

Revista

IIDOS

Publicación
del Instituto de
Investigación
de Obras Sociales

Año 1- número 1, Septiembre 2023



NUEVO MODELO DE GESTIÓN

Abordaje de campo: hacia un cambio de paradigma en la seguridad social

Enfermedades catastróficas: un desafío económico en el Sistema de Salud

Hacia un derecho a la salud equitativo: un análisis detallado desde la perspectiva judicial

El impacto del monotributo en salud

Entrevista a María Cristina Cortesi: "La mayoría de los países tienen una ley de salud y nosotros tenemos una ley para cada enfermedad"

EN ESTA EDICIÓN

INTRODUCCIÓN

Nuevo modelo de gestión en la seguridad social: el abordaje de campo 4

NUEVO MODELO DE GESTIÓN

Abordaje de campo: hacia un cambio de paradigma en la seguridad social 6

ANÁLISIS Y OPINIÓN

Sobre el concepto de campo, por Enrique Del Percio 10

GASTO CATASTRÓFICO

Enfermedades catastróficas: un desafío económico en el Sistema de Salud 12

ANÁLISIS Y OPINIÓN

Sobre el gasto catastrófico, por Gabriel Barbagallo 18

JUDICIALIZACIÓN

Hacia un derecho a la salud equitativo: un análisis detallado desde la perspectiva judicial 19

ANÁLISIS Y OPINIÓN

Sobre judicialización, por Oscar Cochlar 23

MONOTRIBUTO

El impacto del monotributo en salud 24

ANÁLISIS Y OPINIÓN

Sobre el monotributo, por Nicolás Striglio 31

INDICADORES

Satisfacción con la calidad de los servicios de salud y a diversidad de especialidades médicas 33

ENTREVISTA

Dra. María Cristina Cortesi: "La mayoría de los países tienen una ley de salud y nosotros tenemos una ley para cada enfermedad" 34

NOVEDADES Y ACTIVIDADES

Noticias, investigaciones, convenios y toda la información del IIDOS 38

Año 1 - número 1 - Septiembre 2023

Revista

IIDOS

Es una publicación del Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM

Director de la Revista
Dr. Daniel Roggero

Producción Editorial y Diseño:
Poiesis Global / Daniel Boccardo



Directorio del Instituto de Investigación de Obras Sociales

Presidente:	Dr. Franco Agustín Caviglia
Vicepresidente:	Dr. Facundo Martín Rodríguez
Secretaría Académica:	Lic. Yanina Zanarini
Secretario Administrativo:	Dr. Gerardo García González
Departamento de Análisis de Datos:	Lic. Herman Moldovan
Departamento de Asuntos Legales:	Dr. Facundo Rodríguez
Departamento de Ciencias de la Salud:	Dr. Juan Pablo Nuñez
Departamento de Ciencias Sociales:	Dr. Daniel Roggero

Es para nosotros muy significativo presentarles el primer número de la *Revista IIDOS*. Este proyecto editorial, auspiciado por el Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM, nace con el firme propósito de ofrecer un espacio de análisis, reflexión y difusión de conocimiento en el ámbito de la salud y la seguridad social en la Argentina desde el abordaje de campo.

Proponemos este enfoque como un cambio epistemológico esencial que se refleja en la interdisciplinariedad como una herramienta hermenéutica, así como un cambio metodológico fundamental que se manifiesta en la intersectorialidad como una herramienta heurística.

En este primer número, hemos reunido una selección de artículos que abordan cuestiones fundamentales que afectan a nuestra sociedad y que merecen una atención especial. Cada uno de ellos representa un esfuerzo de investigación y análisis profundo que contribuirá al debate y la toma de decisiones en el campo de la salud y la seguridad social.

El artículo “Abordaje de Campo” nos introduce en las complejidades de la implementación de políticas de salud pública, resaltando la importancia de un enfoque interdisciplinario y la colaboración entre los diferentes actores del sistema.

El “Gasto Catastrófico” es un tema que nos preocupa a todos. Este artículo analiza los factores que llevan a las familias a enfrentar gastos médicos inesperados y cómo podemos mitigar este impacto en la economía de los hogares.

La “Judicialización” en el ámbito de la salud es un tema que requiere una atención urgente. Este artículo examina las implicaciones legales y económicas de esta tendencia y propone posibles soluciones para un sistema de salud más eficiente.

El “Monotributo” es un tema que afecta directamente a muchos de nuestros lectores. En este artículo, se analiza el rol de los trabajadores autónomos y cómo el sistema de monotributo puede adaptarse mejor a sus necesidades.

En la sección de entrevistas, tenemos el honor de contar con la participación de María Cristina Cortesi, una destacada experta en temas de salud y seguridad social. Su experiencia y conocimiento enriquecen este número inaugural de la revista.

Además de los artículos y la entrevista, nuestra revista también incluye una sección de novedades y actividades, donde compartimos las últimas noticias y eventos relacionados con el Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM.

Asimismo, presentamos indicadores que ayudarán a nuestros lectores a comprender mejor la situación actual y las tendencias en el ámbito de la salud y la seguridad social.

En IIDOS, creemos en la importancia de la investigación y el conocimiento como herramientas fundamentales para la mejora continua de nuestro sistema de salud y seguridad social. Esperamos que esta revista sea un espacio de aprendizaje y reflexión para todos nuestros lectores, y los invitamos a participar activamente en el debate y la construcción de soluciones.

Agradecemos a todos los autores, colaboradores y al equipo editorial que hicieron posible este primer número de la *Revista IIDOS*. Esperamos que disfruten de su lectura y esperamos que esta revista contribuya a enriquecer el diálogo en torno a los desafíos que enfrentamos como sociedad aplicando el abordaje de campo como una herramienta idónea a esos fines.

Nuevo modelo de gestión en la seguridad social: el abordaje de campo

El Instituto de Investigación de Obras Sociales (IIDOS) de OSDEPYM desarrolló un trabajo de investigación tendiente a generar un nuevo modelo de gestión en la seguridad social: el abordaje de campo aplicado a la sustentabilidad, equidad y solidaridad en la salud. El trabajo, que se presenta en estas páginas, resultó ganador del premio al fortalecimiento de la seguridad social en salud “Eugenio Zanarini”, y es una propuesta innovadora que responde a los desafíos del sector

La labor llevada a cabo por el IIDOS, tiene como objetivo principal la descripción, explicación y formulación de propuestas respaldadas por evidencia empírica. Estas propuestas se centran en un novedoso modelo de gestión en el ámbito de la seguridad social, enfocado en la sustentabilidad, la equidad y la solidaridad en la salud.

En 2022, la Universidad ISALUD convocó al “Premio al Fortalecimiento de la Seguridad Social en Salud Eugenio Zanarini” en Argentina. Esta iniciativa tenía tres objetivos clave: abordar desafíos en la seguridad social en salud, fomentar soluciones innovadoras y promover el desarrollo de capacidades en este campo. Después de una rigurosa evaluación, el Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM (IIDOS) ganó el primer premio con su proyecto “Tres estudios para un nuevo modelo de gestión en la seguridad social: el abordaje de campo aplicado a la sustentabilidad, equidad y solidaridad en la salud”.

Este equipo multidisciplinario, liderado por el Dr. Franco Caviglia, propuso un cambio de paradigma mediante un enfoque original de abordaje de campo. Su investigación se centró en tres estudios: los altos costos de los servicios de salud, el efecto del monotributo en el financiamiento de las obras sociales y la judicialización del derecho a la salud. El equipo se integró además con el Dr. Facundo Rodríguez que contribuyó con su amplia experiencia y trayectoria profesional en el sistema de salud; la Lic. Yanina Zanarini quien se encargó de la redacción final; el Lic. Herman Moldovan desarrolló todo el aspecto relacionado con las métricas y cálculos numéricos; finalmente, el Dr. Daniel Roggero tuvo a su cargo el enfoque metodológico y epistemológico.

Este enfoque interdisciplinario permitió comprender las in-

teracciones dentro del campo de la salud y generar propuestas concretas. La metodología utilizada se basó en un enfoque sistémico comparativo con técnicas cualicuantitativas respaldadas por datos empíricos.

La factibilidad técnica y política se demostró en la “Primera Jornada Interdisciplinaria sobre la Sustentabilidad de las Obras Sociales”, donde participaron diversos actores clave en la salud de Argentina.

El trabajo de IIDOS propone un nuevo modelo de gestión en la seguridad social que involucra a todos los actores y disciplinas en el ámbito de la salud, promoviendo la sustentabilidad, equidad y solidaridad.

Para abordar este desafío, presentamos tres estudios que se basan en un enfoque innovador y disruptivo que denominamos “abordaje de campo” en el ámbito de la salud.

El abordaje de campo: una herramienta hermenéutica y heurística

Se propone el “abordaje de campo” como un cambio epistemológico esencial que se refleja en la interdisciplinariedad como una herramienta hermenéutica, así como un cambio metodológico fundamental que se manifiesta en la intersectorialidad como una herramienta heurística.

Metodología sistémico comparativa e interdisciplinaria aplicando técnicas cualicuantitativas

La metodología aplicada es un enfoque interdisciplinario en el campo de la salud con un enfoque sistémico comparativo, complementado por técnicas cualicuantitativas. Estas técnicas



Alfredo Gamietea, gerente general de OSDEPYM, y Facundo Rodríguez, vicepresidente de IIDOS, junto a Carlos Garavelli, presidente de la Fundación ISALUD, encargado de entregar el premio "Eugenio Zanarini"

están respaldadas por una sólida base empírica, que también se incluye como anexos en este trabajo de investigación.

Más que considerar las metodologías cuantitativas y cualitativas como opuestas, se presentan como perspectivas complementarias dentro de una metodología híbrida que combina ambos enfoques de investigación.

Desarrollo de métricas e instrumentos

El principal objetivo es desarrollar métricas e instrumentos idóneos que nos permitan monitorear las operaciones realizadas en cada uno de los tres estudios.

Interdisciplina en el campo de la salud

La interdisciplina aplicada en cada uno de los tres estudios implica una interrelación sistémica convergente y emergente en cuatro aspectos componentes inescindibles del campo de la salud: la dimensión médico-sanitaria, económico-financiera, jurídico-normativa y estadístico-descriptiva.

Justificación de la investigación

Este trabajo de investigación se justifica al reconocer que abordar la problemática desde la tradicional noción de "sistema de salud", con sus tres subsistemas (público, de seguridad social y privado), limita nuestro enfoque epistemológico y metodológico. En cambio, se propone una aproximación a través de la nueva noción de "campo de la salud", con la finalidad de encontrar soluciones concretas y aplicables para fortalecer la seguridad social en salud.

Es importante destacar que el término "campo" abarca tanto al "sistema" como a sus "subsistemas" de salud, sin negar ni descalificar ninguno de ellos, sino integrándolos epistemológicamente y asimilándolos metodológicamente.

Relevancia de la propuesta y de la metodología

Nuestra propuesta busca mejorar el proceso global de gestión

en salud, incluyendo la producción, distribución y prestación de servicios. Además, permite medir el impacto longitudinal en la seguridad social para su fortalecimiento.

Pertinencia

Se considera que este trabajo de investigación responde a los estándares de pertinencia al abordar el problema del modelo actual de gestión en la seguridad social, identificando sus desafíos y oportunidades.

Factibilidad técnica y política

La factibilidad técnica y política de la propuesta es un desafío importante. Se observa que es alcanzable, como se evidenció en la "Primera Jornada Interdisciplinaria sobre la Sustentabilidad de las Obras Sociales" organizada en noviembre de 2022. Esta jornada contó con la participación de diversos actores, desde jueces federales hasta representantes de distintos sectores de la salud.

Idoneidad del equipo investigador

Finalmente, el equipo del "Instituto de Investigación de las Obras Sociales" de OSDEPYM cuenta con la idoneidad necesaria para llevar a cabo este trabajo, dado su enfoque interdisciplinario e intersectorial, respaldado por una amplia trayectoria en sus respectivas áreas de competencia.

Hacia un nuevo modelo de gestión

En este primer número de la Revista de IIDOS se presenta este trabajo de investigación aplicando el enfoque de "abordaje de campo de la salud" en tres estudios: sustentabilidad, equidad y solidaridad. Estos estudios explorarán temas como los altos costos, el impacto del monotributo y la judicialización de la salud. En resumen, se pretende desarrollar un nuevo modelo de gestión en la seguridad social que integre a todos los actores y disciplinas involucrados en el campo de la salud.

Abordaje de campo: hacia un cambio de paradigma en la seguridad social

La complejidad inherente a la seguridad social y las obras sociales en el ámbito de la salud exige una revisión crítica de las metodologías tradicionales. En este contexto, se presenta el “abordaje de campo” como una perspectiva novedosa y avanzada que fusiona la interdisciplinariedad y la intersectorialidad para analizar y resolver de manera más efectiva esta problemática de gran envergadura

En un mundo marcado por la constante evolución y la interconexión de sistemas complejos, la tarea de garantizar la seguridad social y el acceso a la salud se presenta como un desafío de proporciones considerables. En este escenario de incertidumbre y creciente interdependencia, se hace patente la necesidad de explorar enfoques novedosos y sofisticados para abordar problemáticas de tal magnitud. En respuesta a este llamado, surge la propuesta del “abordaje de campo”, una perspectiva que trasciende las metodologías convencionales y se erige como un paradigma integral y avanzado para el análisis y resolución de la compleja relación entre seguridad social, obras sociales y salud.

El vacío de un marco teórico sólido

Una de las barreras primordiales al examinar la sustentabilidad de la seguridad social y las obras sociales radica en la ausencia de un marco teórico sólido que pueda traducir la compleja realidad en conceptos manejables. Esta carencia obstaculiza una comprensión global y dificulta la creación de soluciones eficaces.

El concepto de marco teórico implica más que una mera estructura conceptual; es el cimiento sobre el cual se erigen las investigaciones y análisis profundos. Esta carencia teórica también genera una disparidad en el lenguaje y la comprensión entre los diversos actores involucrados en la

seguridad social. La falta de términos y categorías compartidos dificulta la comunicación efectiva entre profesionales de diferentes disciplinas y actores de diferentes sectores. La necesidad de este marco teórico se manifiesta con mayor claridad al considerar las implicaciones para la creación de soluciones efectivas.

La propuesta del “Abordaje de Campo”

Ante la limitación antepuesta, emerge el “abordaje de campo” como una alternativa enriquecedora que integra la herramienta hermenéutica y la heurística. Esta perspectiva no sólo se propone llenar el vacío teórico, sino que también aborda la intrincada naturaleza del problema mediante la introducción del concepto de “campo”, que actúa como un prisma a través del cual observar y analizar la problemática en toda su riqueza y diversidad.

Este “campo” es una noción que encierra en sí misma una variedad de actores, disciplinas, relaciones y tensiones que convergen en un espacio interconectado. El “abordaje de campo” reconoce que la problemática en juego no puede ser reducida a elementos aislados, sino que es una red de interacciones en constante cambio.

Incorporando a todos los actores y disciplinas

Este enfoque, en su esencia, abarca a todos los actores y disciplinas involucrados en la gestión de la seguridad social en



Esta perspectiva no sólo se propone llenar el vacío teórico, sino que también aborda la intrincada naturaleza del problema mediante la introducción del concepto de “campo”, que actúa como un prisma a través del cual observar y analizar la problemática en toda su riqueza y diversidad

el ámbito de la salud. Opera como una herramienta hermenéutica, permitiendo la interpretación y comprensión de las complejas interacciones, además de fungir como herramienta heurística para la generación de soluciones concretas.

El “abordaje de campo” emerge como un enfoque que trasciende los límites convencionales del análisis al considerar a todos los actores y disciplinas que convergen en la gestión de la seguridad social en el ámbito de la salud.

En calidad de herramienta hermenéutica, el “abordaje de campo” es un lente que permite descubrir los significados subyacentes y las complejas conexiones que de otro modo podrían pasar desapercibidos en un análisis tradicional más reduccionista.

Por otro lado, como herramienta heurística, el “abordaje de campo” abre la puerta a la generación de soluciones concretas y contextualmente relevantes.

Este enfoque, por lo tanto, desafía la tendencia a enfocarse en aspectos aislados y separados, y en su lugar, promueve una visión global y enredada en la que cada componente se integra en un mosaico interconectado. Ya no se trata solo de estudiar las partes individuales, sino de comprender cómo estas partes interactúan, se influyen y se transforman mutuamente dentro de un “campo” más amplio.

Desafiando las convenciones

A pesar de la corriente de considerar la salud como el núcleo del sistema, el “abordaje de campo” promueve una perspectiva más holística que también toma en cuenta actores menos visibles pero igualmente influyentes. Además, busca desentrañar las interacciones con elementos como los laboratorios, el Poder Legislativo y Judicial, que ejercen un impacto directo sobre el sistema de salud.

El cambio de paradigma que ofrece el “abordaje de campo” invita a considerar actores y elementos que a menudo quedan en la periferia del análisis tradicional. Por ejemplo, considera cómo las decisiones y políticas del Poder Legislativo pueden influir directamente en la operación y el alcance de los sistemas de salud. De manera similar, examina cómo las decisiones judiciales pueden tener un impacto significativo en la asignación de recursos y en la equidad en la atención médica. O bien desafía la jerarquía convencional al ampliar su enfoque hacia actores aparentemente periféricos pero inmensamente influyentes, como los laboratorios farmacéuticos.

Contextualización profunda y precisa

Para abordar la problemática de manera efectiva, es imprescindible una contextualización exhaustiva que implica descripciones y explicaciones detalladas de la mecánica y las categorías conceptuales. Solo después de obtener esta comprensión en profundidad se pueden proponer soluciones sólidas y fundadas.

En primer lugar, la descripción detallada de la mecánica implica desglosar los procesos, sistemas y actores involucrados en la operación y gestión de la seguridad social. Esto puede incluir la delineación de cómo funcionan las obras sociales, cómo se asignan los recursos, cómo se toman decisiones y cómo se abordan los desafíos inherentes. La descripción precisa de estas dinámicas permite una visión más clara de cómo se desarrolla la interacción entre los distintos elementos del sistema.

Además, la explicación detallada de las categorías conceptuales juega un papel crucial en la contextualización. Esto implica definir y explorar a fondo los conceptos clave que son fundamentales para comprender la problemática. Por ejemplo, términos como “sustentabilidad”, “equidad” y “solidaridad” deben ser definidos de manera clara y abordados desde diversas perspectivas para captar su complejidad

y sus implicaciones en el contexto de la seguridad social. La comprensión profunda de los procesos, que aborden las raíces del problema, permite identificar puntos de intervención estratégicos y evita desarrollar enfoques superficiales que podrían pasar por alto aspectos críticos o tratar síntomas en lugar de causas subyacentes.

Reconociendo la importancia de los sistemas

Uno de los pilares fundamentales reside en el reconocimiento de los sistemas institucionales presentes en el ámbito de estudio. Actores como las obras sociales, los laboratorios farmacéuticos y los poderes Legislativo y Judicial son escrutados con lupa, explorando sus relaciones y tensiones dentro del contexto más amplio del “campo”. Una de las principales premisas de este enfoque radica en

que ningún actor u organización opera de manera aislada en el sistema de seguridad social. En cambio, cada componente interactúa y se entrelaza con otros, generando una red de relaciones, interdependencias y tensiones que dan forma al funcionamiento general del sistema. Y estas interacciones pueden tener un impacto significativo en la eficacia y la sostenibilidad de la seguridad social en el ámbito de la salud.

Las obras sociales, por ejemplo, desempeñan un papel crucial en la prestación de servicios de atención médica y en la cobertura de los beneficiarios. Los laboratorios farmacéuticos tienen un papel vital en la provisión de medicamentos y tratamientos esenciales. Por su parte, los poderes Legislativo y Judicial tienen el poder de crear y aplicar leyes y regulaciones que afectan directamente el sistema de salud. Cada uno de estos actores opera dentro de su propio marco y con sus propias lógicas, pero sus acciones y decisiones están entrelazadas en la realidad más amplia de la seguridad social.

El análisis de las relaciones y tensiones entre estos sistemas institucionales es esencial para comprender cómo interactúan y cómo impactan mutuamente. También puede revelar oportunidades para la colaboración y la mejora del sistema en su conjunto.

Desde la sólida a la relacional

La perspectiva propuesta rediseña el análisis de las instituciones, evolucionando de una perspectiva sólida hacia

una más relacional. Este enfoque busca comprender la sustentabilidad, equidad y solidaridad en la salud desde una óptica global, abriendo la puerta hacia un nuevo modelo de gestión en la seguridad social.

Este enfoque desafía la concepción tradicional de las instituciones como entidades sólidas y estáticas, y en su lugar promueve una perspectiva más relacional y dinámica.

El cambio de perspectiva implica considerar no sólo las características individuales de cada institución, sino también cómo interactúan y se afectan entre sí. También se refleja en la manera en que se abordan las tensiones y los conflictos, identificando áreas de sinergia y colaboración potencial que pueden fortalecer el sistema en su conjunto.

Además, el “abordaje de campo” no solo busca comprender el sistema tal como existe en la actualidad, sino

que también se enfoca en cómo puede evolucionar. A través de un lente relacional, se pueden anticipar cambios en las dinámicas y relaciones entre instituciones y adaptarse a las transformaciones en curso en el entorno de la seguridad social.

La comprensión profunda de los procesos, que aborden las raíces del problema, permite identificar puntos de intervención estratégicos y evita desarrollar enfoques superficiales

Un enfoque integral y transversal

En contraposición a las visiones fragmentadas, el “abordaje de campo” proporciona una perspectiva integral

de la problemática. Esta aproximación considera todos los componentes del campo, incluyendo actores y disciplinas, desde un nuevo punto de vista. Además de analizar estructuras y conexiones, examina cómo estos elementos interactúan para generar respuestas y adaptaciones funcionales.

En un mundo interconectado y complejo, un aspecto clave de este enfoque es su transversalidad. La perspectiva transversal implica que el análisis no se restringe a un solo aspecto o ángulo de la problemática, sino que cruza las fronteras disciplinarias y considera múltiples dimensiones. Por ejemplo, cuando se aborda la sustentabilidad de la seguridad social en la salud, se explora no solo el aspecto financiero, sino también los factores médicos, legales, sociales y económicos que interactúan en el sistema.

Esta perspectiva transversal busca identificar patrones, conexiones y relaciones emergentes que pueden no ser evidentes en un análisis aislado, también considerando

el dinamismo y evolución, anticipando tendencias y escenarios futuros para tomar decisiones informadas.

La necesidad de un enfoque amplio

Dada la naturaleza compleja del problema, la formulación de un nuevo modelo de gestión en la seguridad social exige una mirada más amplia y profunda. Solo a través de un análisis que abarque el panorama completo, en lugar de enfocarse en partes individuales, es posible ofrecer respuestas interdisciplinarias a las diversas demandas.

En la búsqueda de soluciones a los desafíos la mera optimización de partes individuales del sistema no puede abordar la complejidad intrínseca de la problemática. En este contexto, surge la necesidad de adoptar un enfoque amplio y profundo que abarque todo el panorama y que considere tanto las conexiones visibles como las que se encuentran en la periferia de la visión tradicional.

Los múltiples aspectos de la problemática

La cuestión abordada abarca diversas dimensiones interconectadas, como lo médico-sanitario, económico-financiero, jurídico-normativo y estadístico-descriptivo. A pesar de las aparentes contradicciones, estas dimensiones están intrínsecamente relacionadas y deben ser abordadas de manera conjunta.

El análisis de la seguridad social en el ámbito de la salud revela una trama compleja de dimensiones interconectadas, cada una con su propia influencia y relevancia. Esta complejidad se manifiesta en una serie de aspectos que, aunque a primera vista pueden parecer divergentes, están intrínsecamente entrelazados y deben ser abordados de manera conjunta para una comprensión completa y una resolución efectiva.

Una decisión en una dimensión puede desencadenar efectos en otras, y las soluciones efectivas deben considerar este entramado. Por ejemplo, una política que busca mejorar la accesibilidad a tratamientos puede tener implicaciones financieras y legales, y viceversa. El “abordaje de campo” se erige como un enfoque especialmente adecuado para comprender y abordar esta multiplicidad de aspectos.

Creando un nuevo campo de estudio

El “abordaje de campo” impulsa la creación de un nuevo campo de estudio autónomo, el cual se consolida a

través de abordajes teóricos y metodológicos propios. Este campo interdisciplinario aborda la sustentabilidad, equidad y solidaridad en el ámbito de la salud desde una perspectiva global y de relaciones.

En la búsqueda de respuestas integrales a la complejidad de la seguridad social en el ámbito de la salud, el “abordaje de campo” emerge como un catalizador para la creación de un campo de estudio totalmente nuevo y autónomo. Al utilizar esta perspectiva, se fomenta la integración de abordajes teóricos y metodológicos diversos que abarcan áreas como la medicina, la economía, el derecho, la sociología y la estadística. Estos abordajes, en su conjunto, contribuyen a la formación de un cuerpo de conocimiento sólido y coherente que proporciona un marco para la acción concreta.

La convergencia de disciplinas

La presente propuesta no tiene como objetivo la creación de una disciplina completamente nueva, sino la articulación de fenómenos emergentes entre disciplinas preexistentes. La tensión entre estas disciplinas se fusiona en un proyecto interdisciplinario, permitiendo una comprensión más completa de la problemática.

La convergencia de disciplinas no implica la disolución de las identidades disciplinarias individuales. En cambio, invita a los expertos de diferentes campos a colaborar y compartir sus conocimientos, enfoques y metodologías en

la búsqueda de soluciones más robustas y coherentes. Esto implica un diálogo constante y constructivo que trasciende los límites disciplinarios y crea una sinergia, promoviendo una actitud colaborativa en la investigación y resolución de problemas.

Explorando nuevos límites

El nuevo campo de estudio propuesto se nutre de preguntas sin respuesta que emergen en la intersección de disciplinas, aprovechando su carácter intrínsecamente

interdisciplinario. Este enfoque transforma la perspectiva lineal de causa y efecto en una que considera interrelaciones y procesos, lo cual conduce a una comprensión más profunda y a la formulación de propuestas relevantes.

Este nuevo campo de estudio es un terreno fértil para las preguntas que desafían las respuestas fáciles. En la confluencia de disciplinas, surgen cuestionamientos que a menudo no tienen una solución clara y definida en el

Este enfoque busca comprender la sustentabilidad, equidad y solidaridad en la salud desde una óptica global, abriendo la puerta hacia un nuevo modelo de gestión en la seguridad social

marco de una única disciplina. Se invita a los investigadores a cuestionar las suposiciones arraigadas y a considerar múltiples perspectivas. Esto fomenta la creatividad y la innovación al desafiar las formas tradicionales de pensar y abordar problemas. Estas incógnitas provocadoras son el motor que impulsa la exploración de nuevos límites y el desarrollo de perspectivas holísticas y transversales.

Abordaje de campo

Esta propuesta se presenta como una estrategia poderosa para abordar los desafíos de la seguridad social en el ámbito de la salud. Este enfoque innovador rechaza las limitaciones de los enfoques fragmentados y ofrece una perspectiva más amplia y conectada. Al aplicar esta perspectiva a cuestiones cruciales como la sustentabilidad,

equidad y solidaridad, se abren nuevas puertas hacia la comprensión profunda y la creación de soluciones pertinentes y alcanzables.

En contraste con las metodologías convencionales, este enfoque no solo reconoce la intrincada naturaleza del problema, sino que también ofrece una perspectiva completamente nueva que desafía las limitaciones de los enfoques fragmentados previamente adoptados.

El “abordaje de campo” se erige como un faro de innovación, iluminando el camino hacia una comprensión más profunda y una resolución más efectiva de los desafíos en el ámbito de la seguridad social. En un mundo donde la complejidad es la norma, el “abordaje de campo” emerge como una brújula confiable que nos guía hacia un terreno inexplorado de conocimiento y acción. ■

ANÁLISIS Y OPINIÓN

Sobre el concepto de campo



Por Enrique Del Percio*

Buena parte de los artículos científicos comienzan por enunciar una falacia. Dicen cosas tales como: “El presente texto tiene por objeto...”. Pero ocurre que los textos no tienen ningún objeto ni finalidad, ni cosa por el estilo, sencillamente porque los textos no tienen voluntad propia. No obstante, la supuesta objetividad científica exige que el autor se esconda detrás de su propio texto y deje a éste en el lugar de la verdad. Sería el propio texto el que habla colocado en una posición ascéptica, aburrido, monótono, lejos de toda pasión, lejos de la vida. Como una ya abundante bibliografía lo demuestra, no hay inocencia alguna detrás de esta postura. No es mi intención principal aquí profundizar en las razones y

estrategias empleadas por la estructura de dominación para gestar, consolidar y mantener la colonialidad del saber, sino explicitar los supuestos epistemológicos que vengo empleando en mis indagaciones en torno a los principales problemas que hacen a nuestra vida en sociedad. Al investigador agobiado por los estrechos límites que le impone una academia que confunde el rigor intelectual con el *rigor mortis* de una realidad cada-verizada para poder diseccionarla con mayor comodidad, quizá le sirvan de algo las reflexiones que siguen, aunque más no sea para no sentirse tan solo en sus aflicciones. Mi propósito es llamar la atención acerca de algunos vicios en que muchas veces caemos los investigadores por seguir la corriente;

*Enrique Del Percio es rector de la Universidad de San Isidro y director del doctorado en filosofía del Colegio Máximo-Universidad del Salvador (Jesuitas). Profesor de Sociología y de Epistemología en la Universidad de Buenos Aires, de Sociología de la Educación en la Universidad de Tres de Febrero y de Filosofía Latinoamericana en la Universidad Católica de Córdoba. Se ha desempeñado como docente de posgrado e investigador en prestigiosas universidades de América y Europa. Autor de numerosos libros y artículos científicos y de divulgación, publicados en varios idiomas y países.

conste que no uso la primera persona del plural como mero recurso retórico para obtener la complicidad del lector, sino porque es tan fuerte esa corriente que muchas veces caigo en el defecto que señalo.

Decía que el texto no tiene un objeto, pero ¿tienen acaso las ciencias –y especialmente las ciencias sociales– un objeto de estudio? Durante mucho tiempo pensé que sí, que las ciencias sociales tendrían un objeto de estudio y que este sería la sociedad. Sin embargo, hoy creo que no es correcto afirmar que las ciencias sociales tengan, propiamente hablando, un *objeto material* de estudio. Está claro que sí tienen un *objeto formal*, es decir, cada disciplina tiene una perspectiva propia desde la que aborda el estudio de eso que en general se llama *objeto material*, pero que resulta más adecuado llamar *campo* de estudio, porque el término *objeto* denota algo de lo cual no participamos, algo en cierto modo ajeno a nosotros. Etimológicamente, objeto deriva del latín *ob jectum*. El prefijo *ob* indica algo así como sobre, encima, superpuesto, pero también situación frontal. Por ejemplo, *obediencia* significa oír al que está sobre o frente a nosotros (*ob-audire*); *ob-sceno* según una de sus etimologías más aceptadas, es lo que está por sobre o frente a la escena, lo que molesta al espectador; *ob-stáculo* es lo que está sobre el camino interfiriendo el recorrido. Por su parte, *jectum* deriva de *iacere* (lanzar, tirar) como en eyectar, inyectar, eyacular, proyectar. Así, *ob-jectum* es aquello que está arrojado, lanzado frente a un sujeto (*sub-jectum*). Pero la sociedad no es algo que esté lanzado frente a nosotros, sino que nosotros somos parte de ella. No podemos ponerla en un *porta-objeto* y estudiarla desinteresada y acriticamente. En

ese sentido –tal como se viene discutiendo desde el inicio de las ciencias sociales– podemos decir que es imposible ser “objetivo” en ciencias sociales.

En cambio, el término *campo*[1] me parece que denota mejor lo que queremos abordar en nuestro estudio. En efecto, la noción de *campo* se opone a la de jardín (del francés *garder*, guardar) como lo abierto, con límites difusos e indeterminados a lo cerrado y delimitado. Asimismo, según Varrón, *campus* proviene de *capere*: capturar, pues es el lugar en donde se capturaban tanto los animales como los frutos. Entonces, al hablar de la sociedad como campo de estudio hay una referencia a cierta indeterminación, al esfuerzo por la supervivencia, a la vida misma. Pero hay más: uno de los usos más antiguos registrados para el término es el de *Campo de Marte*, el campo aledaño a Roma en el que entrenaban los soldados. En general, en el medioevo la palabra se usó con un sentido más bien bélico: batalla campal, campeón, el alemán *kampf* (lucha, combate), etcétera.

Así como el objeto, decíamos, está frente a nosotros, en cambio en el campo (con sus límites difusos y su carácter conflictivo) estamos inmersos, tal como nos acontece cuando pretendemos estudiar la sociedad. Tanto en la agricultura como en el combate, el hombre hace al campo pero también es hecho por el campo.

Ahora bien: mientras un objeto de estudio puede ser satisfactoriamente abordado por una sola disciplina, pues se lo puede analizar bajo un cierto y único aspecto, en cambio el campo solamente puede ser estudiado desde múltiples perspectivas simultáneamente. Es decir: sólo puede ser estudiado **indisciplinariamente**. Pero eso ya es otro tema. ■

Así como el objeto, decíamos, está frente a nosotros, en cambio en el campo (con sus límites difusos y su carácter conflictivo) estamos inmersos, tal como nos acontece cuando pretendemos estudiar la sociedad

[1] Obviamente estoy pensando en Bordieu, aunque no lo sigo estrictamente. En rigor, no sigo estrictamente a ningún autor porque creo que una buena idea vale más como un plus de libertad que como un arnés destinado a ceñir nuestros cerebros. También está claro para el lector especializado que estoy sobrevolando las discusiones sobre el objetivismo y subjetivismo en ciencias sociales, así como el paso de la sociología a la más amplia “teoría social”. Para un adecuado registro de esa discusión a través de sus exponentes más caracterizados en la academia europea (Giddens, Bordieu y Habermas) y sus respectivas virtudes y limitaciones hecho “desde adentro” de las ciencias sociales, ver *El discurso del dualismo en la teoría social contemporánea. Una crítica fenomenológica* de Carlos Belvedere (EUDEBA, 2012)

Enfermedades catastróficas: un desafío económico en el Sistema de Salud

La complejidad inherente a la seguridad social y las obras sociales en el ámbito de la salud exige una revisión crítica de las metodologías tradicionales. En este contexto, se presenta el “abordaje de campo” como un Las Enfermedades Catastróficas (EC) tienen un impacto económico alto para las obras sociales. Sus tratamientos tienen un elevado costo por requerir erogaciones significativas y en general son reiterados y prolongados en el tiempo. Hoy representan el mayor problema para la sustentabilidad de las obras sociales, sin embargo existe una falta de consenso general sobre varios aspectos entorno a ellas, que aquí se desprenden para analizar. a perspectiva novedosa y avanzada que fusiona la interdisciplinariedad y la intersectorialidad para analizar y resolver de manera más efectiva esta problemática de gran envergadura

La diversidad de nomenclaturas y la falta de consenso

La problemática de las enfermedades con costosos tratamientos médicos ha llevado a la adopción de diversas terminologías para describir esta categoría. Sin embargo, la falta de consenso en la nomenclatura y en qué patologías incluir, agrega la primera capa de complejidad a la discusión.

Las enfermedades de baja incidencia y alto impacto financiero

La Resolución 465/2021 de la Superintendencia de Servicios de Salud de Argentina emplea el término “Enfermedades de Baja Incidencia y Alto Impacto Financiero” para abordar este grupo de afecciones. Dentro de esta categoría se encuentran las Enfermedades Catastróficas, caracterizadas por generar daños severos en la salud y por su alto costo económico.

El desafío financiero para las Obras Sociales

El tratamiento de las Enfermedades Catastróficas plantea un reto económico significativo para las instituciones de salud, especialmente para las obras sociales. Los altos costos de atención médica y los tratamientos prolongados erosionan la sostenibilidad financiera de estas organizaciones.

Imprevisibilidad y concentración de gastos

La imprevisibilidad en la evolución y la magnitud de las EC complica aún más el manejo de esta problemática. Además, un pequeño porcentaje de pacientes con estas enfermedades concentra una proporción desproporcionada de los gastos de atención médica.

Avances tecnológicos y desafíos futuros

El constante avance de la tecnología y la farmacología amplía las presiones financieras en el sistema de salud. Esta situación sugiere que las EC podrían evolucionar hacia una “epidemia catastrófica”, generando una urgente necesidad de replantear el financiamiento y abordar estas patologías de manera integral.

GASTO CATASTRÓFICO

Desarrollo y hallazgos: analizando el gasto catastrófico en el Sistema de Salud

El Gasto Catastrófico (GC) emerge como un concepto amplio que engloba no solo las Enfermedades Catastróficas (EC), sino también otras prestaciones médicas de gran impacto financiero. Para comprender su alcance, es esencial examinar en detalle los componentes que lo conforman.

Estimación de la magnitud del gasto catastrófico

Una forma de estimar el GC sería dividir las prestaciones de salud en tres grupos: a) cirugías complejas (trasplantes), b) tratamientos de Enfermedades Catastróficas y c) terapias para la integración social (discapacidad). Un estudio muestra que dentro del GC, el 63% corresponde a Medicamentos de Alto Costo (MAC), el 34% a discapacidad y el 3% a trasplantes. No obstante, esta estimación se basa en datos que pueden no ser representativos del gasto real de las obras sociales nacionales.

Retos en la definición y estimación

Aunque se han hecho esfuerzos para delimitar el impacto del GC, existen desafíos en su definición y medición. Los reintegros realizados en el marco del Sistema Único de Reintegro (SUR) a menudo son tardíos y desactualizados, lo que influye en la precisión de la estimación. El reintegro, en la práctica, no es un reembolso completo, lo que añade complejidad a la ecuación.

Un análisis de expedientes SUR presentados ante la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) entre 2018 y 2021 revela demoras significativas en los reintegros. En muchos casos, el cobro efectivo se realiza con una demora de 6 meses a 2 años. Además, los valores recuperados representan solo una fracción de los costos originales, llegando al 22.55% en promedio después de ajustar por inflación.

Desigualdad en la distribución del gasto

La distribución del gasto prestacional presenta una desigualdad marcada. Los coeficientes de Gini y Gini Mo-

Equilibrar prestación y sostenibilidad

Mantener una prestación adecuada de salud para todos los afiliados es esencial, pero equilibrarlo con la sostenibilidad financiera del sistema se vuelve un desafío crucial. Las EC requieren soluciones innovadoras y una planificación anticipada para garantizar la atención y la viabilidad financiera en el futuro.

dificado muestran una concentración del gasto en un pequeño porcentaje de afiliados. Esta concentración se vuelve aún más pronunciada cuando se examina el Gasto Catastrófico, donde un reducido grupo de pacientes genera una proporción significativa de los costos.

Una aproximación relativa al gasto catastrófico

Dado que los datos confiables sobre GC son escasos, la delimitación de su alcance se basa en criterios relativos y específicos para cada subsistema de salud. Hasta que se disponga de datos confiables a nivel general, la identificación de lo que se considera GC y Altísimo Gasto Catastrófico (AGC) se realizará en función de su impacto en la sustentabilidad del subsistema en particular.

GASTO CATASTRÓFICO

Análisis basado en evidencia empírica: una aproximación al caso de OSDEPYM

Un minucioso análisis de los consumos en OSDEPYM nos brinda una visión detallada de cómo se distribuyen los gastos dentro de la cobertura de salud.

Un desglose revelador de consumos

Los datos muestran que la distribución de los consumos por categoría del nomenclador se desglosa de la siguiente manera:

- Medicamentos: 80% - \$498.430.243,25
- Imágenes/Laboratorios/Internación/etc.: 19%
- Consulta: 1%

Estos números resaltan cómo los gastos en medicamentos dominan la distribución, lo que refleja la importancia y el peso financiero de los tratamientos farmacológicos en el sistema de salud.

Innovación y desafíos

El constante avance de la innovación médica, especialmente en el ámbito de las enfermedades crónicas, plantea nuevos retos para los financiadores de

servicios de salud como OSDEPYM. A medida que se desarrollan respuestas médicas más efectivas para enfermedades crónicas, el gasto prestacional tiende a aumentar, y dentro de él, el gasto en medicamentos experimenta un crecimiento aún más rápido. Además, este gasto tiende a concentrarse en un grupo reducido de beneficiarios.

Esta concentración de gastos en un pequeño porcentaje de beneficiarios plantea desafíos significativos en cuanto a la sustentabilidad financiera y la equidad en la asignación de recursos. Mientras los avances médicos mejoran la calidad de vida de aquellos con enfermedades crónicas, también se incrementa la carga financiera tanto para los beneficiarios como para los sistemas de salud.

Explorando posibles métricas en el Sistema de Salud Ejemplos ilustrativos

Medición de Inflación Implícita en el Sistema de Salud

Ejemplo (1): A través de un análisis de datos propios, se busca calcular la inflación implícita en el sistema de salud. Esto se logra evaluando la evolución de los costos del sistema de salud, especialmente el gasto prestacional, a lo largo del tiempo. Esta métrica proporciona una visión crucial de cómo los costos médicos impactan en la economía de la salud.

Entendiendo la dinámica demográfica

Ejemplo (2): La curva de envejecimiento, basada en datos propios, es un instrumento que revela cómo está cambiando la edad del padrón de afiliados en una o varias organizaciones de salud. Esta información resulta esencial para comprender la distribución de edades y cómo podría afectar los patrones de consumo médico a lo largo del tiempo.

Medición de asimetría en el gasto

Ejemplo (3): El Coeficiente de Gini Modificado (CGM) captura la asimetría en el gasto prestacional. Por medio de datos propios, se calcula la variación mensual del CGM-90 para diferentes planes de salud. Esto ayuda a comprender la concentración del gasto entre los afiliados y su posible impacto en la equidad financiera.

Profundizando en el gasto catastrófico

Ejemplo (4): Se examina la proporción del gasto relacionada con el Gasto Catastrófico (AGC). A través de datos propios, se calcula la variación mensual del porcentaje de gasto destinado a este segmento en un plan específico. Esto ilustra cómo ciertos afiliados tienen un impacto financiero considerable en el sistema de salud.

Informe anual del gasto catastrófico

Se propone la creación de un informe anual dedicado al Gasto Catastrófico (GC), que abarcaría varios aspectos:

- Documentación y sistematización: se recopilan y organizan datos exhaustivos para la elaboración de indicadores que permitan evaluar el nivel de GC en las organizaciones de salud.
- Análisis descriptivo: el informe describiría la incidencia económica del GC en las OS, ofreciendo una perspectiva integral sobre su impacto financiero.
- Evolución y tendencia: se analizarían los índices publicados y se examinarían sus tendencias a lo largo del tiempo para comprender cómo ha evolucionado el GC.
- Adaptación a nuevas tecnologías: se evaluarían constantemente nuevas tecnologías, medicamentos y protocolos médicos para estimar su posible impacto en el gasto prestacional.
- Difusión y concienciación: se promovería la problemática del GC mediante acciones dirigidas a la difusión y sensibilización.
- Participación institucional: se impulsaría la participación en eventos relacionados con la salud y las enfermedades catastróficas, fortaleciendo la colaboración entre distintos actores del sector.

Hacia una gestión informada

Estas métricas y propuestas demuestran la importancia de una gestión basada en datos en el sector de la salud. Entender las tendencias, distribuciones y desafíos financieros permite una toma de decisiones más informada y estratégica para garantizar la sostenibilidad y equidad en el acceso a la atención médica.

Reflejo de tendencias globales

El caso de OSDEPYM refleja una tendencia global en el ámbito de la atención médica. El aumento en los costos de medicamentos y tratamientos altamente especializados y la distribución desigual de estos gastos son desafíos que enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo. La gestión efectiva de estos desafíos requerirá soluciones innovadoras y colaborativas entre actores clave del sector de la salud.

PROPUESTAS

Nuevas propuestas para la evaluación

Hacia un enfoque cuantitativo de discriminación positiva

Propuesta (1): En nuestra búsqueda de un análisis más representativo, planteamos un concepto de Gasto Catastrófico (GC) que va más allá de las Enfermedades Catastróficas (EC). Esta vez, abogamos por una discriminación positiva basada en la cantidad de gasto, no en la categoría de prestación. Esto implica superar un umbral porcentual del gasto total en lugar de categorizar por enfermedades.

El contexto de la discriminación positiva cuantitativa

Propuesta (2): En consonancia con nuestra visión, el GC engloba tanto las EC como el gasto de aquel 1,5% de afiliados que representa el segmento que más gasta dentro de la obra social. Esta porción de afiliados, aunque mínima en número, absorbió un sorprendente 47,3% del gasto total, según nuestros análisis de datos del año 2019.

El enfoque del altísimo gasto catastrófico (AGC)

Propuesta (3): Al adentrarnos en el análisis de los gastos extremos dentro del GC, identificamos un segmento con un patrón de gasto excepcionalmente alto. Para describir esta categoría de gastos que representa un desafío financiero significativo, lo denominamos Altísimo Gasto Catastrófico (AGC). Nuestro objetivo es capturar la magnitud económica de este segmento, que incide directamente en la sostenibilidad de la obra social.

Desglosando el impacto financiero del AGC

Propuesta (4): Los datos respaldan claramente la relevancia del AGC. De manera impactante, observamos que tan solo el 0,25% de los afiliados de la obra social generan un asombroso 35% del gasto prestacional. Además, el 1% de los afiliados representa el 52% del gasto total, en base a información recopilada hasta el 21 de abril de 2021.

Una distinción necesaria para un análisis preciso

Propuesta (5): Para abordar esta complejidad, resulta esencial diferenciar el Gasto Catastrófico del Altísimo Gasto Catastrófico. Este último, debido a su mayor impacto financiero, requiere una evaluación específica. Aunque ambos tipos de gasto siguen un patrón exponencial, la magnitud del AGC supera significativamente al GC, como se refleja en la distribución del gasto por afiliado a través de índices GINI y GINI modificado.

Hacia una comprensión integral

Estas propuestas abren la puerta a un enfoque más detallado y holístico en la evaluación del Gasto Catastrófico y sus implicaciones financieras. Al delinear categorías basadas en el gasto y comprender la concentración extrema de los costos, estamos en un mejor camino para tomar decisiones informadas y diseñar estrategias que aseguren la viabilidad y equidad en el sistema de salud.

GASTO CATASTRÓFICO

Avanzando hacia una evaluación institucional

El constante progreso en tratamientos y tecnología sanitaria, junto con la respuesta legal a la cobertura de salud, está impactando significativamente los presupuestos. La judicialización en busca de cobertura médica podría alejar a la medicina basada en evidencia. Se requiere equidad y sostenibilidad en la atención a patologías complejas.

Desafíos de la incorporación de tecnologías sanitarias

Aunque las tecnologías avanzadas prometen mejoras en la salud, la decisión de incorporarlas es un desafío. El sistema de salud debe determinar qué tratamientos ofrecer, cómo financiarlos y quiénes deben recibirlos. La asimetría de información debe superarse, y una Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) es crucial. La ETS es un proceso que valora propiedades y efectos de tecnologías sanitarias, considerando aspectos médicos, sociales, éticos y económicos. Busca informar decisiones en salud, no solo económicas sino también éticas y políticas, asegurando distribución equitativa de recursos.

El reto de eficiencia y equidad

Con recursos limitados y necesidades ilimitadas, se debe evaluar cada nueva tecnología en términos de beneficios y costos. En muchos países desarrollados, el enfoque es cómo financiar tecnologías en lugar de cuántas.

les financiar. Una agencia de ETS es esencial para evaluar impacto y sostenibilidad.

La falta de una agencia de ETS en Argentina resalta la importancia de crear una. La Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de la Salud (CONETEC) fue creada por el Ministerio de Salud para evaluaciones no vinculantes. Sin embargo, una agencia con dictámenes vinculantes es crucial para decisiones informadas y para reducir la judicialización.

La creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET) es necesaria. Se debate si las decisiones deben ser vinculantes o consultivas, si la agencia debe tener alcance nacional y si debe depender del Ministerio de Salud. También se discute si se deben establecer diferentes planes de beneficios. La incorporación de tecnologías al sistema de salud debe basarse en evidencia y análisis, no solo en eficacia y calidad, sino también en aspectos económicos y éticos. La propuesta de crear la AGNET actualmente está respaldada por varios proyectos parlamentarios y busca abordar los desafíos en el sistema de salud.

Hacia un futuro de evaluación integral

A medida que el sistema de salud evoluciona y las necesidades cambian, la evaluación de tecnologías sanitarias se convierte en una herramienta vital. Una agencia de ETS robusta y comprometida podría marcar el camino hacia una cobertura equitativa y sostenible, donde las decisiones se toman en base a datos concretos y valores compartidos.

GASTO CATASTRÓFICO

Hacia la institucionalización de un sistema de cobertura de gastos catastróficos

La cuestión del Gasto Catastrófico (GC) plantea múltiples enfoques legales para su abordaje. Sin embargo, la necesidad de responder a este desafío es innegable. Esta respuesta no solo busca reducir la brecha entre aquellos que pueden o no acceder a tratamientos de alto costo, sino también garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y, en particular, de las obras sociales.

La comparación entre distintos sistemas y normativas a nivel internacional revela un espectro variado de enfoques para la cobertura de Enfermedades Catastróficas (EC). Estos incluyen: financiamiento estatal con control de la oferta (como en Inglaterra y Canadá), programas nacionales específicos (como en Brasil),

redistribución de riesgo (Colombia), sistemas de co-seguros específicos (Estados Unidos), sistemas de reaseguros (Chile), y fondos con discriminación positiva (México y Uruguay).

El desafío del Gasto Catastrófico no discrimina entre países desarrollados, emergentes o en vías de desarrollo. La mayoría de los países han avanzado en soluciones para enfrentar las EC, si bien las estrategias varían según el marco institucional y el sistema de salud de cada nación. En definitiva, la creación de un diseño institucional para la cobertura de EC busca lograr respuestas equitativas y garantizar el derecho a la salud con distribución igualitaria entre la población.

Dos posibles propuestas para Argentina

– Modelo de Seguro Nacional de Enfermedades

Catastróficas

Una de las propuestas consiste en la creación de un Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas (FONAEC) que garantice la cobertura integral de EC para todos los habitantes. Este modelo busca consolidar el derecho a la salud y establecer un sistema único de cobertura.

– Modelo basado en el Fondo Solidario de Redistribución

Otra opción es redefinir el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) administrado por la Superintendencia de Servicios de Salud. Este fondo reembolsaría los gastos catastróficos y se centra en las obras sociales.

Independientemente del modelo elegido, la protección del derecho a la salud es una obligación prioritaria del Estado Nacional y Provincial. La efectiva participación del Estado es esencial para garantizar el acceso equitativo a tratamientos de alto costo. El desafío del Gasto Catastrófico requiere de una perspectiva integral que combine la integración de los agentes de seguro con la mejora de la calidad de atención y la optimización de los recursos disponibles. El equilibrio económico y la colaboración son fundamentales para enfrentar este reto.

GASTO CATASTRÓFICO

Hacia la institucionalización de una Agencia Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos

En el análisis de la problemática relacionada con los medicamentos, especialmente aquellos de alto costo

Creación de un Observatorio para Evaluar el Gasto Catastrófico en el Sistema de Salud

En un esfuerzo por abordar la creciente preocupación en torno al Gasto Catastrófico (GC) en el ámbito de la atención médica, se ha propuesto la instauración de un Observatorio especializado. Este Observatorio, dotado de una serie de atributos distintivos, busca convertirse en una herramienta crucial para analizar y evaluar este problema, además de diseñar estrategias para enfrentarlo de manera efectiva.

Éste no sólo pretende ser un referente de consulta en temas relacionados con las Enfermedades Catastróficas (EC) y el Gasto Catastrófico (GC), sino también establecer interacciones significativas con organismos similares en otros países. Asimismo, su alcance

contempla el diseño y la divulgación de índices de referencia, lo que permitiría la comparación entre diversas Obras Sociales (OS) y la creación de políticas públicas innovadoras que aborden el financiamiento sostenible de la salud y la gestión del GC.

En síntesis, la propuesta de establecer un Observatorio dedicado al Gasto Catastrófico en el sistema de salud busca afrontar desafíos cruciales con un enfoque integral. A través de la colaboración, el análisis de datos y la formulación de soluciones sostenibles, se espera contribuir significativamente a la mejora de la atención médica y al acceso equitativo a servicios esenciales para toda la población.

y su acceso a la población, se destaca la relevancia de considerar no solo la disponibilidad y calidad de los mismos, sino también su precio y cómo este impacta en la accesibilidad para todos. En este contexto, surge la necesidad de una Agencia Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos como una respuesta integral a esta cuestión.

Perspectiva global y local: precios desorbitados

La cuestión de los precios de los medicamentos adquiere una magnitud significativa en el escenario actual. Cada generación consume el doble de medicamentos que la anterior, y los precios en América Latina superan los valores globales. Además, la región presenta un bajo uso de medicamentos genéricos, y gran parte del financiamiento proviene de los ingresos familiares. Esta realidad demanda medidas efectivas para regular los precios de los medicamentos y, así, mejorar el acceso de la población a estos elementos esenciales.

Para lograr una sociedad más equitativa en el acceso a los medicamentos, es fundamental abordar la regulación de los precios desde una perspectiva integral. Esto implica considerar tanto al consumidor individual que compra medicamentos de su bolsillo como a las instituciones que financian los costos, como el Estado, las obras sociales y las entidades de seguro privado. El Estado juega un papel crucial en esta ecuación, tanto a

través de la financiación de seguros sociales y privados como en la regulación de precios para garantizar un mercado accesible.

La institucionalización de una Agencia de Regulación de Precios de Medicamentos se vuelve esencial en este panorama. Se observa la presencia de segmentos monopolísticos, oligopólicos y de competencia monopolística, lo que crea un entorno de opacidad en los precios y desventajas para el consumidor debido a la asimetría de información. Ejemplo de ello es el medicamento Sofosbuvir, utilizado para tratar la Hepatitis C, que fue lanzado con un precio de venta exorbitante en comparación con su costo de producción real. Del mismo modo, el medicamento “Spinraza”, vital para el tratamiento de pacientes con atrofia muscular espinal, evidenció un mercado concentrado y dominado por un laboratorio que estableció precios excesivos. En respuesta, el Estado intervino para fijar precios más razonables.

En definitiva, la creación de una Agencia Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos en Argentina es una respuesta imperativa para abordar las distorsiones en el mercado farmacéutico. Mediante la promoción de la competencia, la reducción de asimetrías de información y la garantía de precios razonables, se busca asegurar que la población tenga un acceso equitativo a los medicamentos esenciales para su salud y bienestar. ■

Sobre el gasto catastrófico



por **Gabriel Barbagallo***

El problema que generan las enfermedades de alto costo (EAC), llamadas catastróficas, no es nuevo, ni tampoco propio del sistema de salud argentino. Los avances de la medicina y su consiguiente aumento de la expectativa de vida plantean la necesidad de generar alguna herramienta que permita gestionar el acceso de las personas necesitadas a la atención disponible necesaria, más allá de su costo. Los tres ejes que suelen resentirse ante los constantes desajustes son: el financiamiento, la cobertura y el acceso y el gran desafío, en consecuencia, para todo sistema de salud es y será brindar cobertura de calidad a la población, facilitando su acceso, sin generar desfinanciamiento de las organizaciones.

En el presente trabajo del Instituto de Investigación de Obras Sociales de OS-DEPYM se evidencia la magnitud del gasto en EAC y su impacto financiero. El 1,5% de la población de la obra social consume el 47,3% del gasto total, agravado por el demorado e incompleto reembolso por parte del SUR. Una combinación de riesgo para el sistema de la seguridad social, particularmente en un escenario inflacionario como el actual.

El problema que generan las EAC a la sostenibilidad económica de las obras sociales requiere de una perentoria discusión y la consiguiente toma de decisiones, habida cuenta de las distintas circunstancias que afectan tanto el financiamiento, como la cobertura y el acceso. En primer lugar, a la ya nombrada inflación, que para el caso

particular de la salud se ubica siempre varios puntos por encima del índice de precios generales; la devaluación, en un mercado fuertemente dolarizado con ingresos en moneda nacional; la innovación que genera incorporación constante de nuevas terapias y tecnologías, brindando posibles soluciones a los problemas de la gente; la legislación que incrementa la cobertura de nuevas prestaciones sin el debido análisis económico y financiero y, por último, la judicialización que obliga a cubrir prestaciones de alto costo no previstas en los cálculos actuariales de las obras sociales y que no cuentan con el debido análisis de evidencia científica.

Por tal motivo, en un sistema de salud como el argentino, que cuenta con recursos limitados en moneda nacional provenientes de los aportes y contribuciones de empleadores y empleados formales, y demandas ilimitadas y crecientes, en gran parte dolarizadas, coincido en que es necesario poner en funcionamiento una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ANETS) autárquica, conformada por personas notables de la ciencia médica y que emita dictámenes de absoluta transparencia, donde profesionales, instituciones y magistrados puedan (deban) consultar libremente y, por otro lado, es muy necesario crear un tipo de seguro que financie las EAC de toda la población y alivie financieramente a las entidades que brindan cobertura de salud, para poder acudir al mismo, cada vez que una prescripción cumpla con los criterios propuestos por la ANETS. ■

* Gabriel Barbagallo, Presidente de la Federación de Obras Sociales de Dirección (FAOSDIR).

Hacia un derecho a la salud equitativo: un análisis detallado desde la perspectiva judicial

El IIDOS, en el siguiente análisis, propone la exploración de la necesidad de desarrollar un Derecho a la Salud equitativo desde una perspectiva judicial, con un enfoque crítico y comprensivo sobre las concepciones y aplicaciones de este derecho fundamental.

El Derecho a la Salud se enmarca dentro del espectro de los derechos humanos, clasificados por la ONU en Derechos Civiles y Políticos, y Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Los primeros se centran en la protección de la libertad y son asegurados por la abstención estatal y sanciones por violaciones. En contraste, los segundos se orientan hacia la igualdad y buscan satisfacer necesidades básicas, garantizando equidad en esferas económicas, sociales y culturales.

Más allá de las disputas conceptuales, es esencial adentrarse en la aplicación práctica del Derecho a la Salud. A diferencia de derechos como la integridad física y la vida, este derecho pertenece a la categoría de derechos económicos y sociales, lo que implica una participación activa del Estado en términos de “prestaciones” para sus ciudadanos. Sin embargo, surge una cuestión crucial: ¿cómo encontrar el equilibrio entre una base prescricional y un límite superior que sea sostenible para el sistema de salud?

Perspectivas contrapuestas sobre la cobertura

La interpretación del Derecho a la Salud se divide en dos enfoques principales. El enfoque garantista o subjetivista sostiene que el Plan Médico Obligatorio (PMO) y las regulaciones de cobertura establecen el límite infe-

rior para las prestaciones de servicios de salud. No obstante, algunos argumentan que adherirse rígidamente al PMO podría resultar en la negación de acceso efectivo a la atención médica. En contraste, el enfoque realista u objetivo postula que se debe proporcionar la mejor atención posible dentro de los recursos disponibles, sin limitarse a las regulaciones del PMO.

El fenómeno de la judicialización

La judicialización para garantizar la cobertura médica ha ganado terreno en las últimas décadas. Los jueces emiten medidas cautelares autosatisfactivas, imponiendo una carga considerable en las obras sociales y el sistema de salud. Sin embargo, esta priorización del individuo sobre el colectivo plantea dilemas. Las decisiones judiciales a menudo pasan por alto las implicaciones financieras y equitativas para el sistema en su conjunto, lo que podría resultar en un agotamiento de recursos y en la reducción de la atención médica para otros ciudadanos.

Las decisiones judiciales pueden tener un impacto sustancial y de largo alcance en la equidad y sostenibilidad del sistema de salud. Ordenar la cobertura de tratamientos costosos, que no siempre están respaldados por evidencia médica sólida, puede ejercer presión sobre el sistema. Aunque el objetivo es brindar justicia individual, este enfoque individualista puede erosionar el acceso a

la atención para una gran cantidad de afiliados. Por lo tanto, es esencial que los jueces consideren las implicaciones a largo plazo de sus decisiones para asegurar un sistema de salud equitativo y sostenible para todos.

Equilibrio y consideraciones futuras

El desafío de construir un Derecho a la Salud equitativo y sostenible va más allá de las discusiones teóricas y enfrenta la realidad de la judicialización. Los jueces deben evaluar cuidadosamente las decisiones en función de las implicaciones sistémicas y equitativas. Aunque no existe una solución única, la reflexión sobre el impacto a largo plazo de las decisiones judiciales es crucial para garantizar un sistema de salud que atienda adecuadamente las necesidades de todos los afiliados. La coherencia, la sostenibilidad y la consideración del bienestar colectivo deben ser elementos fundamentales en la toma de decisiones judiciales en el ámbito de la salud.

El vínculo entre el Derecho a la Salud y el Derecho a la Vida en la jurisprudencia: un análisis integral

En un esfuerzo por desentrañar la evolución del vínculo entre el derecho a la salud y el derecho a la vida en la jurisprudencia argentina, hemos realizado una exhaustiva investigación basada en la base de datos de la Secretaría de Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, abarcando desde 1863 hasta 2022. Nuestra investigación no solo nos proporcionó una comprensión más profunda de cómo estos derechos han sido interpretados y sopesados por la Corte, sino que también arrojó luz sobre las similitudes y diferencias en su interpretación a lo largo del tiempo.

En este análisis, es relevante mencionar que la Corte Suprema ha resaltado en repetidas ocasiones que la interpretación de los fallos no puede obviar las consecuencias que emergen de cada criterio, ya que estas consecuencias son una medida precisa de su razonabilidad y relevancia en el contexto jurídico. En nuestro enfoque metodológico, hemos optado por utilizar la técnica del “análisis de contenido”, una herramienta de investigación social y bibliométrica que nos permitió desentrañar las estructuras argumentativas presentes en las sentencias de la Corte Suprema.

Nuestro análisis se centró en examinar las palabras clave y su frecuencia en las sentencias, lo que nos permitió identificar patrones y relaciones en la argumentación judicial. Hemos identificado las citas de fallos en los que

aparecían términos como “vida”, “salud”, “obras sociales”, “derecho a la salud”, “derecho a la vida”, “preservación de la salud” y “preservación de la vida”. A través de este análisis meticuloso, hemos logrado comprender cómo la Corte Suprema ha abordado la relación entre estos dos derechos fundamentales.

A medida que transitábamos a través de las décadas de jurisprudencia, se hizo evidente un proceso gradual de convergencia entre el derecho a la salud y el derecho a la vida. Si bien inicialmente se trataban como derechos autónomos pero interconectados, con el tiempo, la Corte comenzó a considerar que el derecho a la vida era inherentemente “comprensivo” del derecho a la salud. Esta noción evolucionó aún más hacia la afirmación de que el derecho a la salud está “comprendido” dentro del derecho a la vida, lo que a su vez generó la introducción de términos como la “preservación” de la salud y la “proximidad” entre ambos derechos.

Una etapa fundamental en este proceso fue cuando la Corte reconoció que el derecho a la salud estaba respaldado por tratados internacionales con rango constitucional. Esto llevó a la concepción de que el derecho a la “protección de la salud” se halla dentro del marco del derecho a la vida, estableciendo así una base sólida para considerar que ambos derechos están “íntimamente vinculados”. Sin embargo, es vital destacar que, a pesar de esta evolución jurisprudencial, “vida” y “salud” continúan siendo conceptos distintos con alcances propios y no mutuamente intercambiables.

Esta investigación no solo proporciona una comprensión profunda de la relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida, sino que también arroja luz sobre la evolución de la interpretación jurídica a lo largo del tiempo. Desde una perspectiva más amplia, nuestro análisis resalta cómo la noción de salud ha evolucionado desde una definición meramente fisiológica hacia una perspectiva más subjetiva, donde el individuo es el determinante final de su propio estado de salud. Esto, a su vez, ha llevado a una creciente demanda y expectativa en el ámbito médico, en concordancia con los avances tecnológicos y las promesas de la biotecnología.

En última instancia, la intersección entre el derecho a la salud y el derecho a la vida en la jurisprudencia argentina refleja tanto las cambiantes concepciones de salud como la creciente importancia de la autonomía individual en el contexto de la atención médica. A través de este análisis, se pone de manifiesto el desafío de equilibrar las expectativas individuales de salud con las

Análisis cualitativo de la relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida en los fallos de la Corte Suprema de Argentina

En un estudio exhaustivo de los fallos de la Corte Suprema de la Nación de Argentina, se ha revelado una evolución significativa en la relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida. A través de diez fallos emblemáticos, que abarcan desde 1980 hasta 2008, se destaca cómo la jurisprudencia ha contribuido a la definición y comprensión de estos derechos fundamentales.

06/11/1980 Vinculación entre derecho a la vida y derecho a la salud

En este fallo pionero, la Corte estableció una conexión entre el derecho a la vida y el derecho a la salud en el caso “Saguir y Dib, Claudia Graciela s/ autorización”. A lo largo de cuatro décadas, este fallo ha servido como referencia en 31 expedientes, subrayando su influencia continua en la jurisprudencia (Fallos 344:3307).

27/01/1987 El derecho a la salud como complemento del derecho a la vida

El caso “Cisilotto, María del Carmen Baricalla de c/ Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social)” marcó un hito al argumentar que el derecho a la vida comprende el derecho a la salud. A lo largo de los años, este fallo ha sido citado en 15 expedientes, lo que demuestra su relevancia constante (Fallos 344:1557).

11/06/1998 El derecho a la salud fundamentado en la Constitución de CABA

La sentencia “Policlínica Privada de Medicina y Cirugía S.A. c/Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y Otro s/ Amparo” se basó explícitamente en el derecho a la salud, aunque referido a la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires. A través de 24 nuevos expedientes, este fallo del año 1998 sigue siendo citado hasta la fecha (Fallos 344:2868).

01/06/2000 La inclusión del derecho a la salud en el derecho a la vida

El fallo “Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional s/ amparo ley 16.986” estableció por primera vez que el derecho a la salud está comprendido en el derecho a la vida. Su relevancia perdura a través de 24 nuevos expedientes (Fallos 344:2868).

24/10/2000 El concepto de preservación de la salud

En el caso “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas”, se introdujo el concepto de “preservación” de la salud. A lo

largo de 33 nuevos expedientes, este fallo continúa influyendo en la jurisprudencia (Fallos 344:2868).

13/03/2001 Definición de la relación entre derecho a la salud y derecho a la vida

El fallo “Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social)” definió la “proximidad” entre el derecho a la salud y el derecho a la vida. Aunque citado en menor medida, este fallo sigue siendo relevante (Fallos 337:471).

11/04/2006 Protección del derecho a la salud afectado

En “Barria, Mercedes Clelia y otro c/ Chubut, Provincia del y otro (Estado Nacional) s/ amparo”, se tuteló el derecho a la salud “afectado”. Aunque citado en solo tres expedientes, este fallo es destacable por su enfoque en la protección de la salud (Fallos 337:471).

28/08/2007 Garantía de protección a la vida y la salud

El fallo “Cambiaso Perés de Nealón, Celia María Ana y otros c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Médicas” argumentó la “protección de la garantía” de la vida y la salud. Aunque menos citado, este fallo sigue siendo relevante (Fallos 341:929).

01/04/2008 Relación íntima entre derecho a la salud y derecho a la vida

En “Chamorro, Carlos c/ Sociedad Argentina de Autores y Compositores de Música s/ amparo”, se enfatizó la relación “íntima” entre el derecho a la salud y el derecho a la vida. Aunque citado en menor medida, este fallo sigue influyendo en la jurisprudencia (Fallos 318:556).

18/11/2008 Protección de la preservación de la salud dentro del derecho a la vida

En “Federación Médica Gremial de la Capital Federal c/ DNCI-DISP 1270/03”, el dictamen del Procurador General sostenía que el derecho a la preservación de la salud está dentro del derecho a la vida. Aunque no ha sido citado en otros expedientes, este fallo plantea perspectivas interesantes.

Este análisis cualitativo destaca cómo la Corte Suprema de Argentina ha influido en la evolución de la relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida a lo largo de décadas. Estos fallos han contribuido a definir los límites y alcances de estos derechos fundamentales, impactando en la jurisprudencia y sentando bases sólidas para futuros debates legales y sociales.

limitaciones de los recursos y las responsabilidades institucionales, lo que a menudo lleva a la judicialización y a una mayor tensión en el sistema de salud.

En resumen, nuestro estudio exhaustivo destaca la compleja relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida en el marco de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Este análisis, al tiempo que demuestra una convergencia en la interpretación de ambos derechos, subraya la importancia de considerarlos como conceptos distintos y resalta la necesidad de abordarlos de manera equitativa y eficiente en el sistema de justicia y en la sociedad en su conjunto.

PROPUESTAS

Propuestas para mejorar el sistema de salud y la judicialización de la cobertura médica

1 Creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Se propone establecer una agencia bajo el Ministerio de Salud, financiada por el presupuesto nacional, que evalúe nuevas tecnologías médicas en términos de eficiencia, efectividad y costo. Los jueces deberían consultar a esta agencia antes de tomar decisiones sobre la cobertura de tratamientos médicos, brindando un enfoque técnico y pericial. Esta consulta previa ayudaría a evaluar la viabilidad de medidas cautelares y garantizaría una toma de decisiones informada.

2 Audiencias previas al dictado de medidas cautelares

Se sugiere que los jueces convoquen audiencias antes de emitir medidas cautelares, en las cuales participen todas las partes involucradas en el conflicto, incluyendo médicos y expertos en la materia. La presencia de un perito especializado proporcionaría información técnica que podría influir en la decisión judicial, evitando medidas precipitadas.

3 Fomento de procedimientos alternativos para resolver conflictos

Se propone impulsar la utilización de métodos extrajudiciales para resolver disputas relacionadas con la salud. La Superintendencia de Servicios de Salud podría ser un espacio propicio para llevar a cabo estas resoluciones, evitando la saturación de los tribunales y buscando soluciones más rápidas y consensuadas.

4 Reuniones entre actores del sistema de salud

Se sugiere establecer reuniones institucionales que involucren a representantes del sistema judicial, obras sociales y otros actores del sistema de salud. Estos encuentros permitirían el intercambio de información y preocupaciones sobre la judicialización de la cobertura de salud, abordando aspectos más allá de los aspectos jurídicos, como el impacto económico y la gestión.

5 Confección de estadísticas sobre demandas de cobertura de salud

Se propone recopilar estadísticas detalladas sobre los procesos judiciales relacionados con la cobertura de salud. Actualmente, se cuenta con información proporcionada por las obras sociales, pero se sugiere que también estas instituciones reciban información estadística para mejorar la planificación y la toma de decisiones.

6 Delimitación de responsabilidades en el sistema de salud

Se plantea la importancia de definir claramente las obligaciones de cada sector del sistema de salud, como el sector público, obras sociales nacionales y provinciales, y empresas de medicina prepaga. Esta delimitación permitiría un uso más eficiente de los recursos y un enfoque más equitativo en la cobertura de salud.

7 Financiamiento estatal en casos excepcionales

Se propone que, en casos excepcionales en los que la cobertura de salud no esté prevista por el sistema actual (PMO) o sea de alto costo, el Estado Nacional asuma la responsabilidad de financiar dicha cobertura. Esto garantizaría que los z la salud es un derecho prestacional que permite a los individuos exigir del Estado el acceso a atención médica cuando están enfermos. Esta obligación activa del Estado busca proteger y asistir a los ciudadanos, asegurando un acceso equitativo a los servicios de salud.

Estas propuestas buscan abordar la problemática de la judicialización de la cobertura de salud desde diferentes perspectivas, incluyendo la creación de mecanismos de evaluación técnica, la promoción de resoluciones extrajudiciales, la colaboración entre los actores del sistema de salud y la delimitación de responsabilidades. El objetivo es lograr un equilibrio entre los derechos constitucionales y la viabilidad financiera, garantizando una atención médica equitativa y efectiva para todos. ■

Sobre judicialización



por Oscar Cochlar*

Forma parte del “saber popular” que aquello que se reclama a la obra social o la empresa de medicina prepaga y encuentra respuesta negativa, se puede recurrir a la vía judicial con resultado casi garantizado.

En los últimos 20 años y a partir del descubrimiento masivo de la vía del amparo contra particulares, los Tribunales se encuentran inundados de reclamos que se refieren tanto a prestaciones, provisiones o medicamentos, y también vinculados a cuestiones de afiliación (las demandas de jubilados son un ejemplo de ello) como además a aspectos económicos (aumentos de cuotas de afiliados voluntarios y valores de diferencias por preexistencias, para el caso).

El artículo en cuestión se adentra en esa problemática y lo hace desde un lugar particular. Se advierte en todo el texto en análisis la referencia a la equidad. Y cuando hablamos de equidad, la primera reflexión que subyace es la referencia a “lo colectivo”. Sólo puede hablarse de equidad cuando se comparan situaciones y ello nos lleva, necesariamente, a la consideración de lo colectivo.

Subyace en todo el documento la referencia a lo colectivo, por oposición a las situaciones individuales que se resuelven en la justicia. Por ello, se relaciona la equidad con el sostenimiento del sistema en el tiempo. Parte de la idea que hay que dejar de lado el concepto puramente individual –más allá del caso puntual que se pone a consideración de la Justicia– para analizar la consecuencia social a largo plazo, entendiendo por social no sólo lo colectivo (el resto de los afiliados de las instituciones) sino también las consecuencias que las decisiones judiciales pueden generar para la sostenibilidad en el tiempo de todo el sistema de salud. Dicho de otro modo, si un amparo consume la totalidad de los recursos, no sólo afecta al resto de los afiliados sino también conspira contra la continuidad de la institución de que se trate.

El trabajo también avanza con mucha precisión sobre el desarrollo de la jurisprudencia en esta materia, tomando para ello un lapso bastante amplio partiendo desde el año 1980 y analizando la vinculación con el derecho a la vida. Finalmente, se realizan una serie de propuestas para intentar paliar los efectos de la judicialización como son la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la realización de audiencias en el marco de los procesos judiciales como también los métodos alternativos de resolución de conflictos en los ámbitos administrativos, la importancia del acercamiento de la justicia (de los jueces) hacia el conocimiento de la problemática. También la delimitación de la responsabilidad de los financiadores de salud, así como su consecuencia, el financiamiento estatal en casos excepcionales. Pero fundamentalmente, se insiste en la búsqueda del equilibrio entre las garantías constitucionales de protección del derecho a la salud –tanto en la Constitución Nacional, los tratados internacionales y las leyes– y el financiamiento del sistema en su conjunto.

En mi opinión, este trabajo demuestra una paradoja de estos tiempos: la evolución del derecho a la salud desde una perspectiva subjetiva conlleva mayor judicialización. Esto es, tenemos más cobertura, ha mejorado en cuanto a la prestación médico-asistencial y la tecnología, así como en el acceso a nuevos medicamentos y tratamientos, pero a su vez se ha incrementado la judicialización.

Quizás será tiempo de analizar la aplicación del artículo 14 del Código Civil y Comercial de la Nación en lo que hace a la consideración que esa norma otorga a los derechos colectivos y su incidencia en el sistema de salud. Ese artículo dice textualmente: Derechos individuales y de incidencia colectiva. En este código se reconocen: a) derechos individuales; b) derechos de incidencia colectiva. La ley no ampara el ejercicio abusivo de los derechos individuales cuando puedan afectar al ambiente y a los derechos de incidencia colectiva en general. ■

* Oscar Cochlar es Magíster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud y Magíster en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social por la Universidad de Alcalá de Henare en conjunto con la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social. Es abogado por la UBA. Actualmente es docente en ISALUD y en la Facultad de Medicina de la UBA y ha sido profesor en otras universidades. Es socio del Estudio Portela, Cochlar & Asoc. Ha trabajado en la gestión pública siendo Jefe de gabinete en el año 2016 y 2017. Anteriormente Gerente de gestión estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud.

El impacto del monotributo en salud

El monotributo, instaurado en 1998 mediante la Ley N° 24.977 en Argentina, ha ejercido un impacto revolucionario en el sistema de salud y en la estructura de justicia distributiva de las obras sociales. En este análisis, desde el IIDOS se explora este fenómeno en detalle.

Las obras sociales en Argentina se erigen como un pilar fundamental del sistema de salud, con el propósito de asegurar cobertura médica y asistencia sanitaria a los trabajadores y sus familias. Su fundamento radica en la equidad en la atención médica, sustentada en principios de justicia distributiva, donde la contribución al fondo común se ajusta a la capacidad económica de cada beneficiario, asegurando servicios de salud acorde a las necesidades, sin importar su situación socioeconómica.

Un rasgo distintivo de las obras sociales argentinas es que se encuentran bajo la administración de las propias organizaciones de trabajadores, en su mayoría sindicatos. Esto conlleva una participación activa de los trabajadores en la gestión y la toma de decisiones en relación con sus servicios de salud, fomentando una mayor vinculación con su atención médica.

La financiación del sistema de obras sociales proviene de las contribuciones tanto de los trabajadores como de los empleadores. Estas contribuciones son proporcionales a los ingresos individuales, asegurando que aquellos con salarios más altos aporten más en proporción a sus recursos económicos.

En términos generales, los empleados aportan el 3% de su remuneración bruta, mientras que los empleadores contribuyen con el 6%. Esta distribución de cargas se basa en el principio de que todos deben contribuir de acuerdo a su capacidad.

Las obras sociales en Argentina tienen como objetivo garantizar la igualdad en la atención médica a través de un sistema de financiamiento equitativo y la pro-

visión de servicios de salud integrales para todos los beneficiarios. Su gestión por parte de las organizaciones de trabajadores fortalece la participación y la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

MONOTRIBUTO

Impacto disruptivo del monotributo en el Sistema de Salud y la justicia distributiva en Argentina

Uno de los aspectos más disruptivos del Monotributo es su impacto en el sistema de salud y, en particular, en la justicia distributiva de las obras sociales. La justicia distributiva, que busca que todos los beneficiarios aporten según su capacidad y reciban atención médica según sus requerimientos, se ve influenciada por esta dinámica.

En el ámbito de los monotributistas, su contribución al componente de salud se basa en una igualdad aritmética, donde sin importar su categoría, todos aportan la misma cantidad. Esto contrasta con el principio de contribución proporcional a la capacidad económica en las obras sociales de los empleados en relación de dependencia.

La igualdad aritmética en los aportes de los monotributistas genera desigualdades tanto internas como externas al sistema de salud. Internamente, los monotributistas contribuyen de manera uniforme, independientemente de sus ingresos, generando una disparidad en comparación con los empleados en relación de dependencia que aportan en función de sus ganancias.

Desafíos de equidad

La falta de proporcionalidad en los aportes generada por el Monotributo plantea desafíos en términos de equidad en el sistema de salud. Esta disrupción en la justicia distributiva pone en riesgo los principios fundamentales en los que se basan las obras sociales y su objetivo de proporcionar atención médica equitativa.

El Monotributo, a pesar de su concepción original como un régimen tributario simplificado, ha generado un impacto disruptivo en el sistema de salud de Argentina al introducir un mecanismo de aporte basado en igualdad aritmética en lugar de contribuciones proporcionales a la capacidad económica. Esto ha originado desigualdades tanto internas como externas en el sistema de salud, desafiando los pilares de equidad y justicia distributiva en los que se sustentan las obras sociales.

Inequidades en el sistema de monotributo: desequilibrios en las contribuciones

El sistema de monotributo en Argentina revela inequidades internas que se manifiestan a través de disparidades en las contribuciones efectuadas por diversas categorías. Un aspecto de particular relevancia es que los monotributistas, independientemente de sus ingresos, efectúan aportes fijos idénticos mensuales, lo que resulta en una serie de desequilibrios notorios.

Un ejemplo ilustrativo destaca esta disparidad al comparar las contribuciones de las categorías más bajas (como la categoría A) con las más altas (como la categoría K). La ironía y la preocupación emergen al observar que la categoría de menores ingresos, que generalmente tendría una capacidad contributiva limitada, aporta un porcentaje significativamente mayor de sus ganancias en contraste con la categoría de mayores ingresos.

Inequidad en las proporciones

La categoría A contribuye con un 4,57% de sus ingresos, mientras que la categoría K aporta únicamente un 0,45% de sus ingresos. Esta disparidad sugiere que el sistema de monotributo, de manera indirecta, favorece a los contribuyentes con mayores ingresos, ya que su aporte en términos porcentuales es notablemente menor.

Reflexiones sobre justicia y eficiencia

Esta dinámica de inequidad interna plantea inquietudes significativas acerca de la justicia y eficiencia del sistema de monotributo. Las políticas tributarias deberían aspirar a alcanzar una distribución equitativa de

las cargas fiscales, en la que aquellos con mayores capacidades contributivas aporten proporcionalmente más para sustentar los servicios y programas gubernamentales. En este escenario, la inequidad interna identificada podría requerir una revisión y ajuste del sistema de monotributo, con el fin de asegurar una distribución más justa de las responsabilidades fiscales entre distintos niveles de ingresos.

Monotributistas vs. trabajadores en relación de dependencia. Inequidad externa en las contribuciones.

La disparidad entre los monotributistas y los trabajadores en relación de dependencia se hace evidente a través de notables diferencias en las contribuciones que realizan a los sistemas de seguridad social y tributario. Esta desigualdad plantea cuestionamientos sobre la equidad y sus implicaciones.

Los empleados asalariados en relación de dependencia destinan un 9% de su remuneración bruta al sistema, englobando contribuciones a la seguridad social, jubilación, salud y otros beneficios. Este porcentaje, siendo considerable, puede impactar la cantidad de ingresos disponibles para los trabajadores.

Por otro lado, para los monotributistas, como se mencionó previamente, la contribución varía desde un mínimo del 0,45% hasta un máximo del 4,57% de sus ingresos. Esta gama de aportes es significativamente más baja en términos porcentuales en comparación con lo que aportan los trabajadores en relación de dependencia.

La falta de contribución adecuada por parte de los monotributistas podría afectar la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de seguridad social, ya que no estarían aportando lo suficiente para mantener los beneficios y servicios proporcionados.

Para abordar esta inequidad, es crucial contemplar políticas fiscales y de seguridad social que busquen equilibrar las contribuciones entre diversas categorías de contribuyentes. Esto podría implicar ajustes en las tasas de contribución de los monotributistas para reflejar más justamente sus capacidades contributivas, logrando así una distribución equitativa de la carga fiscal entre distintos grupos de contribuyentes.

Desigualdad en los aportes a las obras sociales: análisis de inequidad y propuestas de equidad

El análisis de los aportes a las obras sociales por parte de los monotributistas destapa revelaciones impactantes sobre la disparidad en los niveles de contribución y su

relación con distintas categorías de ingresos. Al explorar cómo se distribuirían los aportes si se mantuviera un porcentaje constante en relación al monto superior de facturación de la categoría A, que es del 4,569%, se hacen evidentes las desigualdades entre las categorías y sus respectivas contribuciones, resaltando la inequidad inherente en el sistema.

Es evidente la necesidad de evaluar y posiblemente reformar las estructuras de contribución para lograr una distribución más equitativa y proporcional de las cargas fiscales y de seguridad social.

La discusión también debe considerar cómo asegurar que los aportes realizados sean utilizados de manera efectiva para beneficiar a todos los ciudadanos, independientemente de su categoría o nivel de ingresos. La revisión y posible reestructuración de los aportes se perfilan como medidas esenciales para lograr una mayor equidad y justicia en el sistema de contribuciones a las obras sociales.

El cuadro 1, comparativo de aportes entre los monotributistas y los empleados en relación de dependencia proporciona una visualización clara de las diferencias en los montos contribuidos por ambos grupos en distintos escenarios salariales. Este cuadro ofrece una perspectiva concisa de las disparidades en los niveles de contribución entre estas dos categorías de contribuyentes y cómo estos aportes se relacionan con diferentes referencias salariales.

El cuadro muestra cómo, en todos los escenarios salariales considerados, los empleados en relación de dependencia contribuyen notablemente más en términos absolutos que los monotributistas. A pesar de que los aportes de los empleados en relación de dependencia se calculan como un porcentaje fijo de su remuneración bruta (9%), resulta en montos sustancialmente superiores en comparación con el aporte fijo de los monotributistas (\$1,775.18).

Además, en el cuadro 2 se resalta cómo estos aportes comparativos se relacionan con distintos niveles salariales, como el salario mínimo y el salario promedio. En todos los casos, los aportes de los empleados en relación de dependencia exceden significativamente los aportes de los monotributistas, dando lugar a diferencias del 131% al 183%.

Es notorio que la cantidad de empleados en relación de dependencia es considerablemente mayor que la de monotributistas. Sin embargo, el monto total de aportes mensuales realizado por los empleados en relación de dependencia es más de 6 veces superior al monto total de aportes realizados por los monotributistas.

Este desequilibrio en los montos de aportes entre empleados en relación de dependencia y monotributistas puede tener implicaciones importantes:

- Equidad y justicia: el sistema de aportes debería ser equitativo y justo, asegurando que todos los contribuyentes compartan la carga de manera proporcional a sus capacidades contributivas. La brecha en los aportes puede generar desigualdades en el sistema.
- Sostenibilidad: el desequilibrio en el financiamiento puede afectar la sostenibilidad de las obras sociales y sistemas de seguridad social, ya que los recursos pueden no ser suficientes para cubrir las necesidades de los beneficiarios.

Cuadro 2

	Aportantes	Monto mensual
Empleados privados	6.089.300	\$ 11.032,00
Monotributistas	1.805.700	\$ 1.775,18

Elaborado en base a fuentes oficiales: Datos del Informe sobre Situación y Evolución del Trabajo Registrado mayo 2022 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Cuadro 1. Monotributistas vs. empleados en relación de dependencia: desigualdades en los aportes

		Aporte 9%	Aporte Monotributista	Rel Obli/Mono
Salario mínimo al 1.06.2022 (Según Decreto PEN)	45,540	4098.6	1775.18	131%
Salario mínimo al 1.08.2022 (Según Decreto PEN)	47,850	4306.5	1775.18	143%
Salario promedio al 4to trim 2021 (según Indec)	55,823	5024.07	1775.18	183%

Elaborado en base a fuentes propias del Instituto

- Incentivos distorsionados: la diferencia en los montos de aportes podría incentivar a algunos a buscar formas de reducir sus aportes, lo que podría afectar la recaudación y la efectividad de los sistemas de seguridad social.

Para abordar este desafío, es esencial revisar y ajustar las políticas de contribución para lograr un equilibrio más equitativo y proporcional en el financiamiento de las obras sociales y otros servicios de bienestar. Esto podría incluir cambios en las tasas de aportación, políticas de subsidios enfocados o incluso una reevaluación de la estructura general de financiamiento de la seguridad social para garantizar una distribución justa de la carga entre diferentes grupos contribuyentes.

Desafíos en el componente de salud del monotributo: balance y perspectivas

La situación del componente de salud en el contexto del monotributo destaca una serie de desafíos y desequilibrios que requieren atención y soluciones innovadoras. Los datos proporcionan una visión detallada de la recaudación de los monotributistas por componentes durante un período específico y su relación con la recaudación impositiva total del Estado.

La recaudación destinada a la obra social de los monotributistas se refleja en los montos mensuales proporcionados. Estos aportes se utilizan para financiar los servicios de salud y beneficios médicos de los monotributistas, garantizando su acceso a la atención médica necesaria.

El desafío de la proporción en la recaudación

Los componentes de recaudación se relacionan con la recaudación impositiva total del Estado, dando lugar a dos observaciones clave:

- Participación limitada: la recaudación total del monotributo, que abarca los tres componentes, representa una fracción muy reducida de la recaudación impositiva total del Estado. En promedio, esta recaudación apenas supera el 0.82% de la recaudación total.
- El componente impositivo en contexto: en términos de contribuciones impositivas, el componente impositivo neto del monotributo es aún más modesto, representando cerca del 0.24% de la recaudación total.

Esto destaca que, en su forma actual, el monotributo no tiene un impacto sustancial en la recaudación impositiva general del país.

PROPUESTAS

La situación planteada revela desafíos en términos de contribución al financiamiento estatal y la prestación de servicios de salud. Para enfrentar esta situación, se requiere una perspectiva innovadora que promueva la equidad y justicia en el sistema de recaudación y en la

prestación de servicios de salud. Algunas soluciones posibles podrían incluir:

- Reforma en los aportes: evaluar ajustes en los montos de aportes en función de los ingresos y capacidad contributiva, logrando así una distribución más equitativa de las cargas fiscales y de seguridad social.
- Mayor integración: explorar estrategias para integrar de manera más efectiva a los monotributistas en el sistema de seguridad social y obras

sociales, asegurando que los beneficios de salud sean adecuados y accesibles para todos.

- Revisión de estructura: considerar cambios estructurales en el monotributo para fortalecer su papel en la recaudación impositiva y la prestación de servicios de salud, garantizando contribuciones justas y proporcionales.

Estas medidas podrían contribuir a un sistema más justo y sostenible para todos los contribuyentes y beneficiarios.

MONOTRIBUTO

Desafíos en el financiamiento de la cobertura de salud en el monotributo: equidad y soluciones

La insuficiencia de los aportes del monotributo para cubrir el costo mínimo del Programa Médico Obligatorio (PMO) plantea una problemática de desequilibrio y desfinanciamiento en relación a la atención médica de los monotributistas. Esta disparidad entre los aportes y el verdadero costo del PMO se refleja en diversas dimensiones, tal como se describe a continuación.

De acuerdo a la elaboración de datos del IIDOS, existe una discrepancia entre el aporte per cápita promedio del monotributo, que alcanza los \$1,941.15, y el valor estimado del PMO, que asciende a \$4,630. Esta diferen-

La falta de contribución adecuada por parte de los monotributistas podría afectar la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de seguridad social

cia negativa de \$2,688.85 señala que los aportes de los monotributistas apenas abarcan un poco más de un tercio del costo promedio del PMO.

Esta disparidad pone en evidencia una incongruencia en el sistema en términos de la relación entre los aportes y la cobertura médica. El sistema de obras sociales original se basa en la justicia distributiva, que vincula los aportes con los ingresos para lograr una distribución equitativa de la carga. Sin embargo, el régimen del monotributo no sigue esta lógica, y como resultado, los aportes individuales para la cobertura de salud son uniformes, independientemente de los ingresos. Esta discrepancia en la justicia distributiva subyacente desencadena problemas de desfinanciamiento.

La disparidad tributaria inherente a la inscripción en el monotributo, en contraste con el costo real del PMO, ha creado una situación en la que muchas personas se inscriben en el monotributo principalmente para acceder a la cobertura médica. De acuerdo con MiObraSocial.com.ar, el 47.44% de los monotributistas se registran solo con este propósito. Esto distorsiona el propósito original del sistema, ya que su enfoque primordial no era proporcionar cobertura médica, sino establecer una contribución impositiva más equitativa.

PROPUESTAS

Para abordar esta situación, una propuesta superadora podría considerar:

- Ajuste en los aportes: evaluar la implementación de un sistema de aportes más proporcional, basado en la capacidad contributiva de los monotributistas. Esto garantizaría una contribución más justa en relación a los beneficios recibidos.
- Integración en el sistema de obras sociales: explorar formas de incorporar a los monotributistas de manera más efectiva en el sistema de obras sociales, permitiéndoles acceder a la atención médica sin crear desequilibrios en el financiamiento.
- Diseño más cohesivo: considerar un diseño más coherente que refleje la equidad y justicia distributiva en los aportes y la cobertura de salud, alineando el régimen del monotributo con los principios del sistema de seguridad social y obras sociales.

Esto es esencial para establecer un sistema más equitativo y sostenible en términos de cobertura de salud para

los monotributistas, cumpliendo con los valores fundamentales de justicia distributiva y bienestar colectivo.

MONOTRIBUTO

Análisis comparativo de gastos médicos entre monotributistas y afiliados obligatorios en OSDEPYM

El objetivo del análisis realizado por el IIDOS es indagar sobre la evolución del gasto medio por afiliado en dos grupos distintos: los monotributistas y los afiliados obligatorios. A través de la comparación de estos datos, se busca comprender cómo los gastos y las relaciones entre estos grupos han cambiado a lo largo del tiempo, especialmente en el contexto de los distintos planes de cobertura médica ofrecidos por la obra social.

Evolución de afiliados y cambios en el contexto pandémico

En los últimos años, se puede observar que el patrón de afiliación de monotributistas y afiliados obligatorios ha

seguido una trayectoria similar en términos generales. Sin embargo, el análisis destaca que el plan P-2000 experimentó un aumento relativo en la cantidad de afiliados monotributistas a raíz del inicio de la pandemia de COVID-19. El plan P-4000 también muestra una modificación en abril de 2020. Esta variación en la cantidad de afiliados influye en la distribución de consumo y gasto.

En la comparación de los gastos medios mensuales por afiliado en los planes básicos (que cubren el PMO) entre los grupos de monotributistas y afiliados obligatorios (con una media móvil), se

observan similitudes en los comportamientos. Es evidente que los gastos medios mensuales de ambos grupos presentan diferencias. Factores como particularidades mensuales y eventos, como el consumo de afiliados con necesidades catastróficas, influyen en el gasto per cápita mensual.

Cambio en las relaciones de gasto a lo largo del tiempo

Un aspecto significativo del análisis es la relación entre los gastos de los grupos de monotributistas y afiliados obligatorios. Se identifica un punto de cambio alrededor de mediados de 2017 en esta relación. Antes de esta fecha, los gastos de los afiliados obligatorios eran apro-

Es esencial revisar y ajustar las políticas de contribución para lograr un equilibrio más equitativo y proporcional en el financiamiento de las obras sociales y otros servicios de bienestar

ximadamente el doble de los de los monotributistas. No obstante, a partir de 2021, los gastos de los monotributistas han experimentado un aumento constante hasta casi igualar los valores de los afiliados obligatorios.

Al explorar posibles factores que podrían justificar estos cambios en las relaciones de gasto, se destaca la influencia de cambios comerciales en la obra social relacionados con la capitalización del gasto prestacional. Por ello, se plantea la hipótesis de que un mayor enfoque en la capitalización del gasto podría nivelar los gastos promedio de todos los tipos de afiliados.

Este análisis basado en datos empíricos de OSDEPYM ilustra cómo los gastos y las relaciones entre los grupos de afiliados monotributistas y obligatorios han evolucionado en distintos planes de cobertura médica. Los resultados destacan la influencia de factores económicos y comerciales en las diferencias y similitudes observadas. Además, se enfatiza que la inflación y las estrategias comerciales de la obra social han jugado un rol clave en la evolución de los gastos a lo largo del tiempo.

Insostenibilidad financiera en la cobertura médica de monotributistas: análisis del caso OSDEPYM

El análisis exhaustivo del caso OSDEPYM pone de relieve un tema crítico en relación a los afiliados monotributistas: la insostenibilidad del sistema actual de cobertura médica. El enfoque se centra en los resultados obtenidos para los afiliados monotributistas con cobertura básica, arrojando luz sobre la insuficiencia del modelo vigente. Los resultados obtenidos por el IIDOS en este análisis exponen con claridad la discrepancia entre los gastos y los aportes, subrayando la necesidad de abordar este desafío.

Desglose de los resultados de insustentabilidad

Los resultados revelan cifras contundentes: en el último trimestre de 2021, el gasto medio prestacional por afiliado fue de \$2027, mientras que el gasto medio total, incluyendo un 8% adicional, ascendió a \$2190. Sin embargo, el aporte directo de la obra social durante el mismo período fue de tan solo \$1409 por afiliado. Esto significa que por cada afiliado monotributista con cobertura básica, la obra social experimentó una pérdida mensual de \$781. Dado que OSDEPYM cuenta con alrededor de 80,000 afiliados monotributistas, esta

pérdida individual se traduce en un flujo neto mensual negativo de más de \$62 millones.

El análisis reconoce que estos resultados se basan en un escenario optimista y que están influenciados no solo por las características de los afiliados, sino también por la calidad y disponibilidad de los servicios médicos. Se señala que más del 90% de los monotributistas con cobertura básica no utilizan o apenas consumen los servicios de la obra social, lo cual contribuye a las pérdidas económicas registradas.

Paradojas del sistema y efectos perversos

El análisis también arroja luz sobre una paradoja en el sistema actual. Aunque cabría esperar que los aportes y el consumo estén relacionados, el análisis sugiere que un aumento en los aportes podría conducir a un mayor consumo por parte de los afiliados que actualmente no utilizan la obra social. Sin embargo, este incremento en el consumo, a pesar de su aparente beneficio, podría generar consecuencias devastadoras para el sistema de obras sociales debido a su insostenibilidad latente.

En resumen, el análisis concluye la gravedad del problema en términos de la sustentabilidad financiera de los servicios de salud para los afiliados monotributistas.

PROPUESTAS

Reforma para equilibrar los componentes del monotributo: alivio fiscal y sostenibilidad

La propuesta de reforma se basa en una reasignación estratégica de recursos dentro del sistema del Monotributo. El enfoque recae en los componentes impositivo, previsional y de obra social. La reforma tiene como meta principal equilibrar estos componentes, ofrecer alivio fiscal a los contribuyentes y mejorar la sostenibilidad financiera de las obras sociales. La iniciativa se alinea con la lógica jurídica y social y busca resolver las disparidades en los aportes de los monotributistas.

Algunos aspectos clave de la propuesta de reforma son:

- Enmienda legislativa y alivio fiscal: la reforma, que obtuvo media sanción

en la Cámara de Diputados el 15 de junio de 2023, modifica la Ley 27.977 del Monotributo. Su objetivo es reducir la carga fiscal para los contribuyentes.

- Eliminación del componente impositivo en categorías bajas: la reforma propone eliminar el componen-

Se requiere una perspectiva innovadora que promueva la equidad y justicia en el sistema de recaudación y en la prestación de servicios de salud

te impositivo en las categorías A y B del monotributo. Esto refleja una orientación hacia una menor carga impositiva y un enfoque más orientado a los componentes previsional y de salud.

- Reasignación de recursos: se propone reasignar una parte del componente impositivo al componente de obra social. Se sugiere que la AFIP pueda redirigir una porción del 70% del componente impositivo hacia las obras sociales.
- Escenarios de reasignación: se contemplan dos escenarios, uno de máxima (reasignación total del 70%) y otro de mínima (porcentaje menor). Ambos escenarios implicarían una reasignación a favor de las obras sociales, sin aumentar el monto total abonado por el monotributista.
- Exclusión de jurisdicciones provinciales: se enfatiza que la reasignación afectaría únicamente al 70% del componente impositivo destinado a la Nación. El restante 30%, dirigido a jurisdicciones provinciales, no está contemplado en la propuesta.
- Capacidad de modificación de la AFIP: la AFIP posee la facultad de modificar los montos de los componentes, incluido el componente impositivo. Se sugiere que también podría reasignar los montos en función de la propuesta.
- Renovación de valores del monotributo: la propuesta se considera oportuna para el proceso de renovación de valores del Monotributo, que vence el 31 de diciembre. Este sería un momento propicio para negociar e implementar los cambios propuestos.
- Enfoque en los resultados y análisis financiero: comprender el impacto financiero de financiar el gasto en salud básica (PMO) para los afiliados monotributistas en el caso de OSDEPYM. Se utiliza información registrada por OSDEPYM en un periodo desde enero de 2016 hasta diciembre de 2021.

La propuesta de reforma busca equilibrar los componentes del Monotributo y mejorar la sostenibilidad financiera de las obras sociales sin aumentar la carga fiscal para los contribuyentes. Su implementación se vislumbra como un paso hacia la mejora del sistema, manteniendo

do la lógica jurídica y social planteada y asegurando un equilibrio entre los intereses de los monotributistas y la viabilidad de las obras sociales.

Propuesta de Financiamiento de Salud para Afiliados Monotributistas: Reasignación de Recursos

Desde el IIDOS se trabajó sobre el enfoque de evaluación de la relación entre los gastos medios por afiliado entre los grupos de monotributistas y afiliados obligatorios a lo largo del tiempo. Esta comparación proporcionó información vital para diseñar soluciones que equilibren el sistema y mejoren la sostenibilidad financiera.

Se plantean, entonces, tres alternativas para corregir la asimetría entre el pool de riesgo y financiamiento del monotributo:

- Aumentar la base del componente de salud para los monotributistas.
- Establecer un sistema aritmético progresivo basado en las categorías.
- Proponer un aumento del componente de salud sin incrementar el monto total del monotributo.

La tercera alternativa destaca como la más beneficiosa, al reasignar parte del componente impositivo al componente de salud. Esta propuesta representa una disminución efectiva de la carga impositiva, aumenta la recaudación para la salud y reduce el componente impositivo en un 70% (máxima) o un 35% (mínima). Los monotributistas se verían beneficiados con más recursos disponibles para las obras sociales.

El análisis presenta una estrategia sólida de comparación entre el gasto prestacional de afiliados monotribu-

tistas y afiliados obligatorios. La propuesta de reasignación de recursos del componente impositivo al de salud se erige como una solución viable para mejorar la financiación de la salud de los monotributistas. Además de aumentar la recaudación para las obras sociales, esta propuesta no incrementa la carga fiscal para los contribuyentes y contribuye a un sistema de salud más equitativo y sostenible. ■

El sistema de obras sociales original se basa en la justicia distributiva, que vincula los aportes con los ingresos para lograr una distribución equitativa de la carga. Sin embargo, el régimen del monotributo no sigue esta lógica, y como resultado, los aportes individuales para la cobertura de salud son uniformes, independientemente de los ingresos

Sobre el monotributo



Por Nicolás Striglio*

La crítica situación económica que afecta a nuestro país, con un contexto de alta inflación, tiene consecuencias no solo sociales sino también en el financiamiento de los subsistemas de Salud, sean los de la Seguridad Social, las empresas de medicina prepaga,

o los presupuestos nacionales, provinciales o destinados a financiar la salud de la población.

El Sector de la Salud requiere una profunda reforma, las mejoras y modificaciones deben ser progresivas, con consenso y a partir de un abordaje integral. Es necesario trabajar en mejorar algunos puntos estructurales tales como el Plan Médico Obligatorio, prestaciones de Discapacidad, judicialización, déficit de recursos, diferentes regímenes contributivos, etc

Naturalmente la mejora del sistema se lograría más fácilmente con una economía creciente que permita la incorporación a la formalidad de contribuyentes desde

la desocupación o economía informal. Hasta tanto esto ocurra, el actual sistema requiere medidas que tiendan a hacerlo más eficiente y contribuyan a simplificarlo.

Entre los distintos regímenes vigentes, es el Simplificado para los Pequeños Contribuyentes uno de los que mayores desequilibrios generan dado que su nivel de aporte está muy desfasado del costo de las prestaciones que reciben.

Al primer semestre del 2023, el universo total de monotributistas ascendía a 4.7 millones de personales de los cuales el 66% de los mismos realizan el pago del complemento tributario y previsional. Es decir, no se encuentran declarados en un F931 y no poseen alta en el impuesto a las ganancias.

En las primeras cuatro categorías, se concentra el 90% del padrón de monotributistas que aportan al sistema de salud. Vale aclarar, que hasta el año 2022 el componente salud era fijo para todas las categorías y recién a partir de la ley de Presupuesto para el año 2023 se modificó la curva de aportes, quedando fijo en \$3.061 el componente para las primeras 3 categorías, las cuales concentran el 82.7% del padrón.

* Nicolás Striglio es Gerente Control Económico Financiero de la Superintendencia de Servicios de Salud y docente universitario. Desde el año 2010 se desempeñó asesorando interna y externamente a distintas instituciones en relación al diagnóstico empresarial estratégico, planificación financiera, simulación de escenarios y análisis de sensibilidades, análisis de rentabilidad e indicadores de gestión, costeo de unidades de negocio y reingeniería de áreas, servicios y procesos.

Gráfico 1. Composición Padrón Monotributistas

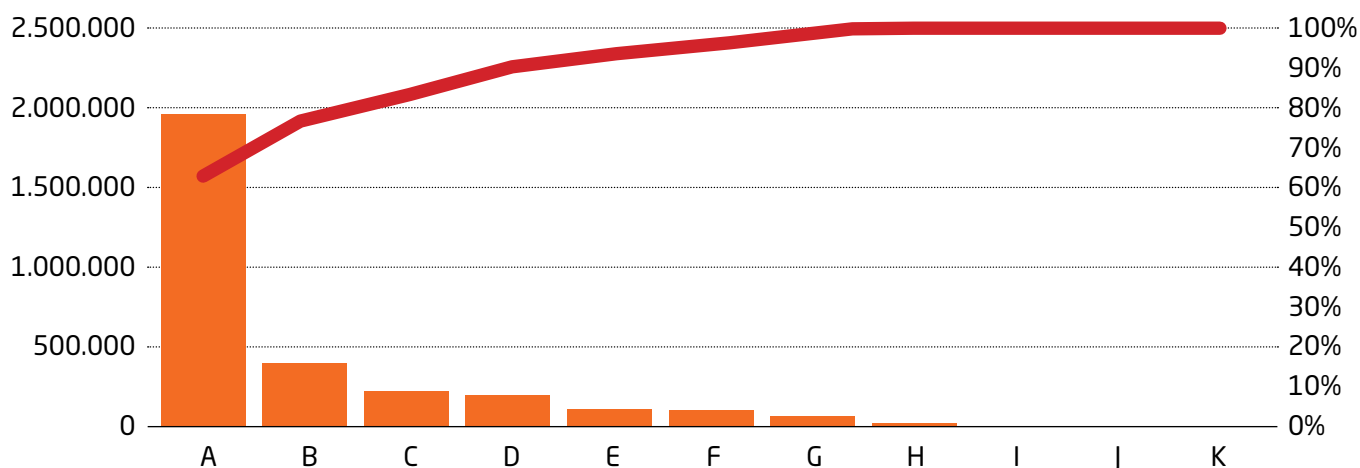


Gráfico 2. Distribución del ingreso promedio mensual de los últimos 6 meses por obra social en concepto de aportes y contribuciones netos

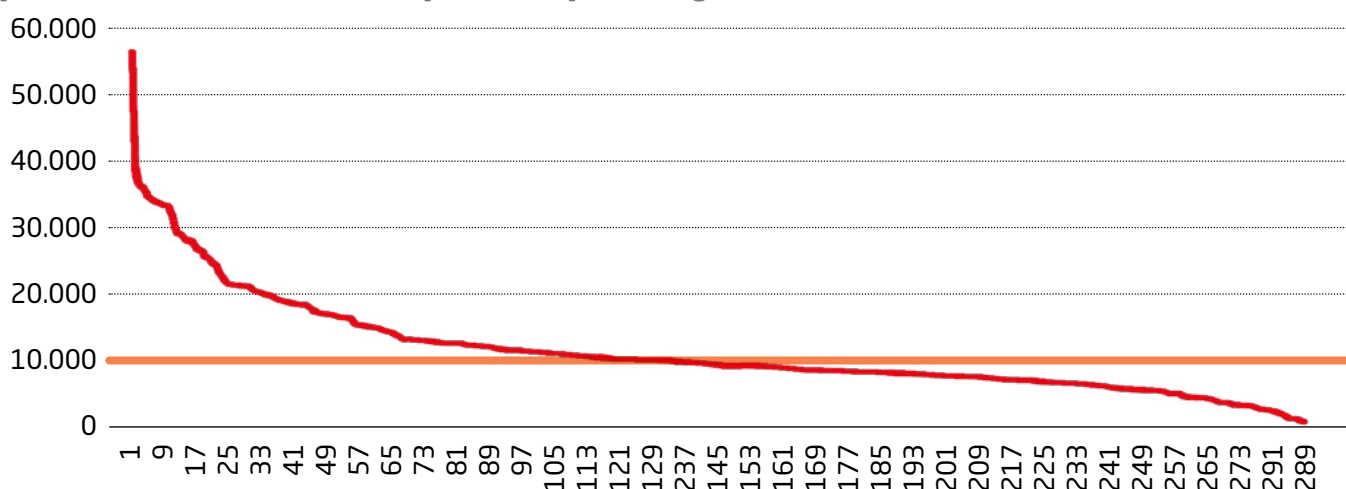
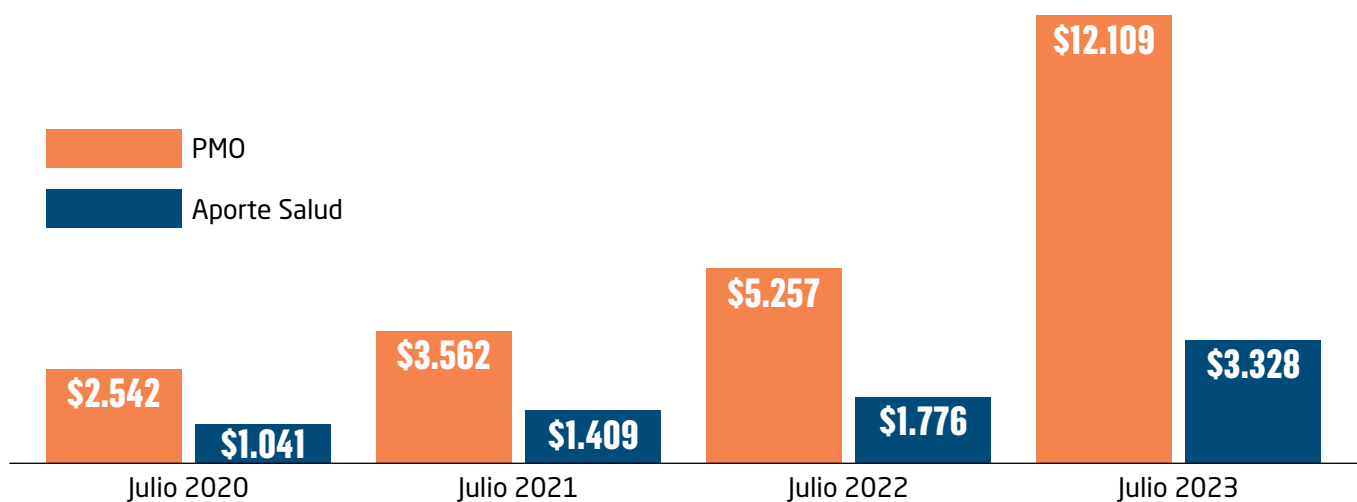


Gráfico 3. Evolución Valor PMO vs Evolución Componente Salud Monotributo



Actualmente el ingreso promedio del sistema de Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales) se ubica en los \$10.180 por afiliado, cuando el aporte promedio ponderado correspondiente al componente de salud del Régimen de Pequeños Contribuyentes está en \$3.328. Es decir, el descalce entre el aporte promedio del sistema y del monotributo se ubica por encima del 300%.

Si bien actualmente existen mecanismos de compensación financiera tales como el subsidio SUMARTE de la SSSalud, resultan insuficientes. En el último mes, la cápita correspondiente al Subsidio SUMARTE se ubicó en los \$1.672. Es decir, que si consideramos el aporte del componente salud del régimen simplificado neto del aporte al Fondo Solidario de Redistribución (10%), el ingreso agregado que recibe una obra social por cada afiliado perteneciente a este régimen es de \$4.667.

Por otro lado, cuando observamos el gasto promedio del PMO, que a julio de 2023 rondaba los \$12.100, solo llega

a cubrirse un 38% del mismo con el aporte agregado. En el último año, se observa un crecimiento del valor del PMO del 130% cuando el ajuste del componente salud del régimen de pequeños contribuyentes creció solo el 87%. Mientras que el componente de salud del monotributo creció 2,2 veces en estos últimos 4 años, el costo del PMO se multiplicó por 4,7 veces.

Es necesario restablecer el equilibrio económico y financiero del sistema de salud y para esto es obligatorio la actualización de este régimen, el aporte del componente de salud no puede estar dissociado del costo del PMO. Asimismo, debe ser obligatoria la incorporación del grupo familiar dentro del mismo.

Asegurando la cobertura del costo del PMO, a través de la recomposición de los ingresos, la inviabilidad de una Obra Social estaría determinada por la ineficiencia en la gestión y/o cantidad limitada de beneficiarios cubiertos por, eventualmente, no constituir un pool de riesgo económico. ■

Satisfacción con la calidad de los servicios de salud y la diversidad de especialidades médicas

Este informe técnico presenta un análisis detallado de la satisfacción con la calidad de los servicios de salud y la diversidad de especialidades médicas de las personas encuestadas durante los últimos cuatro años (2020-2023) a nivel nacional. Se ha observado una tendencia a la baja en la satisfacción general, con un cambio significativo en las preferencias de respuesta de los encuestados. Además, se ha identificado que la satisfacción también varía según el tamaño de la localidad y la percepción de la diversidad de especialidades médicas disponibles.

Introducción

La satisfacción es un indicador crítico para evaluar el desempeño del sistema de salud en una región. En este informe, se analizan los resultados de encuestas realizadas durante los últimos cuatro años para comprender la evolución de la satisfacción.

Tendencia en la satisfacción

La satisfacción con la calidad de los servicios de salud ha disminuido en los últimos cuatro años, como se muestra a continuación:

Año 2020: El 63% de los encuestados manifestó estar satisfecho

Año 2021: La satisfacción disminuyó al 60%

Año 2022: Continuó la tendencia a la baja con un 48% de satisfacción

Año 2023: La satisfacción alcanzó su punto más bajo en estos cuatro años, con solo un 44%

Se destaca que, en el año 2023, la opción "Muy insatisfecho" obtuvo el mayor porcentaje de respuestas (28.3%), lo que refleja un preocupante aumento en la insatisfacción con los servicios de salud.

Variación por tamaño de localidad

La satisfacción con los servicios de salud varía según el tamaño de la localidad donde residen las personas encuestadas:

Localidades entre 35,000 y 100,000 habitantes: En esta categoría, se registra la menor satisfacción, con un 34,6% de respuestas positivas. Esto señala un desafío particular en la prestación de servicios de salud en estas localidades.

Satisfacción respecto a la diversidad de especialidades médicas

La satisfacción con la diversidad de especialidades médicas existentes en la localidad también ha experimentado una disminución constante durante los últimos cuatro años:

Año 2020: El 65% de los encuestados se mostró satisfecho con la diversidad de especialidades.

Año 2021: La satisfacción cayó al 59%.

Año 2022: Continuó disminuyendo al 46%.

Año 2023: Alcanzó su punto más bajo en estos cuatro años, con solo un 42%.

Variación por tamaño de localidad

Localidades de más de 100,000 habitantes: en estas áreas, el porcentaje de satisfacción alcanza el 51.2%, lo que indica una mayor satisfacción en comparación con otras categorías de tamaño de localidad.

Conclusiones

En resumen, la satisfacción con la calidad de los servicios de salud y la diversidad de especialidades médicas ha experimentado una tendencia a la baja durante los últimos cuatro años. La mayor insatisfacción se encuentra en las localidades de tamaño intermedio (entre 35,000 y 100,000 habitantes), y la percepción de la diversidad de especialidades médicas también ha disminuido significativamente. Estos resultados sugieren la necesidad de tomar medidas para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud en las localidades, especialmente en áreas con poblaciones de tamaño intermedio. Además, es importante abordar la percepción de la diversidad de especialidades médicas para garantizar una atención médica integral y satisfactoria.

Este informe proporciona una visión general de la situación actual, y se recomienda realizar análisis adicionales y consultas con expertos en salud para desarrollar estrategias efectivas de mejora.

Informe Técnico^[1]

Esta muestra se ajustó para reflejar las características de la población en términos de sexo, edad, nivel educativo, tamaño de localidad y regiones. Se recopilaron datos del 30 de junio al 8 de julio de 2023, con 1486 casos efectivos y un margen de error del 2,60% con un nivel de confianza del 95,5%

[1] FUNDACIÓN COLSECOR

Dra. María Cristina Cortesi: “La mayoría de los países tienen una ley de salud y nosotros tenemos una ley para cada enfermedad”

Es abogada, especialista en Derecho Sanitario y Farmacéutico. Fue entrevistada por IIDOS y allí cuenta acerca del trabajo interdisciplinario e intersectorial, su mirada sobre la judicialización, los amparos y la creación de una Agencia de Tecnología. También propone los desafíos de la cobertura universal

-En sus funciones ha equilibrado la actividad pública y privada, pero también sabemos que ha tenido una gran participación en organizaciones de la sociedad civil e incluso en el Colegio Público y en la Asociación de Abogados. ¿Qué aportes desde esos ámbitos se pudieron hacer desde lo jurídico al mundo de la salud?

-En la Asociación de Abogados de Buenos Aires, apenas me recibí me asocié. En ese momento, allí se encontraban los cursos de formación profesional. Y ahí seguí hasta que finalmente fui la presidenta de la Comisión de Derecho de la Salud, hoy soy vicepresidenta. Siempre estoy ligada a esa comisión, donde trabajamos bastante.

-¿Y en el Colegio Público?

-En el Colegio Público, hace diez años me citaron para ver si podía colaborar. En ese momento, les manifesté que yo me dedicaba

exclusivamente al Derecho de la Salud y el Colegio no tenía un ámbito donde yo pudiera colaborar. Entonces, es ahí donde me invitaron a presentar el pedido para que se forme una comisión que luego, terminó siendo Instituto -que es un ámbito académico superior a la comisión-. Así se formó este Instituto de Derecho Sanitario, donde yo fui hasta hace poco la presidenta.

-¿Y el vínculo que se generaba era sólo para abogados o también institucional, por ejemplo, con el Estado, con la Superintendencia o con el Congreso de la Nación?

-En el Colegio era solamente para la formación de abogados. En el Colegio, las necesidades eran principalmente del campo práctico, como talleres. No teníamos otro tipo de vínculo. En cambio, en la Asociación de Abogados de Buenos Aires, sí había una mayor relación con el Estado y otros organismos. Por



ejemplo, hemos realizado aportes como amicus curiae y manifestaciones de repudio, en ocasiones de carácter político pero relacionadas con el Derecho de la Salud. También participamos en la discusión de la ley de muerte digna, donde fuimos convocados para expresar nuestra postura.

-Ahora nos introduciremos en salud pública, sabemos que existe un criterio comúnmente denominado como “judicialización”, donde aparentemente quienes quieren acceder a un derecho a la salud no pueden acceder directamente y recurren a la justicia. ¿Cuál es su opinión y experiencia respecto de ello?

–Creo que la judicialización es una epidemia hoy en el ámbito de la salud porque cada vez hay más casos y los tribunales están colapsados de causas relacionadas con amparos de salud. La judicialización tiene varias aristas. En Argentina, comenzó con temas relacionados con mala praxis médica, lo que generó una gran cantidad de casos. Sin embargo, se fueron produ-

Mini bio: Dra. María Cristina Cortesi. Abogada (UBA). Especialista en Derecho Sanitario y Farmacéutico. Ex Directora del Instituto de Derecho Sanitario del CPACF. Vicepresidenta de la Comisión de Derecho Sanitario de la Asociación de Abogados y Abogadas de Bs. As. (AABA). Integrante de la Comisión de Derecho de la Salud de la Federación Argentina de Colegios de Abogados (F.A.C.A), autora de libros sobre la materia y de artículos publicados en el país y en el exterior. Capacitadora y Docente universitaria (U.C.A. y Universidad Favaloro). Asesora legal en la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.SALUD).

ciendo modificaciones. Y actualmente se da fundamentalmente en temas de amparos de salud. Si analizamos las causas, encontramos varias razones. Una de ellas es la desigualdad de las prestaciones, que se relaciona con el federalismo en salud. Tenemos leyes de salud nacionales y provinciales con distintas coberturas, lo que puede llevar a que una obra social provincial no otorgue una cobertura presente en el Programa Médico Obligatorio de una obra social nacional. A través de amparos, los jueces obligan a cumplir esa prestación para restablecer la igualdad. Por otro lado,

existe el problema del aumento de los costos de las nuevas tecnologías. Muchas de estas tecnologías aún se encuentran en etapa de investigación o experimentación, sin certeza de su eficiencia para un paciente determinado, pero sus costos son muy altos. Ya tenemos en el país el medicamento más caro del mundo, que cuesta tres millones y medio de dólares y es utilizado para la hemofilia tipo B. Aunque no se presentaron casos de amparo por este medicamento en el país, ya está aprobado por la FDA de los EEUU. Otro ejemplo es el medicamento Zolgensma, uno de los más caros del mundo, que cuesta 2 millones 100 mil dólares. Después de que muchos niños con atrofia muscular espinal presentaran amparos, el Ministerio se vio obligado a comprar el medicamento a un precio más bajo y suministrarlo. Los países buscan diferentes sistemas para hacer frente a estos desafíos y poder otorgar estos medicamentos, pero el acceso sigue siendo un problema.

-¿Cuáles serían esos sistemas?

-Por ejemplo, algunos países realizan estudios de farmacoeconomía, mientras que, en otros países, la farmacoeconomía implica evaluar numéricamente si es más conveniente administrar un medicamento costoso o brindar un tratamiento de por vida que, en última instancia, será más caro. Estos estudios no se llevan a cabo aquí, pero muchos países del mundo sí lo hacen. Otra perspectiva es el “tutelaje de tecnologías sanitarias”, que sí se aplica en nuestro país, y se basa en un sistema que lo que no cura no se paga, lo que significa que cuando un medicamento o tecnología -que puede ser farmacológica o no- sale al mercado y es aprobado, la industria que lo produce lo presenta como el mejor, asegurando una serie de efectos positivos. Sin embargo, el costo suele ser muy elevado. El sistema de acuerdos de riesgo compartido implementado en nuestro país busca compartir el riesgo entre el laboratorio elaborador del fármaco y el ente que lo financia. Se toma una cohorte de personas con la enfermedad en cuestión, en este caso, niños con Atrofia Muscular Es-

pinal (AME), a quienes se les suministra el Zolgensma, y se hace un seguimiento. A través de este seguimiento y teniendo en cuenta la situación del paciente antes del suministro del fármaco, se establece un plazo para realizar un seguimiento y determinar si la vida del paciente ha mejorado. Si ha mejorado, se paga por el tratamiento; si no ha mejorado, no se paga. Estos son acuerdos de riesgo compartido, y se implementaron por primera vez en nuestro país, mientras que en Europa se vienen utilizando desde hace muchos años.

-Volviendo a los amparos de salud, cuando el paciente recurre a la justicia, el juez, ¿en base a qué criterios resuelve acceder o rechazar el reclamo eventual del paciente?

-Creo que hay dos etapas en ese sentido. En la primera etapa, al principio, los jueces otorgaban la razón al amparista en un 100%, basándose en los convenios internacionales de derechos humanos, donde el Estado Nacional se convierte en garante de otorgar prestaciones de salud y mejorar la salud y calidad de vida de la población, sin mirar absolutamente nada más. Los tratados internacionales tienen un principio llamado “pro homine”, y los jueces se basaban exclusivamente en este principio, siempre a favor de la persona. Hoy en día, ya no es así por varios motivos. Por un lado, los jueces se han tenido que adaptar a este nuevo derecho y, por otro lado, han comenzado a consultar y escuchar diferentes opiniones antes de tomar una decisión. Ahora, se toma en cuenta no solo lo que el abogado del paciente o el médico tratante puedan argumentar, sino también la opinión de un auditor médico. El auditor médico, a pesar de trabajar para la obra social o la prepaga, tiene un rol importante y debe ser escuchado, ya que también puede tener conocimientos médicos y temor a una mala praxis si niega una prestación necesaria para la persona. Entonces también hay que escucharlo, cosa que nunca se hacía antes. También los jueces toman en cuenta los costos de los medicamentos que antes no se tomaban, la condición económica del que reclama. Muchas veces hay fallos donde un tratamien-

to muy costoso divide la obligación de pagarlo entre el actor y el sistema de salud, así que ya no es como antes donde había un 100%. De todas maneras, igual es bastante alto el porcentaje de amparos que salen a favor, pero los jueces lo miran de otra manera.

-¿Cuál es su mirada respecto de la idea de tener una agencia de tecnologías o un organismo que sintetice el conocimiento y le dé al juez una base sólida del campo de la salud para la decisión?

-En los últimos tiempos, en los amparos con medicamentos de alto precio, que yo tuve a la vista, siempre se pidió una mirada a la CONETEC. La CONETEC en algunos casos ya tiene elaborado un informe, en otros casos lo elabora en base a la consulta, pero siempre fueron consultados y los jueces también lo evalúan como una prueba más. Porque el tema es que acá en el país se discutió durante mucho tiempo crear una Agencia, pero para evaluación de tecnologías sanitarias.

-¿Cómo sería eso?

-Había un proyecto de ley donde se especificaba que un juez previamente a decidir tenía que contar con un dictamen de la Agencia de Evaluación de Tecnologías. Pero, más allá de eso, el tema es crear una estructura como se pensaba, yo no estaba muy de acuerdo. Me parece que la CONETEC, por ejemplo, cumple un trabajo muy bueno sin una estructura como la que se iba a crear y la verdad es que los dictámenes no son vinculantes.

-¿Cree que sería factible que se dictara una ley para que los dictámenes de una Agencia fueran vinculantes u obligatorios? ¿Eso sería impugnabile?

-Yo creo que sería impugnabile porque el juez siempre todas las decisiones las toma en base a todas las pruebas que tiene. Con ese caso dejaría de lado todas las demás pruebas y solamente se basaría en la prueba, en el informe o en ese dictamen que dice sí o no a una tecnología. Yo creo que sería como cercenar. Algo que el juez debe hacer en forma obligatoria porque

PREGUNTA IIDOS

-¿Qué haría si dispusiera de una lámpara mágica y tuviera el poder absoluto para modificar, cambiar o dejar como está hoy el sistema de salud de la Argentina?

-Yo retomaría algo en lo que trabajé con las organizaciones de la sociedad civil, que es la cobertura sanitaria universal. Esto implica suturar el sistema que lo tenemos muy fraccionado, pero no que desaparezca ningún subsistema. Los subsistemas de salud tienen que seguir; sea el sistema público, el de las obras sociales y el de la medicina privada. Todos, y en este caso hablamos también de las obras sociales provinciales, tienen que tener el piso de cobertura igualitario porque eso ayudaría también a eliminar o a dejar de lado o aminorar la judicialización, porque muchos casos tienen que ver con eso, es decir, una provincia que no adhiere. Aparte nosotros cometimos quizás el error de haber legislado por enfermedad; que la mayoría de los países tienen una ley de salud y después nosotros tenemos una ley para cada enfermedad, además tenemos la ley nacional y la ley provincial de cada una de las patologías que es una barbaridad. Entonces si una provincia no adhiere a la ley nacional, su obra social provincial no tiene obligación de aplicar esa ley nacional y tampoco el programa médico obligatorio y eso es lo que también trae muchas veces la judicialización.

Es decir, podría ser una ley nacional que las jurisdicciones locales podrían o deberían adherir de acuerdo a sus posibilidades y eso reestructuraría el sistema tal cual está hoy más fragmentado, más dividido, y de esa manera lograr el objetivo en su idea de una cobertura básica, una cobertura universal básica digamos.

en todas las normas se le obliga siempre al juez a evaluar o a decidir en base a todas las pruebas y acá sería en base a una sola.

-¿Hay algún antecedente en otros países respecto de la regulación de esta temática cuando hay un reclamo frente al derecho y hay un organismo, o una agencia, que juzga o determina desde el punto de vista técnico?

-Los países que han adoptado los tratados de derechos humanos y les dieron jerarquía constitucional como el nuestro tienen la misma problemática que nosotros. En cambio, en los países que no lo hicieron, el juez cuenta con otra libertad. ■

NOVEDADES Y ACTIVIDADES

NOTICIAS, INVESTIGACIONES, CONVENIOS Y TODA LA INFORMACIÓN DEL IIDOS

■ IIDOS internacional

Desde el IIDOS, hemos llevado nuestra visión un paso adelante al presentar el **"I Seminario de Innovación en Sistemas de Salud"**, que tuvo lugar en las ciudades de Oxford y Londres, del 4 al 8 de septiembre de 2023.

Los representantes del Instituto en la jornada fueron el Dr. Franco Caviglia y la Lic. Yanina Zanarini; asimismo contó con la dirección de German Fajardo Dolci y subdirección de Nicolás Mazza. El seminario se llevó a cabo gracias a la coparticipación de Consenso Salud y la Facultad de Medicina de la UNAM. Y se desarrolló en tres prestigiosas instituciones del Reino Unido: BMA House, King's College London y la University of Oxford.

Durante cinco días intensos, nos sumergimos en un diálogo apasionante sobre el futuro de la atención médica, explorando una serie de temas cruciales que están transformando el campo de la salud. Cada día estuvo marcado por debates profundos y presentaciones reveladoras que sin duda dejarán una huella perdurable en la forma en que abordamos la atención médica en el futuro.

Lo más inspirador fue la colaboración y el intercambio de ideas entre los más de 60 destacados profesionales de la salud de toda Iberoamérica. Este espíritu de cooperación nos recordó una vez más que las soluciones más impactan-

tes a los desafíos de la salud se encuentran en la convergencia de conocimientos y experiencias.

Desde el IIDOS expresamos nuestro sincero agradecimiento a todos los participantes, docentes, organizadores y patrocinadores que hicieron posible este evento. Sin su compromiso y dedicación, no habría sido posible reunir a esta comunidad global de pensadores y líderes. En particular, destacamos el invaluable apoyo de destacadas instituciones, como Oracle Health, BMJ, Clapps, taq Sistemas Médicos y el CEMIC.

Cabe destacar, que entre los distinguidos participantes se encontraban los senadores nacionales de Argentina, Mario Fiad y Pablo Yedlin, la diputada Nacional de Argentina, Paula Oliveto, y la secretaria de Equidad y Género de la Ciudad de Buenos Aires, Carmen Polledo. También se destacó la presencia del Presidente de la Agencia Nacional de Saude Complementar (ANS) de Brasil, Paulo Rebello Filho, y la jefa de gabinete de la Superintendencia de Servicios de Salud de Argentina, Natalia Garozzo.

Agradecimiento especial al Embajador Argentino en Reino Unido, Javier E. Figueroa. Y a la Embajadora de México en Reino Unido, Josefa Gonzalez Blanco Ortiz Mena, por la recepción brindada.

■ El IIDOS ganador del Premio al Fortalecimiento de la Seguridad Social en Salud "Eugenio Zanarini"

El **Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM (IIDOS)** ganó el primer galardón del Premio al Fortalecimiento de la Seguridad Social en Salud "Eugenio Zanarini", de la Universidad ISALUD, con su proyecto "Tres estudios para un nuevo modelo de gestión en la seguridad social: el abordaje de campo aplicado a la sustentabilidad, equidad y solidaridad en la salud".

En 2022, ISALUD convocó al llamado de propuestas con tres objetivos clave: abordar desafíos en la seguridad social en salud, fomentar soluciones innovadoras y promover el desarrollo de capacidades en este campo.

Finalmente, luego de una rigurosa evaluación del comité asignado para tal fin, el IIDOS ganó el primer premio con una propuesta de investigación desarrollada por un equipo multidisciplinario, liderado por el Dr. Franco Cavi-

glia, que propuso un cambio de paradigma mediante un enfoque original de abordaje de campo.

La investigación se centró en tres estudios: los altos costos de los servicios de salud, el efecto del monotributo en el financiamiento de las obras sociales y la judicialización del derecho a la salud. El equipo se integró además con el Dr. Facundo Rodríguez que contribuyó con su amplia experiencia y trayectoria profesional en el sistema de salud; la Lic. Yanina Zanarini quien se encargó de la redacción final; el Lic. Herman Moldovan desarrolló todo el aspecto relacionado con las métricas y cálculos numéricos; finalmente, el Dr. Daniel Roggero tuvo a su cargo el enfoque metodológico y epistemológico.

Con orgullo, desde el IIDOS agradecemos este reconocimiento.

NOVEDADES Y ACTIVIDADES

NOTICIAS, INVESTIGACIONES, CONVENIOS Y TODA LA INFORMACIÓN DEL IIDOS

■ II Jornada Interdisciplinaria sobre la Sustentabilidad de las Obras Sociales y IV Jornada del Derecho a la Salud

Al cierre de esa edición se lleva a cabo la II Jornada Interdisciplinaria sobre la Sustentabilidad de las Obras Sociales y IV Jornada del Derecho a la Salud. La misma es organizada por el IIDOS, junto con la colaboración de la Honorable Cámara de Diputados Argentina, la Superintendencia de Servicios

de Salud, la Asociación Argentina de Justicia Constitucional, Consenso Salud y la Universidad de San Isidro.

El evento tiene lugar en el Salón Auditorio de La Biblioteca del Congreso de La Nación, y cuenta con un vasto programa que se desarrolla durante 8 horas:

■ Palabras de Bienvenida

Carlos Selva | Diputado Nacional

■ “Desafíos de la Salud en la Argentina de Hoy”

Franco Caviglia | Presidente del Instituto de Investigación de Obras Sociales OSDEPYM

Cristian Mazza | Presidente de ALAMI

Patricio Maraniello | Presidente de la Asociación Argentina de Justicia Constitucional

■ “Evaluación de Tecnologías Sanitarias y un Consenso Posible: Avances, Desafíos y Perspectivas de una Agencia”

Coordinación de mesa: Yanina Zanarini | Secretaria Académica de IIDOS

Luis Scervino | Director Médico de la OSOSS y Exsuperintendente de la SSSalud

Manuel Limeres | Director del ANMAT

Gabriel Novick | Director Médico Corporativo de Swiss Medical Group

Esteban Lifschitz | Director Científico en HIRIS Care

■ “Análisis del PMO y su Efecto en la Judicialización del Sistema de Salud”

Coordinación de mesa: Daniel Roggero | Secretario Académico de IIDOS

Oscar Cochlar | Abogado y Magíster Universitario en Dirección y Gestión de Servicios de Salud

Alejandro Nobili | Juez Civil y Comercial Federal

Alfredo Gusman | Juez de la Cámara en lo Civil y Comercial Federal

■ “Retos y Desafíos Frente a la Sustentabilidad de las Obras Sociales”

Coordinación de mesa: Facundo Rodríguez | Vicepresidente de IIDOS

Natalia Garozzo | Jefa de Gabinete de la SSSalud

Pedro Bustos | Gerente de la SSSalud

David Aruachan | Gerente General de la SSSalud

■ Conversatorio: “Propuestas y Desafíos en Salud de los Distintos Espacios Políticos”

Coordinación de conversatorio: Claudio Savoia | Periodista

Pablo Yedlin | Senador Nacional

Hugo Magonza | Director General de CEMIC

Eduardo Filgueira Lima | Exviceministro de Salud de la Nación

Enrique Rodríguez Chiantore | Exjefe de Gabinete del Ministerio de Salud de la Nación

■ Acto de Homenaje

Carlos Garavelli | Miembro de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social

■ Palabras de cierre

Claudio Belocopitt | Presidente de la Unión Argentina de Salud



OSDEPYM es la Obra Social de Empresarios, Profesionales y Monotributistas.

En la actualidad, cuenta con 52 años de trayectoria, más de 20 sucursales en todo el país, Centros Médicos propios en Capital Federal, Gran Buenos Aires e interior, y más de 400.000 afiliados. Además, OSDEPYM comercializa Planes Propios y Planes Combinados, con derivación de aportes a empresas de medicina prepaga.

Tras haber alcanzado la regularización institucional, en el año 2022, con la designación de nuevas autoridades, la Obra Social continúa con su plan de crecimiento y desarrollo de nuevos proyectos.

Un ejemplo de ello fue la creación del Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM (IIDOS), cuyo objetivo es evaluar los factores y circunstancias que inciden en la estabilidad económica de las obras sociales y empresas de medicina prepaga, a los efectos de promover acciones que permitan mejorar el desarrollo sustentable de los agentes de salud.

Con todas estas acciones, el **Directorio de OSDEPYM** reafirma su compromiso con la salud, trabajando en el cuidado de sus afiliados y la mejora constante de sus servicios.