jurisdiccionales y comportamientos particulares. Desconociendo así su función específica de *subsidiariedad* que impone cooperación y ayuda mutua. Es decir, su compromiso de participación, de manera tal *que la democracia llegue a la salud*.

Sin negar la necesidad de un mayor compromiso ciudadano, la primera responsabilidad es del Estado, que aún carece del órgano base para este combate. Este núcleo ausente y de vigencia inagotable es el **Gabinete Estratégico de Gestión Operacional** (GE de GO) que, desde el Consejo Federal de Salud (COFESA), debería desplegar un Tablero de Comando idóneo, no con meros asesores circunstanciales (opinólogos), sino con la capacidad, compromiso y responsabilidad correspondientes frente a esta crítica situación que atravesamos. ■

(*) 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 de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN); Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza (UDA); Director de la Comisión de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Concepción del Uruguay (UCU); Coautor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de “Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza” (2020). Autor de “La Salud que no tenemos” (2019); “Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud” (2018); “Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” (2012); “En búsqueda de la salud perdida” (2009); “La Fórmula Sanitaria” (2003).

UNIVERSIDAD ISALUD

CARRERAS DE GRADO

+ POSGRADOS

+ CURSOS

SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

ECONOMÍA Y GESTIÓN

ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

AUDITORÍA

MEDICINA LEGAL

Inscribite ahora!

isalud.edu.ar

Instagram, Facebook, X, LinkedIn

MECANISMO INTEGRACIÓN EL DESAFÍO DE OPTIMIZAR EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

El denominado Mecanismo Integración de prestaciones para beneficiarios con discapacidad, fue instituido por el Decreto N° 904/16, y sin dudas ha constituido un cambio de paradigma en el Sistema del Seguro de Salud, tanto para los financiadores, como para los beneficiarios.

Mediante este sistema se aprobó un mecanismo de distribución directa de los recursos, desde el Fondo Solidario de Redistribución a los Agentes del Seguro de Salud, para ser destinados exclusivamente al financiamiento de las prestaciones contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

A los fines de tener algunas precisiones sobre este tema, conviene señalar que a través del Fondo Solidario de Redistribución se recauda un porcentaje de los aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia, como así también de los trabajadores de regímenes especiales, como Monotributo y Servicio Doméstico, con la finalidad de hacer frente al pago de:

- a) Subsidios automáticos (SANO, SUMASUMARTE y SUMA 65).
- b) Mecanismo integración.
- c) Apoyo financiero a los Agentes del Seguro por las prestaciones de alto costo y baja incidencia a través del Sistema Único de Gestión de Enfermedades (SURGE).
- d) Gastos administrativos que demande el funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud.

El Decreto N° 904/16 contempló acciones de prevención, asistencia, promoción y protección de la salud, como así también la descentralización de servicios, a los fines de facilitar el acceso de las personas con discapacidad a la atención médica.

Asimismo, mediante la Resolución N° 887-E/2017 y su modificatoria N° 360/2022, ambas de la Superintendencia de Servicios de Salud, quedó reglamentado el procedimiento y los requisitos que deben cumplimentar los Agentes del Seguro de Salud para acceder a la asignación de fondos por el mecanismo

Integración para el pago de prestaciones brindadas a personas con discapacidad.

El procedimiento determinó que los Agentes del Seguro de Salud deben presentar mensualmente ante la Superintendencia, con carácter de declaración jurada, el detalle de la facturación recibida por prestaciones efectivamente brindadas, autorizadas por la auditoría médica y que se encuentren impagas.

Posteriormente, el Órgano de Control procede a procesar y liquidar mensualmente la presentación realizada sobre la base de los aranceles vigentes. El proceso de liquidación incluye validaciones sobre las prestaciones y otros controles propios sobre los datos ingresados.

Los totales liquidados y asignados a cada Obra Social son informados por la Superintendencia a la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), la que procede a acreditar la suma total en la cuenta bancaria específica denominada "Cuenta Discapacidad" (Res. N° 406/16).

Así planteado el procedimiento para acceder al apoyo financiero y a partir de la acreditación de los fondos, los Agentes del Seguro de Salud deben realizar los pagos directamente desde la "Cuenta Discapacidad" mediante transferencia bancaria a los CBU de los prestadores.

Finalmente, se estableció la obligatoriedad para los Agentes del Seguro de Salud de rendir cuentas de manera transparente y precisa a través de un Informe Detallado de Aplicación de Fondos (IDAF) que debe presentarse mensualmente ante la Superintendencia.

En conclusión, el Decreto 904/2016 representó un avance significativo en la integración de prestaciones para beneficiarios con discapacidad en la Argentina, un mecanismo ágil y eficiente, en donde financiadores, prestadores y beneficiarios parecen haber encontrado un dinamismo que redundará en mejores prestaciones de salud.

Sin embargo, en la actualidad, este mecanismo se enfrenta a un grave problema de financiamiento, que, de no encontrar una rápida solución, seguramente hará colapsar el sistema.

Sin entrar en teorías apocalípticas sobre el Sistema de Salud en la Argentina, me adelanto en señalar que no parece ser sustentable un sistema que solo se nutre de aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia y las cotizaciones de los regímenes especiales, máxime en un contexto de salarios deprimidos que hacen que la recaudación del Fondo Solidario de Redistribución no crezca en la misma medida que el valor de las prestaciones de discapacidad, entre otras cuestiones que atender.

Sin embargo, a los fines de no desviar, me centraré exclusivamente en la problemática del financiamiento de las prestaciones vinculadas con la discapacidad.

Para graficar lo mencionado, veamos la evolución de los últimos meses del gasto/costo abonado por la Superintendencia de Servicios de Salud, vía Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), a los agentes del seguro de salud, conforme los pedidos efectuados por prestaciones de salud brindadas por los propios agentes a su población beneficiaria:

En el mes de febrero de 2024, la recaudación del Fondo Solidario estuvo en torno a los setenta mil millones de pesos (\$ 70.000.000.000), por lo cual, si tenemos en cuenta el dato de lo abonado en febrero solo el concepto "Mecanismo Integración", repre-

MECANISMO DE INTEGRACIÓN	
Período	Abonado a través del FSR
jul-23	\$ 21.295.657.701,09
ago-23	\$ 24.352.679.090,86
sep-23	\$ 28.130.087.729,94
oct-23	\$ 29.897.445.435,42
nov-23	\$ 30.986.621.971,07
dic-23	\$ 33.224.435.967,19
ene-24	\$ 38.274.137.315,92
feb-24	\$ 40.559.505.659,93

sentía casi el sesenta por ciento (60%) del total disponible del fondo.

Sin embargo, las proyecciones suponen que ese porcentaje irá avanzando sobre la totalidad de los recursos del sistema. Para sostener dicha afirmación debemos tener en cuenta algunos datos objetivos sobre el desempeño del Mecanismo:

- El aumento del número de Certificados Únicos de Discapacidad (CUD) otorgados desde la instauración del Mecanismo en 2016 hasta la actualidad, toda vez que el mismo se cuadruplicó. En la actualidad existen cerca de ciento cinco mil (105.000) personas que integran el “Mecanismo”.
- Aumentos en el valor de las prestaciones autorizadas. Los aumentos referidos tuvieron lugar a través de las Resoluciones Conjuntas N° 1/24 y 2/2024, en donde la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) junto al Ministerio de Salud aprobó la suba en un 42% de los aranceles del Sistema de Prestaciones de Atención Integral en lo que va del año.
- Salarios retrasados, producto de un proceso inflacionario que no es acompañado de los acuerdos paritarios de las con-

venciones colectivas y que repercuten negativamente en la recaudación del FSR.

A su vez, los subsidios automáticos representan alrededor del treinta y cinco por ciento (35%) de la recaudación.

De la simple cuenta se infiere que ya no existe demasiado margen para el apoyo financiero a las Obras Sociales en cuanto al recupero de las prestaciones de alto costo y las de tratamiento prolongado a través de SURGE, si tomamos en cuenta el “gasto” en discapacidad y los fondos que se destinan a subsidios automáticos.

Desde una perspectiva personal, es alentador ver cómo las políticas y regulaciones están evolucionando para garantizar la igualdad de acceso a la salud para todos los ciudadanos, independientemente de sus capacidades. Sin embargo, la velocidad con la que ha crecido la población beneficiaria con CUD, como así también el valor *per cápita* desde la implementación del Mecanismo, hace que hoy todo el sistema se vea amenazado, en caso de que no se adopten políticas correctivas inmediatas.

Es preocupante el desequilibrio financiero que enfrenta el sistema de salud. El financiamiento insuficiente y la falta de recursos adecuados pueden limitar el acceso a servicios y tecnologías esenciales, dejando a muchos beneficiarios desatendidos.

Es necesario que el Estado y los actores del sistema de salud trabajen en estrategias sostenibles de financiamiento que aseguren la cobertura universal y la calidad de la atención para todos los ciudadanos.

En conclusión, el camino hacia una sociedad inclusiva y equitativa requiere no solo de marcos normativos sólidos, sino también de un compromiso firme con la asignación adecuada de recursos y la atención de las necesidades de aquellos que más lo necesitan. ■

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



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

SALUD: UN MERCADO ANORMAL



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

Definimos la función de producción de salud como la relación entre el nivel de salud alcanzado y los “recursos” (factores de producción) empleados para conseguirlo. ⁽¹⁾

A diferencia de la de otros bienes y servicios, esta función de producción es de naturaleza compleja, multifactorial y multidimensional, aceptándose clásicamente que los resultados de salud de la población están condicionados en los países occidentales por cuatro grandes factores o determinantes:

- ✓ El primero de ellos es la biología o la herencia. Con referencia a este aspecto, sobre el que no opera la decisión o elección a nivel de políticas colectivas o conductas individuales, un panel de especialistas mundiales concluyó que en las principales causas de muerte la genética es responsable por aproximadamente el 27% de los casos (Asenjo, 1993).
- ✓ El segundo condicionante de nuestra salud es el ambiente en que vivimos. Es obvio que hay lugares más saludables que otros. Aunque en general las áreas más pobres son también las más insalubres e incluso ecológicamente adversas, hay factores del deterioro ambiental que afectan casi tanto la salud de los ricos como la de los pobres. Un ejemplo de ello es el deterioro de la capa de ozono que cubre la atmósfera y está directamente relacionada con la incidencia del melanoma o cáncer de piel. Los factores ambientales representan, en promedio, el 19% de los casos de enfermedad (Dever, 1993).
- ✓ El tercer factor, que está muy relacionado con el anterior, son los estilos de vida que incluyen entre otros, nutrición, tabaquismo, sedentarismo, conductas de riesgo, adicciones, prácticas laborales, etc. Posteriores análisis del tema ampliaron la discusión sobre en qué medida se trata de un problema individual y en qué medida es un problema público, valorando la real posibilidad y responsabilidad de los individuos de modificarlos, en tanto sigan inmersos en las circunstancias existenciales que los llevaron a adoptarlos. Desde un punto de vista epidemiológico se ha cuantificado el peso de los estilos de vida, concluyendo que un 43% de las veces la enfermedad y aun yendo más lejos la muerte reconoce como causa mediata a los hábitos nocivos que signaron a la persona a lo largo de la vida.
- ✓ Por último, está el sistema sanitario, constituido por los hospitales, seguros médicos, consultorios, médicos, laboratorios, medicamentos, etc. El mismo es responsable por el 11% de los casos de enfermedad o muerte, y ello conduce a reflexionar la escasa incidencia que finalmente tienen los recursos formales de los servicios de salud en contraposición al monto de los recursos destinados a tal fin, que en todo Occidente consumen aproximadamente el 90% de los recursos de salud.

Se puede válidamente agregar a nuestra función de producción de salud, componentes menos clásicos, pero técnicamente convalidados:

“La salud de la población se ve influida simultáneamente por factores generales tales como la organización social y política, factores demográficos (edad promedio, distribución por grupo etario), factores genéticos, factores ecológicos (ambiente de trabajo, contaminación ambiental), factores económicos (el nivel general de prosperidad), factores sociales (diferencias entre ingresos ⁽²⁾, cohesión social, relaciones familiares y sociales, estilos de vida, consumo), consideraciones culturales (valores sociales dominantes, niveles de educación e información), etc. (...). Aunque los mismos determinantes se aplican a la salud individual, de hecho, están ligados a la salud no en base a la causalidad estadística sino por probabilidad estadística”. ⁽³⁾

Se entiende ahora, y es importante haberlo mostrado digamos desde el inicio, por qué decíamos que la función de producción de salud es multifactorial y multidimensional, y cuáles el verdadero peso relativo de los servicios de salud o, dicho de otro modo, del mercado de la salud. ⁽⁴⁾

No debemos olvidar que el efecto de un sistema de cuidados de salud que funciona correctamente tiene un efecto relativo y que es necesario en forma paralela trabajar fuertemente sobre los determinantes de la salud de esa población (comportamientos riesgosos individuales, ambiente, estilos de vida, e invertir en investigación).

La mayoría de la población es sana se trata de que el sistema público y/o privado mantenga y cuide la salud, además de repararla cuando la misma se ha perdido. Ni siquiera el mejor sistema puede cuidar la salud de una población que desconoce los riesgos de comportamientos poco saludables. La introducción de incentivos fiscales a las empresas y a los comportamientos individuales riesgosos parece ser el camino elegido por el Sistema Nacional de Salud Inglés y otros países anglosajones.

Desde la perspectiva de la demanda, los consumidores buscan mantener o reparar su salud a través de los servicios médicos, estando entonces dispuestos a adquirirlos a veces directamente, o en la mayoría de los casos demandando seguros médicos que les provean esos servicios a través de un pago previo, buscando de esta manera neutralizar el riesgo financiero además del sanitario que saben que les ocasionará un evento de enfermedad.

Los comentarios vertidos en este trabajo están realizados desde una perspectiva económica de mercado, por lo tanto deberemos hacer una abstracción del sistema de salud que pudiera haber en uno u otro país, ya que en un sistema nacional de salud de tipo universal (Por ejemplo, el Reino Unido), la realidad es que las personas tendrán un acceso libre y gratuito a los servicios o bienes de salud que demanden y que ese sistema provea, en tanto que la situación será muy distinta si estamos en un país que considera que la salud es un bien privado que resulta una obligación privada de sus ciudadanos y que éstos deben pagar por lo que demanden (En este último caso, estaremos viendo al mercado de la salud en acción...).

El Estado en estos casos tiene un comportamiento subsidiario financiando la salud de los sectores que no pueden pagar planes privados (es lo que sucede en Estados Unidos con Medicare y Medicaid). Antes de que fueran organizados los sistemas de salud si una persona se enfermaba, o tenía un accidente, o simplemente iba a tener un hijo, debía acudir al mercado a buscar los servicios y bienes que requería (consultorio médico, farmacia, a internarse de urgencia, a sacarse una ecografía, o a internarse para el parto...) y pagar por ello.

Después de la segunda guerra con el desarrollo de innovaciones tecnológicas en los servicios de salud (cirugías, procedimientos, dispositivos médicos, prótesis, antibióticos, anestesia, etc.) que aumentó la perspectiva de vida pero también los gastos de salud y posteriormente durante los años 70 con el fracaso de los seguros puros que reembolsaban la atención de los pacientes por parte de los prestadores se dieron las condiciones para los cambios en el funcionamiento de los mercados de seguros de salud.

En general, los planes prepagos que lograron desarrollar sus propios servicios pudieron sobrevivir mejor en un ambiente hostil. Tuvieron capacidad de crear un contexto con limitaciones a la prescripción, tales

como una oferta predeterminada de camas hospitalarias, que influiría en las decisiones cotidianas de sus profesionales. También pudieron proporcionar incentivos para estimular a los médicos a identificarse con las necesidades de la organización y participar en la política de control de costos. Formas organizativas comunes definían la identidad de este tipo de empresa: la financiación y provisión de servicios se integraban en una sola estructura; la cuota mensual preestablecida se destinaba a comprar servicios por adelantado a un particular sistema de atención; se garantizaba atención integral; ésta era proporcionada por un grupo de profesionales que trabajaban en contacto, dando contenido sustancial a la expresión práctica de grupo. ⁽⁵⁾

Se puede mencionar especialmente el caso Henry H. Kaiser que organizara en sus empresas de la Costa Oeste el Kaiser Health Plan, que llegaría a ser la más exitosa práctica de grupo entre las que se crean en las décadas de los 30 y 40 (Bodenheimer y Grumbach, 1995). Luego en 1947 se implementará otra experiencia exitosa en Nueva York - el Health Insurance Plan. Legisladores republicanos y demócratas bajaron intensamente para aprobar una ley sancionada en 1973 que adopta una nueva denominación para estos grupos que se estaban difundiendo: Health Maintenance Organizations (HMOs).

El atractivo de una estrategia de mantenimiento de la salud, como se la denominó, residía en que se trataba de un estímulo a la iniciativa privada y no demandaría una nueva burocracia gubernamental y mayor gasto público. ⁽⁶⁾

El caso que nos ocupa es el mercado de planes de salud que son típicamente un servicio privado que provee el mercado y cuya demanda es voluntaria. Para la adquisición de un seguro de salud es necesario mencionar dos cuestiones importantes:

- Salud es un bien superior, que es aquel bien que aumenta el consumo o cantidad demandada cuando se incrementa el ingreso real de las personas.
- La aversión al riesgo de las personas ⁷ que teme perder todo lo obtenido como consecuencia de una enfermedad que lo obliga a gastar gran parte durante las últimas semanas de vida.

En este caso, las personas (consumidores) que resultan ser muy adversas a tolerar semejante riesgo con relación a su salud... decide adquirir un seguro y se asocia a un plan médico prepago, paga su cuota mensual y accede a todos los servicios pactados contractualmente en su cobertura cuando los necesita. En realidad, el seguro, que es un problema eficiente a la respuesta del riesgo, tiene una contrapartida y es el problema del riesgo moral que esta dado por el exceso de consumo que genera tanto si el seguro es público como privado.

Los servicios de salud que son la transacción principal dentro de este mercado tan anómalo se califican como “credence good” (bien de confianza), son servicios cuya utilidad o necesidad le resulta difícil de evaluar incluso a la propia persona que lo recibe. También puede ser considerado como un “bien inmensurable” es por ello que la aparición de los terceros pagadores (aseguradoras) que manejan el riesgo colectivo tiene por objetivo intentar reducir la asimetría informativa entre el paciente (demanda) y el prestador (oferta).

La presencia de seguros o prepagos modifica tanto a la demanda (el precio aparentaría caer a cero para el que consume), como a la oferta prestadora y proveedora ya que a la relación médico-paciente (consumidor), se le suma la presencia del financiador con su propio poder e intereses. Si pensamos aquí que la demanda es principalmente decidida por el médico que trata, decide y prescribe, aparece la conocida frase que caracteriza a este mercado diciendo que “el que decide no consume, el que consume no decide ni paga, y el que paga no decide ni consume”, aludiendo al “tercer pagador” que es según los casos la seguridad social, el prepago o el Estado si se recurre a un servicio público.

Además, las diferentes formas de pago establecidas por los seguros financiadores (por cápita, módulo, prestación, presupuesto, etc.) se convierten en incentivos agregados ya que determinan qué y cómo y cuánto es más rentable o no prestar servicios. Desde la perspectiva de la oferta, la respuesta a la demanda de los consumidores se organiza en distintos submercados, que a su vez mantienen importantes inter-

conexiones entre sí, influenciando y modificando su accionar entre unos y otros por distintos mecanismos.

Didácticamente, podemos identificar los siguientes “submercados”, que la mayoría de los autores llaman directamente “mercados de salud”: ⁽⁸⁾

- Mercado de Recursos Humanos en Salud (educación).
- Mercado de Servicios Ambulatorios.
- Mercado de Servicios de Internación (hospitalización).
- Mercado de Medicamentos.

Algunos problemas comunes a estos mercados que caracterizan en general su accionar complejo e imperfecto son:

1. Tanto sobre la oferta como sobre la demanda la tecnología médica opera como un factor exógeno de alta influencia. El alto ritmo de innovación que caracteriza al sector salud opera a nivel de todos los mercados señalados, disminuyendo su grado de competencia y eficiencia al introducir permanentemente nuevos productos, procesos y formas organizativas de los servicios. La necesidad de obtener rentas diferenciales por la introducción de nuevos productos y servicios origina aumento de precios y costos, a la vez que induce a una mayor demanda para recuperar costos de Investigación & Desarrollo (I&D) y marketing, apareciendo prácticas oligopólicas o monopólicas que aumentan las barreras de entrada y salida al mercado.
2. Tanto los mercados como los actores de estos son dinámicos y cambiantes, asumiendo alternativamente roles de oferta o de demanda, ejerciendo entre ellos múltiples y variadas influencias. Las agrupaciones, alianzas, integraciones verticales y horizontales e incluso las cartelizaciones aparecen con frecuencia. El poder de negociación y lobby de los grandes grupos se reflejan en los precios con más fuerza que los costos competitivos de producción. ■

Referencias:

- 1) González López-Valcárcel, Beatriz, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- 2) Esto es el denominado gradiente socioeconómico: aún con niveles de renta suficientes para todos, considerando la pirámide socioeconómica, quienes están en los niveles más altos se enferman menos y viven más tiempo y en mejores condiciones de salud.
- 3) Haut Comité de la Santé, Rapport général: la santé en France. Paris: La Documentation Française, 1994.
- 4) Ortún Rubio, Vicente en: La Economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones, Cáp. III, pp 71 a 77, EUGE- Ed. La Llar del Llibre, Barcelona, 1990.
- 5) Expansión y declinación del managed care. Argentina y EE. UU. Susana Belmartino (2011).
- 6) Las HMO se convirtieron en importantes ejemplos de managed care en la década de los '70, combinando a menudo los principales elementos de la atención médica: financiamiento, instalaciones, hospitales, y profesionales bajo una única estructura de gestión. Aunque el gobierno no pudo alcanzar su objetivo de llegar a 1700 HMO hacia 1976 con una cobertura de 40 millones de beneficiarios, la expansión de esta forma organizativa continuaría en las décadas siguientes. En los años '80, cuando los empleadores comienzan a preocuparse por la escalada de costos de la atención médica, los aseguradores tradicionales reconocen que el seguro por indemnización está en riesgo y los profesionales comienzan a asociarse con planes de salud, el managed care se expande en forma significativa. En esa década el enrolamiento en HMO aumentó de 10.2 millones a poco menos de 39 millones de beneficiarios en 1991 (Iglehart, 1992).
- 7) ¿Fonasa para Pobres, Isapre para Ricos? Un estudio de los determinantes de la elección entre seguro público y privado. Claudio Sapelli Aristides Torche N° 183 Septiembre 1997.
- 8) Katz JM y Miranda RM, Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación, Revista de la CEPAL 54, Diciembre de 1994.

(*) Profesor Salud Pública UNL. Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB). www.ideblatam.org

GASTO INTELIGENTE EN SALUD Y EL DESAFÍO DEL ALTO PRECIO



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

Se dice que la medida de la inteligencia es la habilidad para cambiar. Por lo tanto, la inteligencia aplicada al cambio no debe resultar solo una cuestión de la mejor retórica o el más florido discurso, sino también un elemento central para lograr modificar la gestión de algo que no funciona. Por ejemplo, en ciertas cuestiones vinculadas a la política de salud. Precisamente, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) acaba de publicar en fecha reciente un informe denominado “Gasto Inteligente en Salud”⁽¹⁾, por medio del cual plantea la necesidad de incorporar estrategias y herramientas para que esta premisa no sea solo una mera aspiración, sino que resulte un componente habitual en la toma de decisiones de la política sanitaria.

Sostiene que muchos países de América Latina podrían obtener mejores indicadores de salud para sus poblaciones con el dinero que hoy gastan, más allá que la presión sobre tal gasto se potencie a medida que incorporan nuevas tecnologías y medicamentos de muy alto precio. Y cuando es necesario ofrecer mejores respuestas al doble cambio demográfico y epidemiológico que resulta en el envejecimiento de la población y su asociación con mayor prevalencia en el tiempo de las enfermedades crónicas. Esto lleva a reconocer en dicho informe que obtener más recursos para la salud -en un contexto de menor crecimiento económico, endeudamiento e inflación crónica- se transforma en un particular desafío.

De allí la oportunidad de aplicar mejor la inteligencia para gastar de forma más eficiente en salud cuando movilizar recursos nuevos y adicionales para la salud es más que un simple desafío. Resulta más oportuno -por ejemplo- reorientar los recursos hacia estrategias e intervenciones que otorguen más valor a cada peso que se gasta, sin dilapidarlo en procesos y tratamientos cualitativamente inefectivos. Por ejemplo, lograr que una mejor costo/efectividad de tal gasto permita ampliar en tres a cinco años más la expectativa de vida con el mismo porcentaje del PBI que se aplica hoy a salud.

Desarrollar una política sanitaria orientada no a recortar fondos en forma arbitraria y poco clara sino a generar un gasto más inteligente es un camino para la eficiencia, sin dejar de lado otros aspectos como son la transparencia, la mejora de los incentivos y la atenuación de los conflictos de interés con su impacto en la judicialización de la salud que distorsiona el sentido final de dicho gasto. Existen muchos mecanismos para alcanzar ese objetivo y optimizar así el costo de oportunidad de la utilización de recursos.

Un ejemplo es adquirir o proveer bienes como insumos, dispositivos médicos y medicamentos destinados a tratamientos de alto costo que efectivamente agreguen mayor valor en términos de calidad de vida, garantizando el uso sistemático de protocolos de tratamiento con garantías explícitas y a costos más bajos. O encontrar maneras de administrar su adquisición a un costo menor. Como también gastar menos en insumos o prestaciones de servicios inadecuados que resulten perjudiciales, inútiles o aporten escaso o ningún valor a los pacientes.

Para esto es fundamental potenciar la evaluación crítica del uso de la tecnología innovadora a fin de establecer procesos de priorización explícita en salud, y aplicarla a la toma de decisiones respecto de la autorización de venta, precio de mercado y uso de dispositivos y medicamentos con poder de monopolio. Analizando al mismo tiempo el mecanismo de financiación de dichas tecnologías a la vez de ciertas conductas oportunistas de sus proveedores en el mercado sanitario. Dando lugar así a un modelo de gestión inteligente del gasto sobre el espacio clínico y la microgestión operativa del sistema, de forma tal que los países del continente puedan lograr una reducción de sus costos asistenciales si introducen mejores procesos de regulación y compra, con una simultánea reorientación de recursos destinada a ampliar coberturas de atención con mejor calidad y más costo/efectivas. De esta forma, un gasto en salud que se estime inteligente tendrá éxito cuando su conceptualización se incorpore en forma regular y sistemática a las decisiones políticas del sistema de salud.

En el mercado sanitario, uno de los instrumentos de regulación inteligente y posible de aplicar para avanzar en ese sentido en el campo de los nuevos medicamentos “innovadores” con patente vigente y posición monopólica -tal como oncológicos y para tratamientos especiales (OYTE)- es la fijación de precios máximos en base a contrastarlos con los de otros países.

Quizás una de las políticas más utilizadas en el contexto internacional, especialmente por su alto impacto en este componente del gasto. Extensible a *Dispositivos Médicos Implantables* de reciente presencia en el mercado, en ambos casos carentes de una adecuada efectividad contrastada. En este marco de política se define primero una canasta de países desde donde se tomarán precios, y posteriormente se efectúa una estimación común para sintetizar los precios observados y generar el precio de referencia como un factor central al momento de establecer la negociación de precios con la industria. El precio de referencia fijará así el máximo posible a ser financiado en el mercado para cada medicamento observado.

Estas políticas de regulación de precios cuentan con validación de la propia *Organización Mundial de la Salud*. Para tal fin los países estructuran distintos modelos regulatorios y -en su mayoría- aplican variadas estrategias en forma simultánea. Sin dejar de lado posibles efectos adversos derivados del comportamiento estratégico de la industria en respuesta a tal política, reconociendo que muchos países generan acuerdos confidenciales con ésta para obtener diferentes niveles de descuentos o reembolso, lo cual disminuye indirectamente el precio del medicamento en el mercado. Una de tales estrategias consiste en establecer -como en su momento lo aplicó Colombia o lo posee Brasil- un *Observatorio de Precios* para el cual se plantea escoger como grupo de países comparadores por ejemplo a los con proximidad geográfica, por la facilidad de obtención de datos y de ajustar el precio por los tipos de cambio entre países.

En el marco de la gestión del gasto inteligente en salud, un *Observatorio de Precios de Referencia Externos* es una herramienta transparente y aceptada a nivel internacional para priorizar explícitamente el destino de una parte del gasto en salud que viene creciendo aceleradamente. Su información suele ser de fácil acceso, y permite ser utilizada de diversas formas. Sea para fijar directamente el precio de los MAP que serán financiados, establecer el precio máximo con que se autoriza el ingreso de un medicamento al mercado o informar respecto de negociación de precios entre los financiadores y la industria. Lo más

común es que se aplique sólo a aquellas moléculas nuevas que poseen patente vigente.

Como ejemplo, en una investigación llevada a cabo personalmente que corresponde al mes de febrero del corriente año -incluyendo trece *Medicamentos de Alto Precio (MAP)* e idéntica composición con posición monopólica- en mercados de tres países elegidos, es posible observar la evidente diferencia de precio de venta al público (PVP) respecto de la Argentina (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación MAP elegidos con posición monopólica en cuatro países de la Región.

Molécula	Nombre de fantasía	Presentación	Argentina Precio de mercado PVP en U\$ febrero 2024	México Precio de mercado PVP en U\$ febrero 2024	Chile Precio de mercado PVP en U\$ febrero 2024	Colombia Precio de mercado PVP en U\$ febrero 2024
cetuximab	Erbix	5 mg vial x 20 ml	\$939.61	\$554.00	\$365.30	\$184.90
crizotinib	Xalkori	250 mg fco.x 60 caps	\$7,123.24	\$5,819.00	\$5,125.00	\$4,897.70
dupilumab	Dupixent	200 mg jga prellen x 2	\$3,428.50	\$2,036.00	\$1,338.00	\$932.00
lapatinib	Tykerb	250 mg cáps.x 140	\$2,943.98	\$2,270.00	\$1,753.00	\$945.00
macitentan	Opsumit	10 mg comp.x 30	\$5,752.40	\$4,892.00	\$2,556.00	\$2,189.00
nilotinib	Tasigna	200 mg cáps.x 120	\$7,283.81	\$3,771.00	\$2,173.00	\$3,354.20
nintedanib	Ofev	150 mg cáps.x 60	\$9,378.05	\$4,535.00	\$1,438.00	\$1,553.80
pembrolizumab	Keytruda	100 mg vial x 1x 4 ml	\$7,518.12	\$5,837.00	\$3,518.70	\$8,675.00
pertuzumab	Perjeta	420 mg/14 ml a.x.1	\$9,673.78	\$5,193.00	\$1,865.00	\$2,465.00
ruxolitinib	Jakavi	20 mg comp.x 60	\$9,273.32	\$5,405.00	\$4,192.00	\$7,384.00
trastuzumab	Herceptin	440 mg/50 ml a.x.1	\$5,516.81	\$2,900.00	\$1,987.00	\$1,530.80
ustekinumab	Stelara	45mg/0.5 ml vial+inj.prel	\$6,609.65	\$5,462.00	\$3,510.50	\$2,583.00
venetoclax	Venclexta	100 mg comp.x 120	\$14,173.22	\$9,142.00	\$8,668.00	\$5,440.00

Fuente: Elaboración propia en base a datos de www.farmalisto.co, www.farmalisto.mx y www.prof.ar.

Como simple dato comparativo, siempre la información cuando despeja el velo de la ignorancia otorga poder de negociación. Si los datos comparativos obtenidos de otros países están debidamente analizados, las fuentes de información son claras y el proceso de demostración exhibe transparencia, termina logrando respaldo entre los *stakeholders*. Y estos, si bien pueden dar por sentada la complejidad de la situación actual de su mercado sanitario, podrán disponer de una herramienta efectiva para mejorar la administración de los procesos de adquisición, búsqueda de ofertas y negociación de precios.

En un marco de políticas de negociación en salud, las estrategias para lograr mejores acuerdos diferirán según el tipo de tecnologías, ya que mercados, productos, proveedores y compradores/financiadores

suelen ser múltiples. El problema de este proceso es que pueden generarse cuestiones tales como la presión de la industria por la incorporación de medicamentos o dispositivos con escaso valor terapéutico demostrado, no contar el regulador con la capacidad suficiente para quitarle financiación a una molécula que agrega escaso valor terapéutico cuando ya se extendió su uso o bien ser complejo recuperar el pago por el sobreprecio aplicado durante el período de ventana que va de su incorporación al mercado sanitario a la validación de efectividad contrasta.

El mismo BID sostiene que un gasto inteligente en salud también implica buscar los mejores precios del mercado, teniendo en cuenta que es posible encontrar medicamentos y servicios de salud de igual eficacia a precios muy diferentes entre países de una misma región. Aquellos que gasten de forma más inteligente podrán conseguir que sus presupuestos en salud lleguen más lejos pagando menos y obteniendo iguales resultados.

En conclusión, el documento del BID sugiere que cada vez son más los Gobiernos que reconocen los beneficios de un gasto en salud inteligente, y buscan evidencias que sirvan de base para lograr la priorización explícita en salud. Una de ellas puede estar en un *Observatorio Internacional de Precios de Medicamentos*. Ya que, sin duda, un gasto inteligente tendrá éxito cuando se lo logre incluir como una metodología regular

y sistemática respecto de la toma de decisiones políticas por parte de los sistemas de salud. ■

Referencia:

1) Banco Interamericano de Desarrollo. "Gasto inteligente en salud. Como hacer que cada peso cueste". Washington. 2023.

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

La mutual

Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar



Praxis | Médica

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

Nuestro Valor

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

Nuestras publicaciones







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

NAVEGANDO EL CAMBIO: HABILIDADES ESENCIALES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD



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

Como consecuencia de la cuarta revolución industrial, el proceso de automatización de los procesos productivos de bienes y servicios y el desarrollo de la inteligencia artificial provocará una sustitución del empleo humano en algunas ocupaciones.

Los empleos que necesiten habilidades de comprensión emocional, creatividad, relaciones interpersonales y artísticas serán menos susceptibles de ser automatizados. Este tipo de empleos, exigen de elevados niveles de calificación y de estudios profesionales. Este nuevo contexto conlleva cambios en las estructuras sociales, económicas y políticas, lo que impone la necesidad de respuestas rápidas y concretas para mitigar el impacto de este en la sociedad.

Los centros de formación ya están analizando los cambios que se suceden en el mercado laboral para sumar propuestas. Todo parece indicar que, si bien muchos trabajos desaparecerán en el futuro, muchos otros aparecerán o se desarrollarán.

Zygmund Bauman (2000) señala que la sociedad contemporánea vive en un mundo “líquido”, donde los cambios se desarrollan más aceleradamente que la capacidad de adaptación por parte del mercado laboral. Actualmente se solicita a los trabajadores una formación integral para el desarrollo de competencias y habilidades para su desempeño en el trabajo.

La constante demanda de actualización, así como una mayor especialización ha promovido dificultades de vinculación entre los centros de formación y el mercado. Los trabajadores afrontan el riesgo de quedar excluidos por avances muy bruscos de la tecnología, cuando éstos no permiten una adaptación de las capacidades existentes, en los tiempos requeridos. O dicho, en otros términos, cuando se produce una transformación tecnológica de gran envergadura, hay trabajadores que no logran reinserirse, siendo marginados del mercado del trabajo.

Según numerosos estudios los que se desarrollarán o permanecerán estarán más vinculados con los servicios; las personas, especialmente los adultos mayores; el medioambiente; la biotecnología; la gestión; el arte; el entretenimiento; el marketing basado en el mayor conocimiento del mercado; el procesamiento de la infinidad de datos que se generan; la información y la robótica.

Hay actividades que, más allá del avance de la tecnología, seguirán siendo esencialmente **humanas**, como la medicina o la educación. También aquello que esté relacionado con la economía del cuidado, desde la medicina, hasta todos los aspectos asociados al cuidado de las personas y de los lugares.

Para Alexandra Manera, directora de Recursos Humanos del Grupo Adecco Argentina & Uruguay, las habilidades requeridas en el futuro no serán muy diferentes a las que ya se están imponiendo. “Hay algunos aspectos que se volvieron protagonistas luego de los tiempos

de cambio que vivimos en los últimos meses, tales como comunicación, resolución de problemas, pensamiento crítico y liderazgo”.

Aspectos que forman parte de las conocidas ‘habilidades blandas’, señala. Insiste en que los líderes encargados de forjar la próxima generación de desarrollo están cada vez más convencidos de que las habilidades blandas son claves para conectar y motivar a los colaboradores. “Por parte de las compañías, ya se encuentran adaptándose al nuevo mundo con nuevas necesidades por satisfacer. Los líderes comprendieron que para tener un trabajo en equipo exitoso y alcanzar objetivos se debe priorizar a las personas, conocerlos y priorizar las necesidades de cada uno con escucha y compañerismo”.

Es por ello por lo que las actividades que requieren de comprensión emocional, la creatividad y del desarrollo de acciones vinculadas a las bellas artes, serán menos susceptibles de ser automatizadas y/o computarizadas. De manera contraria, el modelo predice que los trabajadores que realizan tareas rutinarias y repetitivas se encuentran en riesgo y poseen altas probabilidades de ser automatizados en los próximos años.

Puntualmente en el área de la salud podemos afirmar que estamos atravesando un momento de crecimiento de la demanda en trabajos del cuidado. Esta afirmación se basa en los siguientes puntos:

Envejecimiento de la población: con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población en muchas partes del mundo, se espera un mayor número de personas que necesiten atención médica y servicios de cuidado a largo plazo. Esto aumentará la demanda de profesionales de la salud en diversas áreas, como médicos, enfermeras, terapeutas y trabajadores sociales.

Avances tecnológicos: a medida que la tecnología continúa avanzando, se desarrollan nuevos tratamientos, procedimientos y terapias médicas. Esto requiere personal especializado para operar y mantener equipos médicos avanzados, así como para administrar tratamientos innovadores.

Mayor énfasis en la atención preventiva: con un enfoque creciente en la atención preventiva y el bienestar integral, se necesitarán más profesionales de la salud para educar a las personas sobre la prevención de enfermedades, promover estilos de vida saludables y proporcionar servicios de atención primaria.

Epidemias y pandemias: eventos como la pandemia de Covid-19 han resaltado la importancia crítica de contar con una fuerza laboral de salud pública capacitada para abordar emergencias de salud pública. Esto incluye no solo médicos y enfermeras, sino también epidemiólogos, trabajadores de laboratorio, investigadores y personal de apoyo.

Complejidad de las condiciones de salud: con el aumento de enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares, se requerirá una atención médica más especializada y coordinada para tratar estas condiciones de manera efectiva. Esto puede implicar equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud que trabajen en conjunto para brindar atención integral a los pacientes

¿Cuáles son las habilidades que un algoritmo jamás podrá superar?

La respuesta suena a poesía: conexión emocional, creatividad, curiosidad, intuición y todo aquello que tenga que ver con lo imprevisible. Es por ello por lo que se espera que la economía de los cuidados experimente un crecimiento notorio.

Allí donde haya criaturas o mayores, personas con dificultades, convalecientes o que necesiten algún tipo de cuidado, siempre hará falta alguien que les atienda. Exactamente igual que ayer y que hoy. La pregunta aquí no es si existirá la economía de los cuidados, sino en qué condiciones debe existir.

Análíticamente, se realiza una clasificación de los aspectos que limitan o vuelven menos susceptibles los cambios en el mercado laboral, en pos de la automatización y computarización; se identifican dos grandes grupos:

- A) Aspectos tecnológicos.
- B) Aspectos institucionales.

En ambos casos, existe una relación directa con el desarrollo del mercado laboral y, por ende, con el desarrollo integral de las personas.

Nos interesa especialmente el primer aspecto (Tecnológicos). Debido a la especificidad del comportamiento y movilidad del cuerpo humano, la tecnología no ha logrado sustituir una serie de habilidades y destrezas, entre las que se encuentran:

- La destreza con los dedos (trabajo artesanal): requerida para realizar movimientos precisos coordinando el movimiento de las dos manos para tomar, manipular y ensamblar piezas pequeñas.
- La originalidad consiste en la habilidad de desarrollar innovación sobre una situación o el desarrollo creativo de mecanismos para la solución de problemas.
- La perspectiva social, es decir la habilidad para tomar conciencia de las reacciones de otros e interpretar los motivos.
- La asistencia y el cuidado del otro para proveer asistencia personal, atención médica, apoyo emocional y otros cuidados colaboradores, consumidores o pacientes.
- La negociación como destreza necesaria para la convivencia y solución de conflictos.
- La persuasión, como habilidad destinada a que otro modifique una idea o comportamiento.

Y es en estos dos últimos puntos donde desde el campo de la prevención y gestión de conflictos hacemos foco.

Como venimos compartiendo y es una realidad innegable, las controversias en el ámbito de la salud son un hecho. Los conflictos entre pacientes, profesionales de la salud, instituciones sanitarias y compañías de seguros, obras sociales, familiares, pueden generar un clima de tensión y afectar la calidad de la atención médica.

En este contexto, y también como un modo de **diferenciarse de la competencia** en términos empresariales, la mediación se presenta como una herramienta poderosa para la resolución pacífica y efectiva de estos conflictos.

Si bien la automatización amenaza con reemplazar tareas repetitivas y rutinarias, las habilidades blandas, como la creatividad, la comprensión emocional y la capacidad de construir relaciones, se convierten en la principal ventaja humana. Estas habilidades son esenciales para la resolución de problemas complejos, la gestión de equipos y la adaptación a entornos cambiantes.

Las relaciones sólidas entre compañeros de trabajo y líderes son fundamentales para el éxito de cualquier organización. Estas relaciones permiten una mejor comunicación, colaboración y resolución de conflictos. La empatía, la escucha activa y la capacidad de negociar son habilidades clave para construir y mantener relaciones positivas en el trabajo.

En el contexto de la creciente demanda de atención médica y servicios de cuidado de la salud, el conocimiento en mediación y negociación se vuelve **invaluable** entonces por varias razones:

✓ **Gestión de conflictos interpersonales:** en entornos de atención médica, donde la colaboración entre diferentes profesionales es esencial, pueden surgir conflictos interpersonales. Tener habilidades de mediación y negociación permite abordar estos conflictos de manera efectiva y constructiva, lo que promueve un ambiente laboral más armonioso y facilita la colaboración entre colegas.

✓ **Comunicación con los pacientes:** los trabajadores de la salud deben ser capaces de comunicarse de manera efectiva con los pacientes y sus familias, especialmente en situaciones difíciles o emocionalmente cargadas. La mediación y la negociación pueden ayudar a los profesionales de la salud a manejar conversaciones difíciles, resolver discrepancias en la toma de decisiones médicas y llegar a acuerdos que satisfagan las necesidades y preocupaciones de todas las partes involucradas.

✓ **Resolución de conflictos éticos:** en el campo de la medicina, surgen conflictos éticos con regularidad, ya sea en relación con decisiones de tratamiento, distribución de recursos limitados o conflictos de valores entre pacientes y proveedores de atención médica. La capacidad de mediar y negociar de manera ética es fundamental para abordar estos dilemas de manera justa y equitativa.

✓ **Negociación de contratos y acuerdos:** los profesionales de la salud también pueden estar involucrados en la negociación de contratos laborales, acuerdos con proveedores de servicios médicos o acuerdos de colaboración con otras instituciones de salud. La habilidad para negociar de manera efectiva puede garantizar que se alcancen acuerdos beneficiosos para todas las partes y se eviten malentendidos o conflictos futuros.

✓ **Resolución de disputas legales:** en ocasiones, pueden surgir disputas legales en el ámbito de la atención médica, ya sea entre proveedores de servicios médicos, con aseguradoras o con pacientes y sus familias. La mediación y la negociación pueden ser herramientas útiles para resolver estas disputas de manera eficiente y evitar costosos litigios que podrían afectar negativamente a todas las partes involucradas.

En conclusión, en un contexto donde la demanda de trabajos en el cuidado de la salud está en constante crecimiento, la necesidad de profesionales capacitados en mediación y resolución de conflictos se vuelve cada vez más imperativa.

Aquellos trabajadores de la salud que puedan demostrar habilidades sólidas en estas áreas no solo serán valorados por su capacidad para promover un ambiente de trabajo colaborativo y armonioso, sino que también serán reconocidos por su capacidad para garantizar una atención médica de calidad centrada en el paciente.

Esta diferenciación en habilidades blandas no solo fortalece la posición de los profesionales en un mercado laboral competitivo, sino que también contribuye significativamente al éxito y la reputación de las instituciones de salud en un mundo cada vez más exigente y cambiante. ■

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

*Que todos necesiten lo mejor, no significa que todos necesiten lo mismo.
Salvo por el hecho de que necesitan lo mejor.*

La Obra Social Empresarial, que desde 1973 brinda seguridad en cobertura médica a cientos de empresas en toda la República Argentina.

Porque seguridad es tranquilidad.



LA CONSTRUCCIÓN DE UN PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD COMO ALTERNATIVA AL ACTUAL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO: LA EXPERIENCIA DE PROYECTO P.A.I.S.S. (PLAN ARGENTINO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD)



Por el Dr. David Aruachan (*)

Sobran los artículos y las exposiciones en las que se repite hasta el cansancio que el Programa Médico Obligatorio está agotado en su modelo actual y que resulta una variable distorsiva tanto para la cobertura como para el financiamiento de la seguridad social nacional y las empresas de medicina prepaga.

En plena pandemia de Covid-19, con un reducido equipo de profesionales, nos planteamos la necesidad de ejecutar la tan promocionada reforma del PMO y entendimos que el costo de oportunidad de una realidad como la que estábamos viviendo, con la salud en la centralidad de la agenda política por primera vez desde que teníamos memoria, era el momento indicado entendiendo que el camino iba a ser complejo ya que las prioridades de esa agenda eran otras.

Empezamos a discutir cual sería el mejor modelo que aporte al sistema en su conjunto previsibilidad de cobertura y financiamiento generando reglas claras de acceso y que progresivamente se cierren las brechas de cobertura existentes. Nuestra conclusión fue que el desarrollo de un **Plan de Beneficios en Salud (PBS)** explícitos para toda la población independientemente de su cobertura y financiamiento era nuestro escenario de máxima.

Los planes de beneficio en salud (PBS) son una herramienta fundamental de la política pública en salud en tanto permiten focalizar los recursos disponibles para alcanzar las metas de los sistemas de salud. Mediante las herramientas de priorización, costeo, y evaluación de impacto, los planes de beneficios permiten trazar el mapa de ruta para expandir en el tiempo la cobertura en salud y evaluar si los objetivos sanitarios se están cumpliendo. Conforman un grupo de herramientas que permiten mejorar la eficiencia asignativa del gasto en salud, aumentar la equidad en salud, dar mayor legitimidad social en caso de necesidad de racionamiento en salud y mejoran la gestión y calidad en la prestación de servicios.

Plan de Beneficios de Salud para la Argentina

¿Por qué es importante este plan?

Un plan de beneficios con **cobertura explícita de salud** en Argentina es importante porque:

-  Promueve la **igualdad en el acceso** a la atención médica
-  Protege **financieramente** a las personas de los gastos sanitarios
-  Fomenta la prevención de enfermedades y mejora la **calidad y la transparencia** en el sistema de salud
-  Contribuye a la **planificación y sostenibilidad** del sistema de salud argentino

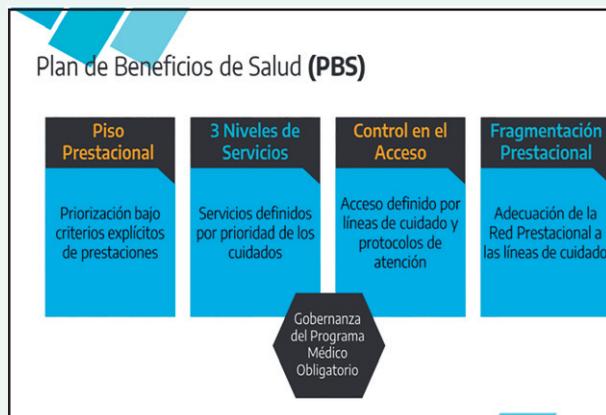
Para que un PBS brinde todos los beneficios arriba señalados, responda a las necesidades en salud de la población, y se corresponda con la realidad fiscal y de oferta en salud del país, es necesario un correcto diagnóstico de la situación inicial (línea de base), una correcta definición de los objetivos, alineados con la política de salud del país, y utilizar las herramientas disponibles para avanzar paulatinamente en el diseño, evaluación e implementación del plan elaborado. Lo anterior implica promover espacios deliberativos, y realizar los cambios institucionales y de financiamiento necesarios.

Con miras a establecer entonces una política de PBS coherente, sostenible y legítima, Glassman, Giedion y Smith (Ed) (2017) resaltan diez elementos clave a considerar en el proceso de construcción de un PBS:

- (i) Definir los objetivos en salud que se quieren alcanzar, así como los criterios que guiarán el proceso de priorización de las intervenciones en salud.
- (ii) Operacionalizar los criterios de decisión (i.e. especificar indicadores cuantificables para cada criterio) y definir el método analítico para evaluar los servicios y tecnologías en salud a considerar.
- (iii) Precisar la manera en que se van a organizar o estructurar los servicios y tecnologías en salud para definir inclusiones o exclusiones prioritarias. En otras palabras, especificar la estructura, el lenguaje y el nivel de granularidad de los beneficios en salud a considerar. Este proceso incluye también identificar las áreas de análisis (p.ej. especialidades en salud) a priorizar en el inicio del proceso de evaluación de las prestaciones en salud (p.ej. salud materna y neonatal).
- (iv) Recolectar de manera sistemática información ya disponible en las instituciones y buscar nueva evidencia que permita la evaluación de las prestaciones en salud, de acuerdo con los criterios y el método analítico definido.
- (v) Realizar la evaluación de las prestaciones en salud a partir del método analítico definido, costear el conjunto de beneficios resultante y llevar a cabo un análisis de impacto fiscal. Esto último, con el fin de identificar el impacto presupuestal que tendrá el PBS dados los recursos de los que dispone el país para la salud.
- (vi) Deliberar respecto a los resultados del proceso de evaluación de las prestaciones en salud, por medio de un mecanismo establecido que permita el proceso de deliberación y discusión entre los distintos actores de interés.
- (vii) Formular recomendaciones a los tomadores de decisión frente a la cobertura prestacional del PBS y tomar decisiones finales al respecto.
- (viii) Traducir las decisiones de cobertura en asignación de recursos para garantizar la entrega de los servicios y tecnologías en salud priorizadas.
- (ix) Realizar las adecuaciones necesarias para que los servicios en salud priorizados sean entregados por los prestadores del sistema; monitorear que los ciudadanos sí estén teniendo acceso a dichos beneficios en la práctica; y verificar que el conjunto de prestaciones esté en línea con sus objetivos iniciales y que sea sostenible desde el punto de vista financiero, operativo e institucional.
- (x) Evaluar el impacto del plan de beneficios, identificar las oportunidades de mejora y realizar actualizaciones periódicas.

Nuestro enfoque tomó en consideración una línea de trabajo disruptiva que nos obligó a salir de la zona de confort y mirar la película y no solamente la foto y decidimos avanzar en la conforma-

ción de un equipo técnico coordinado inicialmente desde la Superintendencia de Servicios de Salud. Iniciamos en paralelo las gestiones para, por intermedio del Ministerio de Salud de la Nación, poder conseguir financiamiento del BID para incorporar especialistas locales y la mirada objetiva de consultores internacionales con amplia experiencia en el armado y desarrollo de Canastas Básicas de Servicios que formaban parte de la Red Critería del propio Banco Interamericano de Desarrollo.



Partimos de la base del análisis integral del actual PMO y nos propusimos organizarlo de modo tal que pueda ser evaluado y que sirva como instrumento de política pública para focalizar los recursos disponibles en función de las necesidades de la población y las metas de política sanitaria. Lo anterior, desde una lógica concéntrica (i.e. partiendo del primer nivel de atención hacia niveles superiores) y procurando una definición homogénea de las canastas de prestaciones de servicios de salud, que tenga en cuenta la continuidad de la atención por líneas de cuidado.

Asimismo, definimos trabajar priorizando de manera explícita las prestaciones contenidas en el PMO luego de su reorganización por líneas de cuidado, identificando un núcleo central de prestaciones de primera prioridad, para luego avanzar en el conjunto de primera necesidad y así subsiguientemente hasta alcanzar el conjunto de cobertura universal y evaluando la brecha de cobertura de las prestaciones priorizadas al interior del PMO y sus posibles causas, así como las necesidades de recursos (humanos, infraestructura, tecnológicos, de información y financieros) para poder cerrarla.

El trabajo encarado también incluyó la estimación del costo del PMO para cada una de las prestaciones priorizadas, teniendo en cuenta la brecha de cobertura en salud, la evaluación del impacto fiscal de avanzar en la cobertura efectiva de las intervenciones priorizadas, el diseño e implementación de las herramientas de gestión y financieras para aumentar la cobertura efectiva del PMO en aquellas prestaciones que resulten prioritarias y para monitorear y rendir cuentas frente al avance de cierre de las brechas y el establecimiento de métodos y procesos de actualización periódica al PMO, incluyendo la incorporación de nuevas tecnologías en salud, el ajuste al costeo de las prestaciones en salud que hacen parte del Plan y su impacto financiero.

“Mediante las herramientas de priorización, costeo, y evaluación de impacto, los planes de beneficios permiten trazar el mapa de ruta para expandir en el tiempo la cobertura en salud y evaluar si los objetivos sanitarios se están cumpliendo.”

La estrategia de abordaje de diseño del Plan de beneficios se estructuró en tres componentes:

Componente 1: diseño de un conjunto de servicios priorizado organizado por líneas de cuidado (LdC) que sirva como instrumento de política pública para focalizar los recursos disponibles en función de las necesidades de la población y las metas de política sanitaria, dentro de las restricciones existentes y a la luz de las brechas de cobertura observadas.

Componente 2: costeo del conjunto de servicios priorizado, determinando las brechas actuales de cobertura de los servicios priorizados, y cuantificando su impacto fiscal a la luz de diferentes escenarios de trayectoria de ampliación gradual de la cobertura prestacional y poblacional.

Componente 3: diseño institucional del conjunto de servicios priorizado que incluye la elaboración de una propuesta de: a) procesos de actualización periódica y sistemática en términos de su contenido y costo; b) herramientas de gestión requeridas para facilitar la entrega efectiva de los servicios priorizados; y c) estrategia de financiamiento.

Se acordó llevar a cabo el diseño y elaboración del PAISS en 7 etapas (Ver figura). Las etapas 1 a 3 se finalizaron a febrero de 2022. Las etapas 4 a 7 fueron concluidas en setiembre de 2023. Las 7 etapas descritas siguieron la lógica requerida para un diseño exitoso de un PBS y se basan en las recomendaciones de la literatura. (Giedion, Bitrán, Tristao editores, 2014) (Glassman A, 2012), (Glassman A. G., 2016), (Glassman A. Giedion y Smith., 2017) y la experiencia previa de la Red CRITERIA en la región.



El trabajo llevado adelante durante más de tres años y el resultado de este han significado una experiencia muy enriquecedora no solamente desde el punto de vista técnico sino desde la lógica de la construcción de consensos con actores y organismos con intereses coyunturales diferentes, pero con un objetivo final común. Todo este proceso deliberativo incluyó la participación de casi todos los actores del sistema de salud lo que le da una legitimidad nunca alcanzada. Queda por delante el desafío de desarrollar la hoja de ruta de implementación de todo lo desarrollado siempre y cuando la decisión política exista considerando que para poder avanzar se necesita de un férreo compromiso de esos decisores políticos y sus equipos técnicos como así también un claro espacio de exposición y explicación hacia todos los actores del sistema y de la sociedad. Requiere también la clara convicción del Poder Legislativo de acompañar con la sanción de las normas que se requieran para darle la sustentabilidad que una política de estado como esta requiere. Asimismo, la discusión y reingeniería del financiamiento de cara a la Seguridad Social y otros actores vuelve indispensable construir nuevos espacios de diálogo y consensos tendientes a fortalecer la legitimidad de base de todo lo desarrollado. ■

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

SALUD Y MERCADO II

RECALCULANDO... RECALCULANDO LOS DATOS



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

Se han introducido cambios significativos en el sistema de salud a través de un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) y que desregula el mercado. **En principio, se hablaría del concepto de los seguros y el estudio de actuarios sobre los datos del sistema.**

El Programa Médico Obligatorio (PMO) es el conjunto de prestaciones mínimas que todas las obras sociales y empresas de medicina prepaga deben brindar a sus afiliados en la Argentina. El equipo de la Fundación Sanatorio Güemes (marzo 2024) - habría propuesto un sistema de cálculo sobre los datos en línea por parte de los actuarios.

Así habría planificado un nuevo enfoque para calcular el valor del PMO, basado en un modelo dinámico y prospectivo que se adapta al perfil epidemiológico de la población cubierta. Este método -según los autores- permitiría obtener un valor de cápita más representativo, considerando variables específicas que afectan el riesgo y el costo de las prestaciones de salud.

La herramienta digital estaría diseñada para este cálculo, pensada para ser utilizada en línea y representa a distintos tipos de pagadores, permitiendo consultas actuales y prospectivas para disminuir la incertidumbre. La regionalización y la evaluación individualizada por cada financiador son aspectos clave de este nuevo enfoque.

Por otra parte, la metodología utilizada y ampliamente comprobada para el cálculo del gasto necesario para garantizar la cobertura en el (PMO) según IPEGSA y Col -2024, con corte en julio de 2023 se basa en considerar los parámetros de tasas o indicadores de uso y los precios de mercado de las prestaciones incluidas en el mismo. Se toman en cuenta diferentes elementos, como el promedio de días de internación, tasas de estudios ambulatorios, consultas médicas generales y especializadas, consultas no médicas (psicológicas, odontológicas, de rehabilitación, entre otras).

Además, se utiliza un índice de elaboración propia que considera en diferentes proporciones varios indicadores, como el aumento de medicamentos, insumos médicos, salarios por paritarias e insumos y gastos generales. Este índice ha experimentado un aumento del 67,35%.

Es importante destacar que el cálculo del gasto necesario se realizaría exclusivamente sobre las prestaciones listadas en el PMO, sin incluir otros elementos como costos de administración, gastos bancarios, financieros o impositivos. Se considera a la población activa aquella con rangos etarios entre 0 y 65 años, tanto para hombres como para mujeres.

“Denme datos” como decía Tomás Bulat, citas que reflejan su enfoque crítico, pero también su intento de agregar humor y sencillez a sus análisis económicos. Datos, valga la redundancia, sobre los hechos siempre que cumplan el proceso de calidad.

El ciclo de Donabedian es un modelo conceptual - diseño, monitoreo, y rediseño (1997) - desarrollado en el estudio de la calidad en la atención de salud. Este modelo se basa en tres componentes fundamentales para evaluar la calidad de los servicios de salud: estructura, proceso y resultados. Recordemos que Peter Drucker, establece que toda organización actúa de acuerdo con una teoría de los negocios cercanos al mercado.

El actuario se especializa en la gestión integral y específica de riesgos operacionales, crediticios o de mercado, y participa en el desarrollo de estrategias integradas de comercialización, generando modelos de proyecciones patrimoniales y de resultados de las organizaciones.

En cuanto al tema en las Cajas de Seguro y Previsión, tendrían más proyección y efecto sobre el concepto del Seguro, que en el de Previsión en cuanto a las enfermedades. Y no se tendrían en cuenta las condiciones del ingreso.

¿Me pregunto es la salud apelativa de una evaluación actuarial? Consideremos que siempre y cuando se interprete como Seguro, “el seguro de salud es un contrato entre una persona y una compañía de seguros, donde la compañía se compromete a cubrir los gastos médicos necesarios bajo los términos acordados, a cambio de un pago mensual. Allí está el nudo es decir en los términos acordados”.

Surgen metodologías como los GRD, la Optimización de Efectores, la propuesta planteada en el libro “Cambio de Rumbo” (Del Prete y Glanc -FAMSA-junio 2022) y tantas otras.

En este ámbito de un nuevo modelo de integración donde primen la administración, la calidad de la atención, los indicadores y la informática con comunicaciones ágiles y como herramienta.

Para concluir, agrego estas **dos frases**:

1) Las obras sociales combinan las características de las mutualidades de grupos laborales con las instituciones del seguro social, y se orientan a remediar los efectos manifiestamente negativos de una estructura económica que presenta caracteres de distribución inequitativa de los bienes y los ingresos (INOS, 1974) y una frase cuasi premonitrice dentro de la realidad.

2) El proceso de redefinición de la seguridad social se enmarca en el escenario de aumento de desempleo, la precarización y la creciente informalidad del mercado de trabajo. Por tanto, la cantidad de población protegida por la cobertura de seguros que se garantizan a través de la integración laboral disminuyeron sensiblemente y, de manera concomitante (efecto de las altas tasas de desocupación y del aumento de la inserción laboral precaria, inestable o en ‘negro’), **aumentó la población dependiente, para su sobrevivencia, de las políticas de asistencia social instrumentadas.**

Aún no se si esto es continuo o continúa. Y sigue en concepto del dato y no opinión. **Amerita ir recalculando... ■**

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

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

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



ASOCIACIÓN DE
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad



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

Nº de inscripción en SSN
0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

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



Tu tranquilidad es nuestro propósito

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

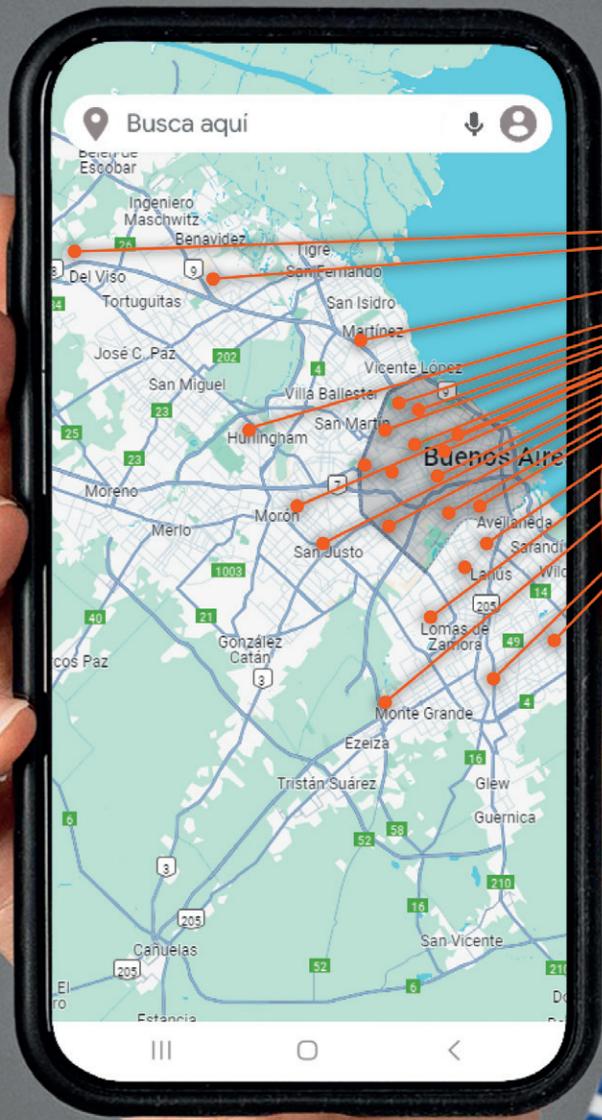


SCIENZA

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.